

NOVENA EDICIÓN

Sexualidad humana



Janet Shibley Hyde • John D. DeLamater

**Mc
Graw
Hill**



Sexualidad humana

Sexualidad humana

Novena edición

Janet Shibley Hyde
University of Wisconsin–Madison

John D. DeLamater
University of Wisconsin–Madison

Traducción
Susana Margarita Olivares Bari

Gloria Estela Padilla Sierra
Traductoras profesionales

Revisión técnica
Angélica Vera Vázquez
Instituto Politécnico Nacional

Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson
Instituto Mexicano de Sexología



**MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • LISBOA
MADRID • NUEVA YORK • SAN JUAN • SANTIAGO
AUCKLAND • LONDRES • MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI
SAN FRANCISCO • SINGAPUR • ST. LOUIS • SIDNEY • TORONTO**

www.FreeLibros.com

Director Higher Education: Miguel Ángel Toledo Castellanos
Director editorial: Ricardo A. del Bosque Alayón
Editor sponsor: Noé Islas López
Supervisor de producción: Zeferino García García

Sexualidad humana

Novena edición

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin la autorización escrita del editor.



DERECHOS RESERVADOS © 2006 respecto a la primera edición en español por
McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

A Subsidiary of The McGraw-Hill Companies, Inc.

Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A

Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe,

Delegación Álvaro Obregón

C.P. 01376, México, D. F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736

ISBN 970-10-5622-1

Traducido de la novena edición de: UNDERSTANDING HUMAN SEXUALITY

Copyright © MMVI by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Previous editions © 1979, 1982, 1986, 1990, 1994, 1997, 2000, and 2003

0-07-298636-0

1234567890

09875432106

Impreso en México

Printed in Mexico

A nuestra familia
Dorothy
Peter
Elizabeth
Margaret
Laura
Luke

Biografías de los autores

Janet Shibley Hyde, tiene la cátedra Helen Thompson Woolley de Psicología y Estudios de la Mujer de University of Wisconsin en Madison, recibió su educación en la Oberlin College y en la University of California en Berkeley. Ha impartido el curso de sexualidad humana desde 1974, primero en la Bowling Green State University, después en Denison University y, hoy en día, en University of Wisconsin. Sus intereses de investigación se centran en las diferencias de género y en el desarrollo del género durante la infancia y adolescencia. Autora del texto *Half the Human Experience: The Psychology of Women*, fue presidenta de la Society for the Scientific Study of Sexuality y es miembro de la American Psychological Association. Ha recibido muchas otras distinciones, incluyendo un premio a la excelencia docente en Bowling Green State University, el Premio Chancellor de docencia en University of Wisconsin y el Premio Kinsey de la Society for the Scientific Study of Sexuality por sus contribuciones a la investigación de la sexualidad. En 2000-2001 se desempeñó como uno de los tres editores científicos para el informe del director general de Salud Pública de Estados Unidos, David Satcher, titulado *Promoting Sexual Health and Responsible Sexual Behaviour*. Está casada con John DeLamater.

John D. DeLamater, profesor de Sociología de la University of Wisconsin en Madison, se educó en la University of California en Santa Bárbara y en University of Michigan. Creó el curso de sexualidad humana en la University of Wisconsin en 1975 y lo ha impartido de manera regular desde entonces. Sus investigaciones y escritos actuales se enfocan sobre las transiciones de la sexualidad dentro del curso de la vida. Ha publicado artículos acerca de los efectos de tener un hijo, de las parejas de dos carreras y del divorcio, y se encuentra estudiando los efectos de la menopausia y de las transiciones vitales posteriores sobre las actitudes y conductas sexuales. Es coautor del texto *Social Psychology*. Es miembro de la Society for the Scientific Study of Sexuality y recibió el Premio Kinsey de la Society for Career Contributions to Sex Research. Ha recibido premios a la excelencia docente de parte del Departamento de Sociología y de la Interfraternity Council-Panhellenic Association y es miembro y ex presidente de la Academia Magisterial de la University of Wisconsin. De manera regular imparte un seminario para estudiantes de posgrado sobre la enseñanza de cursos universitarios. Está casado con Janet Hyde.

Contenido breve

| | | | |
|-----------------|-----------|---|------------|
| CAPÍTULO | 1 | La sexualidad en perspectiva | 1 |
| CAPÍTULO | 2 | Perspectivas teóricas acerca de la sexualidad | 24 |
| CAPÍTULO | 3 | Investigación sexual | 44 |
| CAPÍTULO | 4 | Anatomía sexual | 71 |
| CAPÍTULO | 5 | Hormonas sexuales y diferenciación sexual | 96 |
| CAPÍTULO | 6 | Menstruación y menopausia | 114 |
| CAPÍTULO | 7 | Concepción, embarazo y parto | 132 |
| CAPÍTULO | 8 | Anticoncepción y aborto | 168 |
| CAPÍTULO | 9 | Fisiología de la respuesta sexual | 204 |
| CAPÍTULO | 10 | Técnicas de excitación y comunicación | 229 |
| CAPÍTULO | 11 | Sexualidad y el periodo de vida: infancia y adolescencia | 260 |
| CAPÍTULO | 12 | Sexualidad y el periodo de vida: adultez | 286 |
| CAPÍTULO | 13 | Atracción, intimidad y amor | 312 |
| CAPÍTULO | 14 | Género y sexualidad | 334 |
| CAPÍTULO | 15 | Orientación sexual: ¿gay, buga o bi? | 358 |
| CAPÍTULO | 16 | Variaciones en la conducta sexual | 388 |
| CAPÍTULO | 17 | Coerción sexual | 412 |
| CAPÍTULO | 18 | Sexo en venta | 435 |
| CAPÍTULO | 19 | Trastornos sexuales y terapia sexual | 458 |
| CAPÍTULO | 20 | Infecciones de transmisión sexual | 484 |
| CAPÍTULO | 21 | Ética, religión y sexualidad | 510 |
| CAPÍTULO | 22 | El sexo y la ley | 537 |
| CAPÍTULO | 23 | Educación para la sexualidad | 564 |
| APÉNDICE | | Directorio de recursos en sexualidad humana | 587 |

Contenido

Prefacio xx

CAPÍTULO 1 La sexualidad en perspectiva 1

Sexo y género 2

Historia de los conceptos acerca de la sexualidad: religión y ciencia 3
Religión • Ciencia

Tema central 1.1: Una encuesta victoriana sobre sexualidad 6

Medios masivos de comunicación 7

Perspectivas transculturales sobre la sexualidad 8
*Variaciones en técnicas sexuales • Masturbación • Sexo premarital y extramarital •
Sexo con parejas del mismo género • Estándares de atractivo • Variaciones de clase social y
grupos étnicos en Estados Unidos • Importancia de los estudios transculturales*

Tema central 1.2: Sexualidad en tres sociedades 10

Perspectivas transespecie acerca de la sexualidad 18
*Masturbación • Comportamiento sexual del mismo género • Señalización
sexual • Características humanas únicas • Usos no sexuales del comportamiento sexual*

Tema central 1.3: Sexo en China 18

Resumen 22

Preguntas de reflexión, discusión y debate 22

Sugerencias para lecturas adicionales 22

Recursos en la red 23

CAPÍTULO 2 Perspectivas teóricas acerca de la sexualidad 24

Perspectivas evolutivas 25
Sociobiología • Psicología evolutiva

Teorías psicológicas 28
*Teoría psicoanalítica • Teoría del aprendizaje • Teoría del intercambio social •
Teoría cognitiva*

Tema central 2.1: Teoría de aprendizaje y orientación sexual en una sociedad no occidental 34

Perspectivas sociológicas 37
*La influencia de la sociedad • Instituciones sociales • Teoría de la interacción
simbólica • Guiones sexuales • La importancia social de la sexualidad*

| | |
|--|----|
| Resumen | 42 |
| Preguntas de reflexión, discusión y debate | 43 |
| Sugerencias para lecturas adicionales | 43 |
| Recursos en la red | 43 |

CAPÍTULO 3 Investigación sexual 44

| | |
|---|-----------|
| Temas en la investigación sexual | 45 |
| <i>Muestreo • Confiabilidad de los autoinformes de comportamiento sexual • Evidencia sobre la confiabilidad de los autoinformes • Entrevistas en comparación con cuestionarios • Encuestas con base en la red • Autoinformes en comparación con observaciones directas • Factores externos • Asuntos éticos</i> | |
| Principales encuestas sexuales | 52 |
| <i>El informe Kinsey • La NHSLS • Comportamiento sexual en Francia y Gran Bretaña • Una encuesta sexual de los jóvenes afroestadounidenses e hispanos • Encuestas de revistas</i> | |
| Tema central 3.1: Alfred C. Kinsey | 54 |
| Tema central 3.2: La política contra la investigación sexual | 57 |
| Estudios con poblaciones especiales | 59 |
| <i>Coxon: comportamiento sexual de los varones gay • Bill, Weinberg y Hammersmith: homosexuales y heterosexuales</i> | |
| Análisis de contenido en los medios de comunicación | 61 |
| Estudios de laboratorio que utilizan observaciones directas de la conducta sexual | 62 |
| <i>Masters y Johnson: fisiología de la respuesta sexual</i> | |
| Estudios participante–observador | 64 |
| <i>Humphreys: el trato de salón de té • Fiestas S/M</i> | |
| Investigación sexual experimental | 65 |
| Algunos conceptos estadísticos | 66 |
| <i>Promedio • Variabilidad • Promedio en comparación con normalidad • Incidencia en comparación con frecuencia • Correlación</i> | |
| Resumen | 69 |
| Preguntas de reflexión, discusión y debate | 69 |
| Sugerencias para lecturas adicionales | 70 |
| Recursos en la red | 70 |

CAPÍTULO 4 Anatomía sexual 71

| | |
|---|-----------|
| Órganos sexuales femeninos | 72 |
| <i>Órganos externos • Órganos internos • Las mamas</i> | |
| Tema central 4.1: Ablación genital femenina | 76 |
| Órganos sexuales masculinos | 82 |
| <i>Órganos externos • Órganos internos</i> | |
| Cáncer de los órganos sexuales | 87 |
| <i>Cáncer de mama • Cáncer cervical, endometrial y ovárico • Cáncer de próstata • Cáncer testicular</i> | |

Tema central 4.2: Autoexamen de mamas 88

Tema central 4.3: Examen pélvico 90

Tema central 4.4: Examen testicular 93

Resumen 94

Preguntas de reflexión, discusión y debate 95

Sugerencias para lecturas adicionales 95

Recursos en la red 95

CAPÍTULO 5 Hormonas sexuales y diferenciación sexual 96

Hormonas sexuales 97

Sistemas hormonales sexuales en el varón • Sistemas hormonales sexuales en la mujer

Diferenciación sexual prenatal 100

*Cromosomas sexuales • Gónadas • Hormonas prenatales y los genitales •
Descenso de testículos y ovarios • Diferenciación cerebral • Órganos homólogos •
Diferenciación prenatal atípica de género*

Diferenciación sexual durante la pubertad 105

Cambios en la mujer • Cambios en el varón

Tema central 5.1: El debate sobre el tratamiento de los individuos intersexuales 106

Resumen 112

Preguntas de reflexión, discusión y debate 112

Sugerencias para lecturas adicionales 112

Recursos en la red 113

CAPÍTULO 6 Menstruación y menopausia 114

Biología y ciclo menstrual 115

Fases del ciclo menstrual • Problemas menstruales

Aspectos psicológicos del ciclo menstrual 120

*Fluctuaciones del estado de ánimo: ¿las mujeres se vuelven demasiado sensibles? •
Fluctuaciones en el desempeño: ¿una mujer puede ser presidente? • Fluctuaciones en el
impulso sexual • ¿Qué causa las fluctuaciones en el estado de ánimo: por qué algunas mujeres
se ponen sensibles?*

Tema central 6.1: La experiencia menstrual entre los hindúes que viven en Sudáfrica 123

Ciclos en el hombre 125

Menopausia 125

Cambios biológicos • Sexualidad y menopausia • Cambios psicológicos

¿Menopausia masculina? 128

Cambios biológicos • Cambios psicológicos

Resumen 130

Preguntas de reflexión, discusión y debate 130

Sugerencias para lecturas adicionales 130

Recursos en la red 131

CAPÍTULO 7 Concepción, embarazo y parto 132

Concepción 133

Espermatozoide conoce óvulo: el viaje fantástico • Aumento de las probabilidades de concepción: cómo hacer un bebé

Desarrollo del conceptus 136

El embrión y sus sistemas de apoyo • Desarrollo fetal

Etapas del embarazo 138

Los trimestres • La experiencia del padre durante el embarazo • Diversidad en los contextos del embarazo

Sexo durante el embarazo 144

Nutrición durante el embarazo 144

Efectos de sustancias ingeridas durante el embarazo 145

Antibióticos • Alcohol • Cocaína • Esteroides • Otras sustancias • Padres y fármacos

Nacimiento 147

El principio del trabajo de parto • Etapas del trabajo de parto • Operación cesárea (Cesárea)

Opciones de parto 150

Método Lamaze • Uso de anestésicos durante el parto • Parto en casa contra parto en un hospital

Después del nacimiento del bebé: el periodo posparto 153

Cambios físicos • Cambios psicológicos • Vinculación con el bebé • Sexo durante el periodo posparto

Amamantamiento 155

Embarazos difíciles 156

Infertilidad 160

Nuevas tecnologías reproductivas 161

Inseminación artificial • Bancos de esperma • Transferencia de embrión • Bebés de probeta • TIFG • Clonación • Selección de género

Resumen 165

Preguntas de reflexión, discusión y debate 166

Sugerencias para lecturas adicionales 166

Recursos en la red 167

CAPÍTULO 8 Anticoncepción y aborto 168

La píldora, el parche y el anillo 169

La píldora combinada • Otros tipos de píldoras • El parche • El anillo vaginal • Anticoncepción de urgencia

Tema central 8.1: Margaret Sanger: Pionera del control natal 172

Inyecciones Depo-Provera 176

El DIU 176

El diafragma y el capuchón cervical 177

El diafragma • El capuchón cervical

El condón masculino 179

| | |
|--|-----|
| El condón femenino | 182 |
| Espermicidas | 183 |
| Duchas vaginales | 184 |
| Método por retiro | 185 |
| Métodos de conciencia de la fertilidad (ritmo) | 185 |
| <i>Método del calendario • Método de los días estándar • Método de la temperatura corporal basal • Método del moco cervical (ovulación) • Método sintotérmico • Pruebas caseras de ovulación</i> | |
| Esterilización | 188 |
| <i>Esterilización masculina • Esterilización femenina</i> | |
| Aspectos psicológicos: actitudes hacia la anticoncepción | 191 |
| Aborto | 193 |
| <i>Procedimientos de aborto • Aspectos psicológicos • Los hombres y el aborto</i> | |
| Nuevos avances en anticoncepción | 197 |
| <i>Métodos para varones • Métodos para mujeres</i> | |
| Tema central 8.2: El aborto desde una perspectiva transcultural | 198 |
| Tema central 8.3: Breve resumen del desarrollo de los métodos avanzados de anticoncepción | 200 |
| Resumen | 202 |
| Preguntas de reflexión, discusión y debate | 203 |
| Sugerencias para lecturas adicionales | 203 |
| Recursos en la red | 203 |

CAPÍTULO 9 Fisiología de la respuesta sexual 204

| | |
|---|-----|
| El ciclo de la respuesta sexual | 205 |
| <i>Excitación • Meseta • Orgasmo • Resolución • Otros hallazgos de las investigaciones de Masters y Johnson</i> | |
| Modelos cognitivos-fisiológicos | 211 |
| <i>Modelo trifásico de Kaplan • Walen y Roth: un modelo cognitivo</i> | |
| Tema central 9.1: William Masters y Virginia Johnson | 212 |
| Bases hormonales y neurales de la conducta sexual | 215 |
| <i>El cerebro, la médula espinal y el sexo • Control cerebral de la respuesta sexual • Hormonas y sexo</i> | |
| Tema central 9.2: Sexualidad y discapacidad | 218 |
| Tema central 9.3: Mapeo del cerebro sexual | 222 |
| Feromonas | 223 |
| Tema central 9.4: Sentencias a delincuentes sexuales: ¿castración o encarcelamiento? | 224 |
| Resumen | 227 |
| Preguntas de reflexión, discusión y debate | 227 |
| Sugerencias para lecturas adicionales | 227 |
| Recursos en la red | 228 |

CAPÍTULO 10 Técnicas de excitación y comunicación 229

Zonas erógenas 230

Sexo individual 230

Masturbación • Fantasía • Vibradores, consoladores y demás

Tema central 10.1: Ejercicio de crecimiento personal: llegar a conocer su propio cuerpo 232

Sexo entre dos personas 234

Besar • Tocar • Los otros sentidos • Fantasías durante el sexo entre dos personas • Estimulación genital-genital: posiciones del coito • Estimulación bucogenital • Coito anal • Técnicas de lesbianas y varones gay

Afrodisíacos 245

¿Existe un buen afrodisíaco? • Anaafrodisíacos

¿El coito y el orgasmo deberían ser la meta? 246

De la inexperiencia al aburrimiento 247

Inexperiencia sexual • Aburrimiento

Comunicación 248

Comunicación y relaciones • Autodivulgación • Ser un comunicador efectivo • Peleas justas • Verificación de señales sexuales

Tema central 10.2: Diferencias de género en la comunicación 249

Tema central 10.3: ¿Qué tan sólida es su relación? 257

Resumen 258

Preguntas de reflexión, discusión y debate 258

Sugerencias para lecturas adicionales 259

Recursos en la red 259

CAPÍTULO 11 Sexualidad y el periodo de vida: infancia y adolescencia 260

Fuentes de los datos 261

Lactancia (0 a 2 años) 262

Autoestimulación • Encuentros sexuales entre lactantes • Experiencias sensuales no genitales • Vinculación • Conocimiento sobre las diferencias entre niños y niñas

Temprana infancia (3 a 7 años) 264

Masturbación • Comportamiento heterosexual • Comportamiento sexual del mismo género • Conocimiento e intereses acerca del sexo

Preadolescencia (8 a 12 años) 265

Masturbación • Comportamiento heterosexual • Comportamiento sexual del mismo género • Citas y relaciones románticas

Adolescencia (13 a 19 años) 268

Masturbación • Comportamiento sexual del mismo género • Comportamiento heterosexual

Tema central 11.1: Impacto de los medios masivos sobre la sexualidad adolescente 270

Sexo premarital 272

¿Cuántas personas tienen coito premarital? • Primer coito • Sexo premarital con una prostituta • Técnicas en el sexo premarital • Actitudes hacia el coito premarital • Motivos para tener coito premarital • Citas y noviazgos o amigos cariñosos • Conflictos

Tema central 11.2: Análisis sociológico del comportamiento sexual premarital 274

Tema central 11.3: Embarazo adolescente y paternidad 278

Cómo ayuda la sexualidad al desarrollo 282

Resumen 284

Preguntas de reflexión, discusión y debate 284

Sugerencias para lecturas adicionales 284

Recursos en la red 285

CAPÍTULO 12 Sexualidad y el periodo de vida: adultez 286

El sexo y la persona soltera 287

Desenvolvimiento sexual • Personas que nunca se han casado

Cohabitación 290

Relaciones maritales 290

Frecuencia del coito marital • Técnicas en el sexo marital • Negociación del sexo • Masturbación en el matrimonio • Satisfacción con el sexo marital • Patrones sexuales en el matrimonio • El sexo y la familia con dos carreras • Conservar a la pareja

Sexo extramarital 297

¿Cuántas personas tienen sexo fuera del matrimonio? • Actitudes hacia el sexo extramarital • Swingers • Infidelidad por Internet • Equidad y sexo extramarital • Evolución y sexo extramarital • Poliamor

Tema central 12.1: ¿Los adultos han cambiado su comportamiento sexual en la era del SIDA? 298

Sexo postmarital 302

Personas divorciadas y viudas

El sexo y los adultos mayores 303

Cambios físicos • Actitudes acerca del sexo y los ancianos • Comportamiento sexual de los ancianos

Resumen 309

Preguntas de reflexión, discusión y debate 310

Sugerencias para lecturas adicionales 311

Recursos en la red 311

CAPÍTULO 13 Atracción, intimidad y amor 312

Atracción 313

La chica de al lado • Dios los cría • Atractivo físico • El mercado interpersonal • Del laboratorio a la vida real • Atracción en línea • Hacerse el/la difícil • Cómo explicar nuestras preferencias

Intimidad 318

Definición de intimidad • Intimidad y autodivulgación • Medición de la intimidad

Teorías acerca del amor 320

Teoría triangular del amor • Teoría de la vinculación acerca del amor • Amor como una historia • La biología del amor

Tema central 13.1: Celos 324**Investigaciones acerca del amor 328**

Medición del amor • Diferencias de género • Amor y adrenalina • Investigaciones transculturales

Resumen 332**Preguntas de reflexión, discusión y debate 333****Sugerencias para lecturas adicionales 333****Recursos en la red 333****CAPÍTULO 14 Género y sexualidad 334****Roles y estereotipos de género 335**

Roles de género y origen étnico • Teoría de los esquemas de género • Socialización

Diferencias psicológicas entre hombres y mujeres 341**Diferencias en sexualidad entre hombres y mujeres 341**

Masturbación • Actitudes hacia el sexo informal • Excitación ante la erótica • Consistencia del orgasmo • Impulso sexual

¿Por qué existen diferencias? 344

¿Las diferencias son falsas? • Factores biológicos • Factores culturales • Otros factores

Tema central 14.1: Sexualidad masculina 348**Más allá de los adultos jóvenes 349****Transexualidad 349**

Proceso de reasignación de género • ¿Qué causa la transexualidad? • Otros temas • Críticas a la cirugía de reasignación de género

Resumen 355**Preguntas de reflexión, discusión y debate 356****Sugerencias para lecturas adicionales 356****Recursos en la red 357****CAPÍTULO 15 Orientación sexual: ¿gay, buga o bi? 358****Actitudes hacia varones gay y lesbianas 359**

Actitudes • Varones gay y lesbianas como grupo minoritario

Experiencias vitales de los LGB 362

Salir del clóset • Comunidades de lesbianas, varones gay y bisexuales • Relaciones de varones gay y lesbianas • Familias de varones gay y lesbianas

Tema central 15.1: Una pareja gay: Lee y Bob 366**¿Cuántas personas son gay, bugas o bi? 368****Orientación sexual y salud mental 370**

El pecado y el modelo médico • Resultados de investigación • ¿La orientación sexual se puede cambiar por medio de terapia?

Tema central 15.2: La ética en la investigación sexual: el trato de salón de té 371

| | |
|---|------------|
| ¿Por qué las personas se vuelven homosexuales o heterosexuales? | 373 |
| <i>Teorías biológicas • Teoría psicoanalítica • Teoría del aprendizaje • Teoría interaccionista • Teoría sociológica • El balance final</i> | |
| Diferencias entre varones gay y lesbianas | 380 |
| Orientación sexual desde la perspectiva multicultural | 380 |
| Tema central 15.3: Homosexualidad ritualizada en Melanesia | 382 |
| Bisexualidad | 383 |
| <i>Identidad sexual y conducta sexual • Desarrollo bisexual</i> | |
| Tema central 15.4: Tendencias bisexuales | 384 |
| Resumen | 386 |
| Preguntas de reflexión, discusión y debate | 386 |
| Sugerencias para lecturas adicionales | 387 |
| Recursos en la red | 387 |

CAPÍTULO 16 Variaciones en la conducta sexual 388

| | |
|---|------------|
| ¿Cuándo es anormal la conducta sexual? | 389 |
| <i>Definición de anormalidad • Continuo de normalidad-anormalidad</i> | |
| Fetichismo | 390 |
| <i>Fetiches de medios y fetiches de forma • ¿Por qué las personas se vuelven fetichistas?</i> | |
| Tema central 16.1: Una historia de caso de un fetichista de zapatos | 391 |
| Travestismo | 392 |
| Tema central 16.2: ¿Adicciones sexuales? | 394 |
| Sadismo y masoquismo | 396 |
| <i>Definiciones • Conducta sadomasoquista • Causas del sadomasoquismo • Ataduras y disciplina • Dominio y sumisión</i> | |
| Voyerismo | 399 |
| Exhibicionismo | 400 |
| Hipersexualidad | 401 |
| Asfixiofilia | 403 |
| Uso y abuso del cibersexo | 404 |
| Otras variaciones sexuales | 405 |
| Prevención de las variaciones sexuales | 406 |
| Tratamiento de las variaciones sexuales | 407 |
| <i>Tratamientos médicos • Terapias cognitivo conductuales • Entrenamiento en habilidades • Programas de 12 pasos del tipo AA • ¿Qué funciona?</i> | |
| Resumen | 410 |
| Preguntas de reflexión, discusión y debate | 411 |
| Sugerencias para lecturas adicionales | 411 |
| Recursos en la red | 411 |

CAPÍTULO 17 Coerción sexual 412

Violación 413

Estadísticas de incidencia • El impacto de la violación • Violación en citas • Violación marital • Causas de la violación • Violadores • Varones como víctimas de la violación • Violación carcelaria • Grupos étnicos y violación • Prevención de la violación

Tema central 17.1: Una víctima de violación en citas cuenta su historia 414

Tema central 17.2: ¿Cómo pueden ayudar los amigos a una víctima de violación? 417

Tema central 17.3: Violación tumultuaria universitaria 420

Abuso sexual infantil 424

Patrones de abuso sexual infantil • Patrones de incesto • Impacto psicológico sobre la víctima • Los delincuentes

Tema central 17.4: ¿Síndrome de recuerdos falsos? ¿Recuerdos recuperados? 428

Acoso sexual 429

Acoso sexual en el trabajo • Acoso sexual en la educación: buena calificación por acostón • Sexo psicoterapeuta-cliente

Resumen 433

Preguntas de reflexión, discusión y debate 433

Sugerencias para lecturas adicionales 434

Recursos en la red 434

CAPÍTULO 18 Sexo en venta 435

Prostitución 436

Ámbitos para el sexoservicio • Papel de los terceros • La carrera de una sexoservidora • Bienestar de las sexoservidoras • Papel del abuso temprano • Clientes • Sexoservidores varones • Turismo sexual

Pornografía 442

Términos • Tipos de pornografía • Los clientes • Objeciones feministas contra la pornografía • Efectos de la pornografía • ¿Cuál es la solución?

Tema central 18.1: Tras bastidores: filmación de un video con clasificación X 444

Tema central 18.2: Ernie: un pederasta y pornógrafo infantil 451

Resumen 455

Preguntas de reflexión, discusión y debate 456

Sugerencias para lecturas adicionales 456

Recursos en la red 457

CAPÍTULO 19 Trastornos sexuales y terapia sexual 458

Tipos de trastornos sexuales 459

Trastornos del deseo • Trastornos de la excitación • Trastornos orgásmicos • Trastornos asociados con dolor

¿Qué causa los trastornos sexuales? 463

Causas físicas • Fármacos • Causas psicológicas • Factores cognitivos y fisiológicos combinados • Factores interpersonales

Terapias para los trastornos sexuales 470

Terapia conductual • Terapia cognitiva conductual • Terapia de pareja • Tratamientos específicos para problemas específicos • Terapias biomédicas

Tema central 19.1: Un caso de deseo sexual bajo 473**Críticas a la terapia sexual 479****Terapia sexual en la era del SIDA 481****Tema central 19.2: ¿Terapia sexual en línea? 481****Algunos consejos prácticos 482**

Evitar los trastornos sexuales • Elección de un terapeuta sexual

Resumen 482**Preguntas de reflexión, discusión y debate 483****Sugerencias para lecturas adicionales 483****Recursos en la red 483****CAPÍTULO 20 Infecciones de transmisión sexual 484****Clamidia 486**

Síntomas • Tratamiento • ¿Prevención?

VPH 487

Diagnóstico • Tratamiento • ¿Vacuna?

Herpes genital 488

Síntomas • Tratamiento • Consecuencias a largo plazo • Aspectos psicológicos: lidiar con el herpes

Infección por VIH y SIDA 489

¿Epidemia? • Transmisión • El virus • La enfermedad • Diagnóstico • Tratamiento • Mujeres, niños, minorías étnicas y SIDA • Consideraciones psicológicas en el SIDA • Adelantos recientes en las investigaciones acerca de SIDA

Tema central 20.1: El SIDA en Tailandia 496**Tema central 20.2: Un hombre VIH positivo cuenta su historia 497****Tema central 20.3: Sexo seguro en la Era del SIDA 499****Gonorrea 500**

Síntomas • Diagnóstico • Tratamiento

Sífilis 501

Síntomas • Diagnóstico • Tratamiento • ¿Erradicación de la sífilis?

Hepatitis viral 504**Tricomoniasis 504****Piojos púbicos 504****Prevención de las ITS 505****Otras infecciones genitales 505**

Monilia • Cistitis • Prostatitis

Tema central 20.4: Buenas respuestas para sexo más seguro 507

Resumen 508

Preguntas de reflexión, discusión y debate 508

Sugerencias para lecturas adicionales 509

Recursos en la red 509

CAPÍTULO 21 Ética, religión y sexualidad 510

La sexualidad en las grandes tradiciones éticas 512

*Filosofía griega clásica • Judaísmo • Cristianismo • Humanismo •
La sexualidad en otras religiones importantes*

Tema central 21.1: Controversia acerca de la ética sexual en la Iglesia Católica Romana 518

Temas contemporáneos en la ética sexual 522

*Sexo fuera del matrimonio • Anticoncepción • Aborto • Homosexualidad •
SIDA • Tecnología y ética sexual*

Tema central 21.2: Declaraciones de la postura religiosa acerca del aborto: Provida
contra Proelección 526

Hacia una ética de la sexualidad humana 533

Resumen 534

Preguntas de reflexión, discusión y debate 535

Sugerencias para lecturas adicionales 535

Recursos en la red 536

CAPÍTULO 22 El sexo y la ley 537

Por qué existen las leyes sexuales 538

Tema central 22.1: Anthony Comstock: paladín en contra del vicio 539

¿Qué tipos de leyes sexuales hay? 540

*Delitos de explotación y fuerza • Actos consensuales delictivos • Delitos contra las buenas
costumbres • Delitos contra la reproducción • Sexo comercial delictivo*

Imposición de las leyes sexuales 548

Tendencias en la reforma de las leyes sexuales 548

*Esfuerzos por reformar las leyes sexuales • Derecho a la privacidad • Igualdad de
protección • Crímenes sin víctimas • El problema de la obscenidad y la pornografía •
La controversia acerca de la libertad reproductiva • Grupos étnicos y leyes sexuales*

Tema central 22.2: Derechos sexuales universales 550

El sexo y la ley en el futuro 557

*Reforma de las leyes sexuales y oposición • El reto legal de las nuevas tecnologías
reproductivas*

Tema central 22.3: El SIDA y la ley 558

Resumen 562

Preguntas de reflexión, discusión y debate 563

Sugerencias para lecturas adicionales 563

Recursos en la red 563

CAPÍTULO 23 Educación para la sexualidad 564

¿En el hogar, en la escuela o en otro sitio? 565

Propósitos de la educación para la sexualidad 566

Qué enseñar a diferentes edades 567

Conocimiento sexual de los niños • Intereses sexuales de los niños

Tema central 23.1: ¿Los niños estadounidenses son analfabetas sexuales? 569

Planes de estudio 570

Programas iniciales de educación sexual • Programas de sólo abstinencia • Política de la educación sexual • Educación sobre el riesgo de VIH y SIDA • Programas basados en teorías • Educación sexual en el salón de clases • Distribución de condones

Tema central 23.2: Educación sexual conservadora: plan de estudios de respeto sexual 572

Tema central 23.3: Educación sexual de sólo abstinencia: la experiencia de un estudiante 573

Tema central 23.4: Muestra de plan de estudios de educación para la sexualidad 576

El maestro 579

Educación efectiva para la sexualidad 580

Educación sexual multicultural efectiva 581

Resumen 584

Preguntas de reflexión, discusión y debate 585

Sugerencias para lecturas adicionales 585

Recursos en la red 585

Epilogo 586

APÉNDICE Directorio de recursos en sexualidad humana 587

Bibliografía 591

Glosario 632

Agradecimientos 644

Índice 649

Prefacio

En nuestra opinión no del todo objetiva, no hay curso más emocionante de impartir que el de sexualidad humana. Una de las cosas que lo hace tan emocionante es el increíble ritmo de cambio que vemos a diario en el conocimiento científico, actitudes sociales, leyes, sucesos de actualidad, y un sin fin de otras facetas de nuestras vidas que implican al sexo. Hoy en día tenemos “amigos cariñosos” y matrimonios de parejas del mismo sexo. Cada año se hacen adelantos en la prevención y tratamiento del SIDA. Se desarrollan y hacen disponibles nuevos métodos de control natal. El Viagra irrumpe en la escena, transformando la experiencia sexual para miles de hombres, y nos preguntamos qué se puede hacer para ayudar a mujeres con trastornos sexuales. Así también, han cambiado muchas cosas en la nueva edición del presente texto; al mismo tiempo, hemos conservado las características que nuestros lectores han elogiado durante más de dos décadas. Primero, describiremos las características exitosas que hemos mantenido y más adelante presentaremos una visión general de las nuevas características de esta novena edición.

La presente obra tiene una combinación única de tres características que son de la mayor importancia en un libro de texto: un estilo de escritura que es accesible y atractivo para el alumno; un alcance amplio e interdisciplinario, y un alto rigor académico. Esta perspectiva ha sido bien recibida en las ediciones previas y nos hemos esforzado para fortalecer estas características dentro de nuestra novena edición.

Objetivos del libro y del curso

En primer lugar, hemos recordado que los estudiantes *quieren* aprender acerca de la sexualidad y que nuestro trabajo como escritores es ayudarles a aprender. Hemos cubierto los temas de manera extensa, con una presentación tan clara como ha sido posible y hemos hecho un esfuerzo especial para utilizar un lenguaje que ilustrará más que intimidar. Asimismo, en cuanto a la selección y preparación de las ilustraciones del libro, nuestra meta ha sido proporcionar la mayor información posible, de manera sencilla y clara.

La obra no presupone cursos universitarios anteriores en biología, psicología o sociología. Está diseñado a manera de introducción y sigue los cuatro principales objetivos de nuestros propios cursos en sexualidad humana:

1. Proporcionar la información práctica necesaria para la vida cotidiana y para lidiar con problemas en el funcionamiento sexual.
2. Ayudar a los estudiantes a apreciar la fabulosa diversidad de la sexualidad humana en cuanto a diferentes dimensiones que incluyen edad, orientación e identidad sexual, origen étnico y cultura alrededor del mundo.
3. Ayudar a los estudiantes a sentirse más cómodos al pensar y hablar acerca del sexo, tanto para minimizar su propia ansiedad personal acerca de un tema que ocasiona tensión, como para ayudarlos a convertirse en personas responsables en la toma de decisiones dentro de este importante aspecto de sus vidas.
4. Familiarizar a los alumnos con los métodos que se utilizan en la investigación acerca de la sexualidad y, en especial, con los problemas inherentes a algunos de estos métodos, de modo que puedan leer informes de investigación de manera crítica e inteligente.

Nuestros propios cursos presentan una visión general diseñada para proporcionarles a los estudiantes un amplio rango de información acerca de la sexualidad. Como reflejo de ese enfoque, la presente obra pretende ser amplia y balanceada en los temas que cubre. Para aquellos instructores que carecen del tiempo o de los recursos para examinar el libro completo, o quienes prefieren alterar el orden de los temas, hemos escrito todos los capítulos a fin de que sean bastante independientes unos de otros.

Es cierto que algunos aspectos de la sexualidad son muy serios. Sin embargo, nuestra creencia es que, dentro de la cultura moderna, estamos en peligro de tomar algunos aspectos de la sexualidad demasiado en serio. Es posible que no seamos tan serios como nuestros antepasados victorianos, pero aún así seguimos siendo serios —serios en cuanto a si estamos utilizando las mejores y más modernas técnicas sexuales, serios acerca de si nuestras parejas están teniendo los más orgasmos posibles, y así sucesivamente—. A fin de contrarrestar esta tendencia, hemos tratado de utilizar un toque ligero, con ocasionales intromisiones humorísticas, en la presente obra. Esperamos que esto ayude a mantener las cosas en perspectiva.

Algo acerca de lo que mantenemos nuestra seriedad es la calidad de la investigación. La calidad de las investigaciones sexuales es extremadamente variable, por decirlo con tacto. ¡Algunos periodistas creen que son investigadores sexuales si entrevistan a diez personas y escriben un libro acerca de ello! Hemos visto otros libros de texto acerca de sexualidad que citan un artículo que apareció en el periódico local como si tuviera la misma autoridad que un artículo avalado por el *New England Journal of Medicine* o por el *Journal of Sex Research* —y los lectores tienen que hacer mucha labor detectivesca para averiguar cuál es la verdadera fuente de alguna cita—. Nosotros creemos que es nuestra responsabilidad como autores de libros de texto examinar los estudios disponibles y *no* citarlos todos, sino presentar aquellos de la mejor calidad. Estamos encantados de ver que la calidad de la investigación sexual mejora con cada década. En esta edición nos fue posible eliminar muchos estudios de calidad inferior y depender mucho más de estudios recientes que son de excelente calidad en términos de muestreo, diseño de investigación y medición.

Características de esta edición

De conformidad con nuestra atención a la cobertura investigativa de mayor calidad, iniciamos nuestra lista del material nuevo de la novena edición con la investigación. En primer lugar se encuentra la inclusión de investigaciones de vanguardia acerca de la biología de la sexualidad, redactadas de manera que las pueda comprender el universitario promedio. Este nuevo material integra estudios IRMf de la actividad cerebral, investigaciones en neurociencia y nuevos hallazgos en endocrinología. En especial, véase el capítulo 9 acerca de la fisiología de la respuesta sexual y el capítulo 15 acerca de la orientación sexual. Creemos que podemos decir, de manera justificada, que esta nueva edición tiene la mejor cobertura biológica de cualquier texto en el campo.

Nuestra novena edición también es la primera en el mercado que se haya actualizado con amplia información tomada de la edición del 2004 de *Contraceptive Technology* de Hatcher; véase el capítulo 8 acerca de anticoncepción. También de gran importancia es nuestra extensa actualización e integración de temas de Internet y de investigaciones con base en la red. Véase, en especial, el capítulo 3 acerca de métodos de investigación sexual, el capítulo 15 acerca de orientación sexual y el capítulo 18 acerca del comercio sexual.

También notará diversos cambios en los aspectos visuales de esta novena edición. No sólo se modificó el diseño para promover una mayor facilidad en el uso del texto, sino que también hemos revisado el contenido fotográfico para actualizarlo por completo e ilustrar el nuevo contenido que se incluye en la obra. Para ayudar a los estudiantes a ver a los investigadores sexuales como más accesibles, incluimos fotografías de algunos de los investigadores más importantes. A fin de alentar a los alumnos a que utilicen el CD junto con el libro durante sus estudios, incluimos fotografías fijas de los videos que aparecen en el CD.

A continuación se encuentra un breve recuento de los puntos sobresalientes del nuevo material de cada capítulo de *Sexualidad humana*, novena edición.

Capítulo 1: La sexualidad en perspectiva

- Nuevo resumen de temas de Internet en la sección acerca de los medios.
- Inclusión de los indígenas estadounidenses como grupo en la sección acerca de grupos étnicos, con lo que se reflejan las nuevas investigaciones disponibles.
- Cobertura actualizada y expandida de asiaticoestadounidenses.
- El apartado de Tema central, “Sexo en China”, se renovó por medio de la encuesta de 2004 de Edward Laumann.

Capítulo 2: Perspectivas teóricas acerca de la sexualidad

- Nuevo análisis acerca de las críticas a la sociobiología y a la psicología evolutiva.
- Nueva cobertura acerca del neuropsicoanálisis (uso de técnicas contemporáneas de neuroimagenología para estudiar ideas freudianas).
- Refleja la intensificación de la cobertura de perspectivas sociológicas e incluye una importante nueva sección acerca de la teoría del intercambio sexual en cuanto a las relaciones.
- Nueva cobertura acerca del concepto de la medicalización de la sexualidad.
- Importante nueva sección acerca de la conducta social desde la perspectiva de la teoría de la interacción simbólica.

Capítulo 3: Investigación sexual

- Importante nueva sección acerca de los métodos utilizados en encuestas basadas en la red.
- Inclusión de la discusión acerca de la justicia en la ética en la investigación que incluye un URL para un tutorial acerca de la ética en la investigación en los Recursos en la red al final del capítulo.
- Completa revisión del apartado de Tema central, “Política contra investigación sexual” a fin de que cubra los sucesos de 2003-2004 en los que los miembros conservadores del Congreso de Estados Unidos intentaron eliminar los fondos para la investigación sexual auspiciada por el NIH.
- Revisión exhaustiva de la cobertura de encuestas de revistas que utiliza la encuesta de lectores de *Cosmopolitan* como ejemplo (agosto, 2000).

Capítulo 4: Anatomía sexual

- Material nuevo acerca de las glándulas de Skene o próstata femenina (punto G).
- Actualizaciones exhaustivas acerca del cáncer de órganos sexuales/reproductivos.

Capítulo 5: Hormonas sexuales y diferenciación sexual

- Completa modificación y actualización de la sección acerca de la diferenciación sexual del cerebro a fin de reflejar las investigaciones más recientes, incluyendo estudios de IRM.
- Actualización de la sección acerca del tratamiento de individuos intersexuales con nuevos estudios que realizan un seguimiento sistemático de estas personas en su adultez a fin de evaluar resultados a largo plazo.

Capítulo 6: Menstruación y menopausia

- Se presentan los hallazgos más recientes acerca de la biología del ciclo menstrual, incluyendo el papel de la inhibina y el diagnóstico del síndrome disfórico premenstrual del DSM-IV.
- Los desarrollos más recientes acerca de la terapia de reemplazo hormonal para mujeres.
- Investigaciones actualizadas acerca de la andropausia y de la crisis de la mediana edad en los varones.

Capítulo 7: Concepción, embarazo y parto

- Discusiones actualizadas acerca de las investigaciones de los efectos de la exposición a la cocaína dentro del útero sobre los niños, de los efectos del tabaquismo materno y de medicamentos atarácicos tomados durante el embarazo.
- Revisión completa de la discusión acerca de cambios psicológicos posparto.
- Modificación total de la cobertura acerca del amantamiento; estadísticas actualizadas de las diferencias según raza/origen étnico.
- Modificación completa de la cobertura acerca de las causas de la infertilidad en factores masculinos y combinados, incluyendo nuevo material en cuanto a la teoría que las reacciones alérgicas femeninas al esperma del varón pueden ocasionar infertilidad o preeclampsia.
- Importante nueva cobertura acerca de técnicas de selección de género.

Capítulo 8: Anticoncepción y aborto

- Revisión del capítulo por un médico clínico que se especializa en control natal a fin de asegurar que todos los datos médicos son precisos y actuales.
- Toda la información se actualizó utilizando la edición del 2004 del *Contraceptive Technology* de Hatcher.
- Nueva cobertura de métodos anticonceptivos más novedosos tales como la píldora Seasonale, parche anticonceptivo, anillo vaginal; revisión de la sección de anticoncepción de urgencia.
- Expansión del análisis acerca del uso del condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- Inclusión de material acerca del método de los días estándar de abstinencia periódica.
- Nueva cobertura acerca de las pruebas caseras de predicción de ovulación.

- Inclusión de material acerca del uso y falta de uso de anticonceptivos en programas populares de televisión.
- Sección completamente renovada acerca de los nuevos avances en anticoncepción.

Capítulo 9: Fisiología de la respuesta sexual

- Toda la investigación de vanguardia que actualiza los hallazgos de Masters y Johnson acerca de la fisiología de la respuesta sexual, incluyendo la más reciente investigación en cuanto a neurociencia y genoma.
- Nuevos hallazgos acerca del punto G.
- Nuevo apartado de Tema central, “Mapeo del cerebro sexual”, que informa de los estudios de neuroimagenología más recientes del cerebro durante la excitación sexual.
- Emocionantes nuevos hallazgos acerca de feromonas en humanos y del órgano vomeronasal.
- Completa actualización del apartado de Tema central, “¿Castración o encarcelamiento?”

Capítulo 10: Técnicas de excitación y comunicación

- Nueva sección acerca de los medios y la masturbación.
- Nueva sección acerca de pensamientos sexuales invasivos y su frecuencia entre estudiantes universitarios.
- Discusión revisada acerca de los estímulos visuales en la excitación sexual.
- Inclusión de material acerca de Viagra y Cialis en la excitación sexual.

Capítulo 11: Sexualidad y el periodo de vida: infancia y adolescencia

- Nuevos datos acerca de la masturbación y la experiencia sexual con otro niño durante la infancia.
- Discusión actualizada acerca de las diferencias étnicas en los patrones del coito premarital.
- Actualización del apartado de Tema central “Embarazo y parentalidad adolescente”; estadísticas actuales acerca del embarazo adolescente y nuevos datos acerca de los resultados.
- Importante nueva sección acerca de la abstinencia durante la adolescencia y de las actitudes hacia la virginidad; datos acerca de las características de quienes se abstienen, efectos de hacer una promesa de abstinencia.
- Nueva discusión acerca del papel de la sexualidad adolescente en el desarrollo de la persona y de las capacidades para las relaciones adultas.

Capítulo 12: Sexualidad y el periodo de vida: adultez

- Amplio análisis acerca de la soltería, el celibato y la castidad.
- Nuevo cuadro que informa de la frecuencia con las que los adultos participan en diversas actividades a fin de intensificar sus interacciones sexuales.

- Completa revisión de la sección acerca de los *swingers* y de las motivaciones para el *swinging*.
- Nueva sección acerca de la formación de relaciones en línea; cibersexo y ciberaventuras.
- Importante nueva sección acerca del poliamor.
- Aumento de la cobertura de la investigación acerca de la conducta sexual frecuente entre varones y mujeres mayores.

Capítulo 13: Atracción, intimidad y amor

- Inclusión de la discusión del atractivo físico como aspecto del atractivo sexual, incluyendo datos provenientes de la Encuesta Nacional de Estadounidenses Negros.
- Revisión de la discusión acerca de “hacerse el/la difícil” con una nueva discusión acerca de la influencia de la experiencia sexual y la fidelidad percibida en valoraciones del atractivo.
- Revisión y actualización del apartado de Tema central, “Celos” que incluye la distinción entre celos emocionales y celos sexuales.
- Se expandió la sección de “Biología del amor”; discusión actualizada del papel de las hormonas y nueva cobertura del trabajo más reciente que utiliza IRMf para medir la actividad cerebral asociada con el amor.

Capítulo 14: Género y sexualidad

- Nuevas investigaciones acerca de las diferencias de género en el impulso sexual; nueva sección acerca del estudio de “conducto falso” de la veracidad de los informes de diferencias de género en la sexualidad.
- Completa revisión de la sección acerca del transexualismo a fin de incluir los cambios en terminología (p. ej., transexual contra transgénero) y hallazgos de investigaciones del cerebro.

Capítulo 15: Orientación sexual: ¿gay, buga o bi?

- Cobertura completamente actualizada acerca de las influencias biológicas de la orientación sexual.
- Discusión del nuevo papel de Internet en el proceso de salir del clóset.
- Nuevos ejemplos de la investigación sobre prejuicio antigay en las escuelas y lugares de trabajo.
- Nuevo apartado de Tema central, “Una pareja gay”.
- Nueva sección acerca de estudios poblacionales acerca de la salud mental de lesbianas y varones gay.
- Importante nueva sección acerca de las diferencias entre los varones gay y las lesbianas.

Capítulo 16: Variaciones en la conducta sexual

- Se traslada la discusión acerca del continuo normal-anormal al principio del capítulo a fin de darle un marco de referencia al material que sigue.
- Se añaden las definiciones de parafilias del DSM-IV a lo largo del capítulo.

- Nueva discusión acerca de mujeres sumamente sexuales.
- Importante nueva sección acerca del uso y abuso del cibersexo.
- Material novedoso acerca del frotteurismo y la bestialidad.
- Discusión actualizada acerca del tratamiento hormonal para reducir el deseo sexual.

Capítulo 17: Coerción sexual

- Actualización de las estadísticas acerca de violación, violación marital y acoso sexual.
- Nueva discusión acerca del crecimiento postraumático como una de las posibles consecuencias de la violación.
- Nueva discusión acerca de programas de prevención de la violación.
- Material actualizado acerca de los pedófilos.
- Investigaciones nuevas acerca de recuerdos recuperados, incluyendo investigaciones con IRMf.
- Nuevas investigaciones acerca del estudio experimental del acoso sexual en el laboratorio.

Capítulo 18: Sexo en venta

- Sección modificada acerca de los ámbitos del sexoservicio con un énfasis en lugares de trabajo y discusión de la variación en riesgo según el lugar.
- Nueva discusión acerca del riesgo de abuso, el papel del estigma social en cuanto al sexoservicio en el riesgo y estrategias que utilizan los sexoservidores para lidiar con éste.
- Nueva sección revisada acerca del papel de terceras personas con una discusión acerca de los gerentes de salas de masaje, papel de personas implicadas en el tráfico de sexo.
- Importante nueva sección acerca del turismo sexual.
- Estimados actualizados acerca de la magnitud de la industria de la pornografía y números de sitios relacionados con el sexo en el Internet.
- Expansión de la discusión acerca del sexo en la publicidad.
- Nueva cobertura de las investigaciones acerca del papel de la educación en la reducción de los efectos dañinos de películas pornográficas.
- Nueva discusión acerca del papel de las mujeres en la compra, uso y producción de pornografía.

Capítulo 19: Trastornos sexuales y terapia sexual

- Completa reorganización de la sección acerca de trastornos de modo que ahora sigue las categorías DSM de trastornos del deseo, excitación, orgasmo y dolor.
- Nueva cobertura del trastorno por aversión al sexo.
- Completa actualización de la lista de fármacos que afectan el funcionamiento sexual, incluyendo una nueva discusión acerca de los cristales de metanfe-

tamina. Un análisis nuevo de factores emocionales como fuentes de trastornos sexuales.

- Análisis nuevo acerca de cuestiones conductuales y de estilo de vida como fuentes de trastornos sexuales.
- Actualización de vanguardia acerca de los nuevos medicamentos para obtener erecciones: Cialis (tadalafil), Levitra (vardenafil) y Uprima.

Capítulo 20: Infecciones de transmisión sexual

- Toda la información sobre diagnóstico y tratamiento revisada por un médico especializado en ITS a fin de garantizar que se presentaran las prácticas más actuales.
- Nueva cobertura del programa que utiliza frotis vaginales autoaplicados para la detección de ITS en alumnas de educación media y media superior.
- Nueva cobertura de la relación entre infección oral del VPH y aumento de riesgo de cánceres orales.
- Nueva cobertura de pruebas OraQuick para anticuerpos del VIH y tratamiento TAAA para infección del VIH.
- Actualización acerca del progreso en el desarrollo de una vacuna en contra del VIH.
- Nuevo apartado de Tema central, “Un hombre VIH positivo cuenta su historia”.
- Nueva sección acerca de microbicidas como tratamiento para la infección del VIH.
- Nueva sección acerca de la prevención conductual de la transmisión del VIH que se centra en la historia de éxito de Uganda,
- Nuevo apartado de Tema central, “Buenas respuestas para sexo más seguro”.

Capítulo 21: Ética, religión y sexualidad

- Sección completamente actualizada acerca del abuso sexual de menores a manos de sacerdotes católicos.
- Actualizaciones acerca de la sexualidad en el Islam.
- Material nuevo de debates religiosos acerca de aborto y homosexualidad.
- Nueva sección que explica la clonación terapéutica.

Capítulo 22: El sexo y la ley

- Nuevo concepto, la avenencia victoriana, para explicar las razones por las que las leyes en Estados Unidos penalizan las expresiones públicas de sexualidad, pero no las conductas en sí.
- Completa revisión de la sección acerca de la sodomía que refleja la decisión de la Suprema Corte de Estados Unidos de declarar anticonstitucionales las leyes que la prohíben.
- Análisis actualizado de la discriminación en contra de lesbianas, varones gay y personas transgénero, incluyendo el reconocimiento de matrimonios gay.
- Nuevo apartado de Tema central, “Derechos sexuales universales”.
- Expansión de la discusión acerca de las leyes de zonificación que limitan los negocios de giro sexual.

- Nueva discusión acerca de las leyes y decisiones jurídicas del aborto de parto parcial.
- Cobertura actualizada de las leyes que regulan la transmisión del VIH.

Capítulo 23: Educación para la sexualidad

- Nuevo apartado de Tema central “Educación sexual de sólo abstinencia”.
- Importante nueva sección acerca de la política de la educación sexual que describe los resultados de las evaluaciones federales y estatales de programas de sólo abstinencia.
- Estadísticas actualizadas acerca de leyes estatales relacionadas con educación sexual y de VIH.
- Importante nueva sección acerca de la educación sexual en el salón de clases que describe investigaciones sobre las políticas de los distritos escolares y lo que en realidad se imparte.
- Nueva información acerca de la efectividad de costos de la educación sexual amplia en términos de casos de ETS y embarazos no deseados prevenidos y lo que se podría haber logrado si se hubiesen gastado fondos federales en programas eficientes.
- Expansión de la discusión acerca de la educación sexual multicultural, con nuevo material acerca de las necesidades especiales de jóvenes discapacitados y acerca de un programa desarrollado en México y los asuntos culturales únicos con los que trató.

Recursos para instructores y estudiantes

Se encuentran disponibles diversos materiales complementarios en inglés para aprender y detallar los conceptos del texto. Por favor comuníquese con su representante local de McGraw-Hill acerca de los detalles referentes a políticas, precios y disponibilidad ya que pueden aplicar ciertas restricciones.

Material de apoyo para el instructor

Para obtener información acerca de este material, por favor comuníquese con su representante local de McGraw-Hill.

Nota del editor

Como editorial integral de productos educativos de calidad, McGraw-Hill hace mucho más que tan sólo vender libros de texto a los alumnos. Creamos y publicamos una extensa variedad de complementos impresos, de video y digitales para apoyar a los instructores de su institución. Los pedidos de textos nuevos (en vez de ejemplares usados) nos ayudan a sufragar los costos del desarrollo de estos suplementos, mismo que es sustancial. Contamos con un amplio rango de otros complementos en psicología que usted podría desear explotar para sus cursos. Pregunte a su representante McGraw-Hill local acerca de la disponibilidad de complementos que lo puedan asistir en el diseño de su curso.

CD-ROM de SexSource para el estudiante

Este CD, diseñado específicamente para *Sexualidad humana*, novena edición, por Leslie Moore Mira, utiliza la licencia exclusiva de McGraw-Hill con el Discovery Channel para presentar segmentos de programas de Discovery acerca de diversos temas clave relacionados con la sexualidad, habladas en inglés. Además, contamos con segmentos de video con licencia de otras fuentes que proporcionan una amplia selección de 16 videos informativos que inducen a la reflexión. Cada video está acompañado de una introducción, preguntas pre y posprueba y ligas en la red. El CD SexSource también incluye una prueba de opción múltiple para cada uno de los capítulos del texto. Los estudiantes querrán tomar plena ventaja de esta valiosa herramienta de aprendizaje.

Reconocimientos

Estamos encantados de tener esta oportunidad para agradecer a los muchos amigos y colegas que nos han ayudado de tantas maneras a medida que hemos trabajado en la presente revisión. Estamos en particular deuda con los alumnos de nuestros cursos, quienes nos mantienen al tanto de lo que piensan y se preguntan los estudiantes universitarios acerca de la sexualidad. Estamos agradecidos con Nicole Else-Quest y con Pat Klitzke, que nos proporcionaron su invaluable apoyo en la investigación y preparación del manuscrito. También deseamos agradecer a todos los miembros de nuestro equipo en McGraw-Hill, en especial a John Wannemacher, editor responsable en jefe, Diane Folliard, gerente superior de proyecto, Elsa Peterson, editor superior de desarrollo y a los investigadores fotográficos *free lance*, David y Emily Tietz, por sus esfuerzos en llevar esta novena edición a buen término.

A lo largo de las primeras ediciones, diversos revisores contribuyeron al desarrollo de *Sexualidad humana*. Las limitaciones de espacio nos han impedido nombrarlos a todos, pero sus contribuciones perduran, como lo hace nuestra gratitud hacia ellos. Además estamos enormemente agradecidos a los siguientes revisores, quienes nos ayudaron a moldear esta novena edición revisada:

Revisores expertos

Walter Bockting, Ph.D., Programa en sexualidad humana, *University of Minnesota* (capítulo 14, “Género y sexualidad”, específicamente la sección acerca de transexualismo).

Paul Federoff, M.D., Codirector, Clínica de Conductas Sexuales, *Royal Ottawa Hospital* (capítulo 16, “Variaciones en la conducta sexual”)

Suzanne Frayser, Ph.D. (capítulo 1, “La sexualidad en perspectiva”, especialmente la sección acerca de perspectivas transculturales)

Frances Shaver, Ph.D., *Concordia University, Montreal* (capítulo 18, “Sexo en venta”)

Scott Spear, M.D., Servicios Universitarios de Salud, *University of Wisconsin* (capítulo 8, “Anticoncepción y aborto” y capítulo 20 “Infecciones de transmisión sexual”)

Prerrevisión y revisores de manuscrito

Michael Bailey, *Northwestern University*

Anita Barbee, *University of Louisville*

David S. Bimbi, *Hunter College*

Sandra Caron, *University of Maine*

Cindi Ceglian, *South Dakota State University*

Jeffrey K. Clark, *Ball State University*

Herb Coleman, *Austin Community College*

Betsy Crane, *Indiana University of Pennsylvania*

Thomas P. Egan, *Eastern Kentucky University*

Robert Francoeur, *Fairleigh Dickinson University*

Yvonne K. Fulbright, *New York University*

George Gaither, *Ball State University*

Dan Goldmann, *Santa Ana College*

Kim Hyatt, *Weber State University*

Fran Jackler, *De Anza College*

Lynne Kemen, *Hunter College*

Dennis Kramer, *Middle Tennessee State*

Jennifer Musick, *Long Beach City College*

Lin Myers, *California State University at Stanislaus*

Shirley Ogletree, *Texas State University, San Marcos*

Judy L. Palmore, *George Mason University*

Martha Rosenthal, *Florida Gold Coast University*

Theo Sandfort, *Columbia University*

Elizabeth Schroeder, *Montclair State University*

Lisabeth Searing, *University of Illinois at Urbana-Champaign*

Susan Sprecher, *Illinois State University*

Todd Walter, *D'Youville College*

Gary Wassmer, *Bloomsburg University*

Glenn Weisfeld, *Wayne State University*

Maria Theresa Wessel, *James Madison University*

Lester Wright, *Western Michigan University*

Kathleen Zaretsky, *San Jose State University*

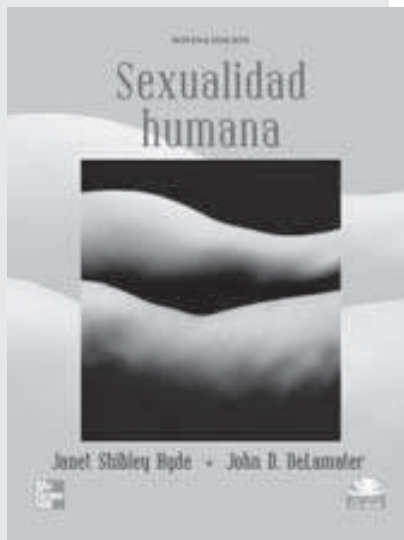
Nos encanta impartir nuestros cursos de sexualidad humana y nos ha fascinado escribir y reescribir este texto para ellos. Esperamos que usted disfrute de su lectura, de aprender de él y de enseñar con él.

Janet Shibley Hyde

John D. DeLamater

Avance visual de *Sexualidad humana* de Hyde/Delamater

Novena edición



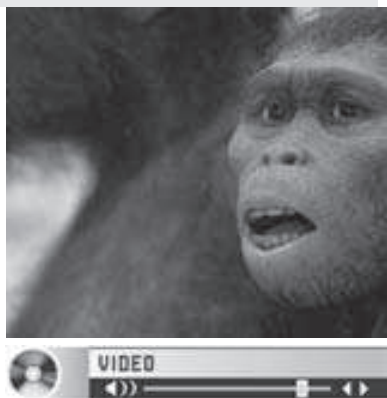
Sexualidad humana

Sexualidad humana examina la ciencia y psicología de la sexualidad humana, proporciona información práctica necesaria para la vida cotidiana y familiariza al alumno con los métodos de investigación utilizados en el estudio de la sexualidad. Esta nueva edición incluye investigaciones recientes, tecnología integrada y nuevos materiales de asistencia para el estudio.

CD- ROM SexSource del estudiante

El CD-ROM SexSource del estudiante se incluye de forma gratuita con todos los ejemplares nuevos del texto. El CD-ROM es una herramienta invaluable para ayudar a los alumnos a revisar información y a prepararse para los exámenes.

En *Sexualidad humana*, novena edición, los segmentos de video en el CD SexSource se encuentran por completo integrados con el texto. Una fotografía fija del segmento de video y un pie informativo motivarán a los estudiantes a ver los videos y completar los ejercicios que aparecen en el CD.

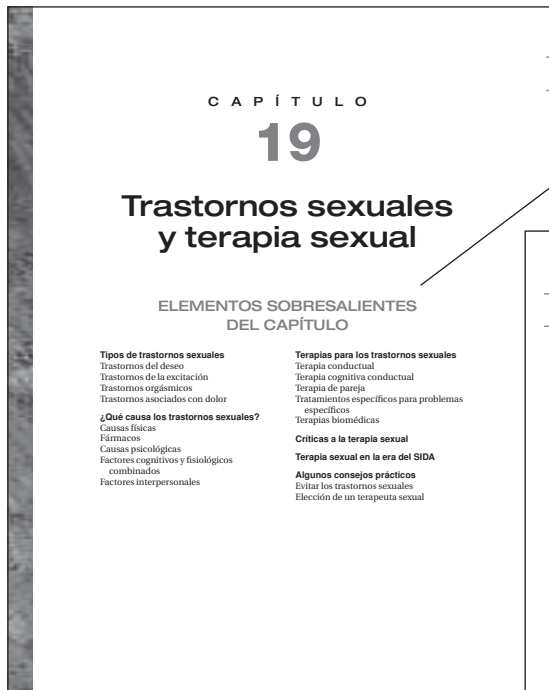


¿Es cierto que los hombres quieren mujeres, pero que las mujeres quieren relaciones? Considere esto mientras ve el video "Evolutionary Psychology" en el capítulo 2 de su CD

Herramientas de aprendizaje... para ayudar al éxito de los estudiantes

Elementos sobresalientes del capítulo

El breve resumen al principio de cada capítulo proporciona una vista previa de los temas que se encuentran dentro del capítulo. Este resumen ayuda a los estudiantes a prepararse para su lectura y estudio.



CAPÍTULO

19

Trastornos sexuales y terapia sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Tipos de trastornos sexuales

Trastornos del deseo
Trastornos de la excitación
Trastornos orgásmicos
Trastornos asociados con dolor

¿Qué causa los trastornos sexuales?

Causas físicas
Fármacos
Causas psicológicas
Factores cognitivos y fisiológicos combinados
Factores interpersonales

Terapias para los trastornos sexuales

Terapia conductual
Terapia cognitiva conductual
Terapia de pareja
Tratamientos específicos para problemas específicos
Terapias biomédicas

Críticas a la terapia sexual

Terapia sexual en la era del SIDA

Algunos consejos prácticos

Evitar los trastornos sexuales
Elección de un terapeuta sexual

RECURSOS EN LA RED

Las terapias para los trastornos sexuales incluyen terapia conductual (cuyos pioneros fueron Masters y Johnson), basada en la teoría del aprendizaje, terapia cognitiva conductual, terapia de pareja, tratamientos específicos para problemas específicos (p. ej., parada-arranque para la eyacuación precoz) y una variedad de tratamientos biomédicos, que incluyen tratamientos con fármacos (p. ej., Viagra y Viagra).

Se han expresado varias críticas hacia la terapia sexual, incluyendo preocupaciones acerca de los métodos de investigación utilizados para evaluar el éxito de la terapia de Masters y Johnson, falta de investigación que valore las terapias de reciente desarrollo, modificación de las terapias de reciente desarrollo, modificación de la terapia de reciente desarrollo, modificación de la terapia de reciente desarrollo, modificación de la terapia de reciente desarrollo, modificación de la terapia de reciente desarrollo.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Cuando usted participe en actividad sexual con una pareja, ¿puede que usted sienta la presión de tener un cierto desempeño y que está funcionando como espectador? En ese caso, ¿qué podría hacer para cambiar este patrón?
2. Si se consideran las causas de los trastornos sexuales asociadas con el aprendizaje previo, ¿cuáles son las implicaciones para los padres que desean criar hijos sexualmente sanos? ¿Los padres podrían hacer determinadas cosas que eviten o prevengan los trastornos sexuales en sus hijos?
3. Su mejor amigo, Steve, quien tiene 22 años, le revela una larga historia de eyacuación precoz, que le ha

resultado sumamente vergonzoso y frustrante. Ha escuchado sobre el Viagra, sabiendo que usted está tomando un curso de sexualidad humana, acude a consultarlo sobre si debería ir al médico para obtener una receta de Viagra. ¿Qué consejo le daría?

4. El deseo sexual hipocativo es un trastorno sexual común en Estados Unidos en la actualidad. Dado lo que usted sabe sobre este trastorno y sus causas, ¿piensa que es común en otras culturas? Considere como ejemplos a Gran Bretaña, China, India y México. (Para mayor información, véase Iburga y de Silva, 1993.)

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Barbach, Lonnie G. (1975). *For Yourself: The fulfillment of female sexuality*. Garden City, NY: Doubleday. Proporciona buena información para las mujeres con trastornos orgásmicos, basada en las experiencias de la autora como terapeuta sexual. Sigue siendo el clásico en el área.

Barbach, Lonnie G. (1983). *For each other: Sharing sexual intimacy*. Garden City, NY: Anchor Books. Secuela de Barbach para *For Yourself* (véase antes); este volumen está dirigido a las parejas.

McCarthy, Barry y McCarthy, Emily (2002). *Sexual awareness: Couple sexuality for the twenty-first century*. Carroll & Graff Publishers. Otro buen libro de terapia sexual.

Tiefer, Leonard. (2004). *Sex is not a natural act, and other essays*. 2a edición. Boulder, CO: Westview. Tiefer es una escritora inteligente y diversificada y sus críticas de la terapia sexual son perspicaces.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.bigeye.com/sexeducation/research.html>
Vínculos sobre educación sexual: investigación sexual.

<http://www.sexhealth.org/problems>
Sexual Health InfoCenter; trastornos sexuales.

<http://www.nwriverhospital.com/services/mandj.htm>
Información sobre los programas de tratamiento de Masters y Johnson.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/sexualhealthissues.html>
Páginas de MedlinePlus sobre salud sexual.

<http://www.womenstc.com>
Women's Therapy Center (Centro de terapia de la mujer); discusión sobre trastornos sexuales femeninos.

<http://www.aasect.org>
American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists.



TIPOS DE TRASTORNOS SEXUALES

459

Lo único que tenemos que temer es al temor mismo.*

*Franklin Delano Roosevelt, Discurso de toma de posesión, 4 de marzo de 1933.

Los trastornos sexuales —como la eyacuación precoz (temprana) en los hombres y la incapacidad de orgasmo en las mujeres— causan gran cantidad de angustia psicológica a los individuos perturbados por ellos, por no mencionar a sus parejas. Hasta el decenio de 1960, el único tratamiento disponible era el psicoanálisis a largo plazo, que es costoso e inaccesible para la mayoría de las personas. Una nueva época de comprensión y tratamiento se inició con la publicación, en 1970, del libro *Human Sexual Inadequacy* (Inadecuación sexual humana) de Masters y Johnson. Este libro informó la investigación realizada por el equipo acerca de los trastornos sexuales, al igual que su programa de tratamiento rápido a través de terapia conductual. Desde entonces, muchos otros avances adicionales han ocurrido en el área, incluyendo terapia cognitiva conductual y tratamientos médicos (farmacológicos). Los trastornos sexuales y los tratamientos para ellos son el tema de este capítulo.

Comenzamos con la definición del término **trastorno sexual**. Un **trastorno sexual** es un problema con la respuesta sexual que provoca angustia mental a la persona. También se emplea el término **dificultad sexual**. Ejemplos de ello son la incapacidad de un hombre para tener una erección y la incapacidad de una mujer para tener un orgasmo. Esta definición parece bastante simple; sin embargo, como veremos, en la práctica puede ser difícil determinar exactamente cuándo algo constituye un trastorno sexual. Además, existe una tendencia a pensar en términos de únicamente dos categorías, las personas con trastorno sexual y las personas "normales". De hecho, existe un continuo muy similar a la escala Kinsey de gradaciones en cuanto a orientación sexual, que analizamos en el capítulo 15. La mayoría de nosotros hemos tenido, en un momento u otro, un problema que desapareció en un día o en unos cuantos meses sin tratamiento. Estos casos forman las tonalidades grises que se encuentran entre un funcionamiento sexual totalmente adecuado y las dificultades a largo plazo que requieren terapia sexual.

Los trastornos sexuales pueden clasificarse adicionalmente. Un **trastorno sexual permanente** es aquel que ha estado presente desde que la persona se volvió sexual, un **trastorno sexual adquirido** es una dificultad que se desarrolla después de un período de funcionamiento normal.

Primero consideraremos los tipos de trastornos sexuales. A continuación, revisaremos las causas de estos trastornos y, luego, los tratamientos para ellos.

Tipos de trastornos sexuales

En esta sección consideraremos las cuatro categorías de trastornos sexuales: trastornos del deseo (deseo sexual hipocativo, aversión al sexo), trastornos de la excitación (trastornos de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos orgásmicos (trastorno orgásmico femenino, trastorno orgásmico masculino, eyacuación precoz) y trastornos sexuales asociados con dolor (dispareunia, vaginismo). Nótese que las primeras tres categorías corresponden a los componentes del ciclo de la respuesta sexual que se analizó en el capítulo 9.

Trastornos del deseo

Deseo sexual hipocativo

El **deseo sexual**, o **libido**, se refiere al interés en la actividad sexual, que conduce al individuo a buscar la actividad sexual o a ser receptivo de manera placentera hacia tal actividad (Kaplan, 1956). Cuando el deseo sexual se inhibe, de modo que el individuo no está interesado en la actividad sexual, este es un trastorno que se denomina **deseo sexual hipocativo** (DSH; el prefijo *hipo* significa "bajo") (Baason et al., 2004; Beck, 1995). En ocasiones, también se le denomina **deseo sexual inhibido** o **deseo sexual bajo**. Este trastorno se encuentra tanto en mujeres como en hombres.

Tipicamente, las personas con DSH evitan las situaciones que evocan sentimientos sexuales. Si, a pesar de sus esfuerzos, se encuentran en una situación excitante, experimentan una rápida inhibición, de modo que no sienten nada. La inhibición puede ser tan intensa que informan sentimientos negativos y desagradables; incluso pueden informar anorexia sexual, es decir, ninguna sensación en absoluto, aunque puedan responder al grado de tener un orgasmo.

La identificación del deseo sexual bajo como un trastorno sexual surgió del estudio de personas a quienes la terapia sexual tradicional no había podido ayudar. De manera típica,

Eyacuación precoz (temprana): trastorno sexual en el que el hombre eyacula demasiado pronto y siente que no puede controlar el momento de la eyacuación.

Trastorno sexual: problema con la respuesta sexual que produce angustia mental a la persona.

Trastorno sexual permanente: trastorno sexual que ha estado presente desde el momento en que la persona comenzó su funcionamiento sexual.

Trastorno sexual adquirido: un trastorno sexual que se desarrolla después de un período de funcionamiento normal.

Deseo sexual hipocativo (DSH): trastorno sexual en el que existe falta de interés en la actividad sexual, también se denomina **deseo sexual inhibido** o **deseo sexual bajo**.

Términos clave

Los términos clave se definen y colocan en apartados de color en la misma página a lo largo del texto. Además, todos los términos clave se incluyen en el Glosario al final de la obra.

Herramientas de estudio y repaso al final del capítulo

Al final de cada capítulo se encuentran "Resúmenes de capítulo", "Preguntas de reflexión, discusión y debate", "Sugerencias para lecturas adicionales" y "Recursos en la red".

Investigación enfocada... Análisis de temas a profundidad

366

CAPÍTULO 15 • ORIENTACIÓN SEXUAL, GAY, BISEXUAL O BIPOLAR

Tema central 15.1 Una pareja gay: Lee y Bob

Lee y Bob han estado viviendo juntos como pareja por 10 años. Lee tiene 30 años de edad y Bob tiene 53; viven en un pequeño pueblo en el norte de Wisconsin.

Lee siente que nunca tuvo un verdadero hogar mientras crecía. Su padre trabajaba en la industria de la construcción y se mudaban con frecuencia, viviendo en cuartos de motel. Sus padres se divorciaron cuando él estaba en el jardín de niños. Su madre volvió a casarse pronto, pero el hombre resultó ser un golpeador de mujeres, de modo que se divorciaron cuando Lee estaba en el quinto grado de educación primaria. Su madre, ahora soltera, se dedicó a los diños y a las parandas. La vida del hogar no contaba con estructura alguna y era caótica, aunque Lee siente que su madre lo amaba. Después su madre fue "salvo" y se unió a una iglesia repressiva y fundamentalista. Se casó de nuevo, con alguien con sus mismas creencias, y siguió casada con ese hombre.

Lee sabía que le gustaban más los niños que las niñas para cuando inició el primer grado de educación primaria, pero también sabía que no debía hablar de ello. No se autodenominó por completo como gay hasta su primer semestre universitario. Durante ese tiempo tuvo su primer amorío, con su jefe en el Burger King. El amorío fue tempestuoso y le rompió el corazón cuando terminó de mala manera. Su madre presintió que algo andaba mal. Cuando él le dijo que era gay, ella insistió que fuera con un psiquiatra para que lo curaran. Estuvo de acuerdo en tratar de no ser gay y así lo hizo, pero por supuesto no funcionó. Él y su madre tuvieron una pelea más al respecto y ella lo corrió de la casa. Después de dos años se reconciliaron parcialmente, pero no del todo, y sus padres aún lo rechazan.

En contraste, Bob tuvo una infancia poco notable. Sus padres siguen casados después de 54 años y habla con ellos todos los días, aunque nunca les ha dicho

que es gay y ellos nunca le han preguntado. Fue criado como católico en el norte de Wisconsin, pero hoy en día no practica su religión.

Bob empezó a darse cuenta de que los muchachos le parecían más atractivos que las muchachas durante su educación media, pero no había etíquetado disponible para "gay" en las décadas de 1950 y 1960. Actuó sobre sus impulsos por primera vez durante sus estudios universitarios y salió en citas con cinco o seis personas antes de conocer a Lee.

Se conocieron, de manera improbable, en el norte de Wisconsin cuando abrió el primer bar gay de un pueblo pequeño. Se citaron durante un breve periodo y rápidamente se establecieron como pareja. Tienen un acuerdo de ser monógamos, que Bob nunca ha violado y que Lee ha violado en sólo una ocasión.

Cuando se les preguntó qué era lo que más les gustaba de su relación, Bob dijo que era la estabilidad de saber que se tiene a alguien con quién compartir la vida. A Lee le gusta estar dentro de la relación porque ama a Bob y sabe que, a su vez, Bob lo ama. Lee también aprecia la profundidad de la relación, que le parece un logro notable. Se preocupan un poco acerca de la diferencia entre sus edades. Bob está comenzando a pensar acerca del retiro, mientras que Lee se está preparando para iniciar su carrera y anticipa un cambio importante dentro de los próximos cinco años. También lamentan la distancia emocional que tienen en relación con sus familias.

Hoy en día, Lee está estudiando para obtener su doctorado en psicología clínica, y espera convertirse en terapeuta. Bob es piloto comercial para una importante compañía aérea.

Fuente: Basado en una entrevista conducida por Janet Hyde.

al equilibrio de poder entre los dos miembros de la pareja en cuanto a asuntos que van desde decisiones financieras hasta la división de las labores domésticas. Las parejas de lesbianas colocan un valor especial a la igualdad dentro de la relación (Kurdick, 1995b). Hasta cierto punto, la vinculación y la autonomía se oponen entre sí. Algunas personas quieren grandes cantidades de vinculación y poca autonomía dentro de su relación, mientras que otras quieren justo lo opuesto. El

punto es encontrar un equilibrio que parezca razonable a ambas personas. Claramente, esto será más fácil si los dos miembros de la pareja tienen valores e ideas similares al entrar en la relación.

Las parejas lesbianas y gay deben negociar conflictos y asuntos de poder. Para las parejas tanto lesbianas como gay, las áreas de conflicto, en orden de frecuencia, son finanzas, estilo de manejo autónomo, afectión y sexo, exceso de críticas y tareas del hogar (Kurdick, 1995b). Es

Recuadros de Tema central

Los recuadros de Tema central se encuentran a lo largo del texto. Estos recuadros ofrecen información a mayor profundidad acerca del tema específico que se menciona dentro del capítulo. Muchos de los recuadros manejan perspectivas multiculturales y multiétnicas, exploran cuestiones polémicas e innovadoras y proporcionan vistazos personales que se relacionan con la vida cotidiana de los estudiantes.

APÉNDICE

Directorio de recursos en sexualidad humana

I. Cuestiones de salud: embarazo, anticoncepción, aborto, enfermedades

American Cancer Society

1599 Clifton Road, N.E.
Atlanta, GA 30329-4251
1-800-227-2345

www.cancer.org

La Sociedad Estadounidense del Cáncer ofrece información actualizada y precisa acerca de tratamientos y apoyo para el cáncer. Financia investigaciones acerca del cáncer.

American Foundation for the Prevention of Venereal Diseases, Inc.

799 Broadway, Suite 638
New York, NY 10003
(212) 739-2669

La Fundación Estadounidense para la Prevención de Enfermedades Venéreas proporciona una guía completa, STD Prevention (Prevención de ITS), que enfatiza la educación sexual y la higiene personal.

AVSC International

440 Ninth Ave
New York, NY 10001
(212) 561-0800

[email: info@avsc.org](mailto:info@avsc.org)

www.avsc.org

Apreja la prestación de servicios y ofrece información acerca de la planificación familiar y de un amplio rango de servicios de salud reproductiva.

CDC National AIDS Clearinghouse

P.O. Box 6003
Rockville, MD 20849-6003

1-800-458-5231

Operado por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, este centro de información proporciona información y referencias acerca de SIDA/VIH.

La Leche League International

1400 N. Meacham Road

P.O. Box 4079

Schaumburg, IL 60108

(847) 516-7730

[email: llhqq@ill.org](mailto:email:llhqq@ill.org)

www.lalcheleague.org

Una organización dedicada a ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar por medio de apoyo madre a madre, aliento, educación e información.

National Abortion Rights Action League (NARAL)

156 15th Street N.W., Suite 700

Washington, DC 20005

(202) 973-3000

www.naral.org

La Liga de Acción de Derechos Nacionales al Aborto es una organización de acción política que trabaja a nivel estatal y nacional en Estados Unidos y que se dedica a la preservación de los derechos de la mujer a los abortos seguros y legales y también a enseñarle a sus miembros el uso efectivo de los procesos políticos a fin de garantizar los derechos al aborto.

Division of STD/HIV/VTB Prevention

National Center for Prevention Services

Centers for Disease Control

1108 Corporate Square

587

Apéndice-Directorio de recursos de sexualidad humana

El "Directorio de recursos de sexualidad humana" lista los nombres, direcciones y funciones de diversas organizaciones importantes en el campo de la sexualidad humana según temas que van desde control natal hasta enfermedades de transmisión sexual. Esta lista es una útil referencia tanto para estudiantes como para instructores.

Mantenga actualizados sus cursos

Investigaciones recientes de alta calidad

Debido a su fuerte compromiso con las investigaciones de calidad, los autores se enfocan en estudios tanto clásicos como recientes de excelente calidad en cuanto a muestreo, diseño de investigación y medición.

2002). Es claro que las mujeres que beben de manera moderada pueden tener hijos afectados en algún grado (Abel, 1980). Incluso, se han documentado los efectos en los niños al alcanzar la adultez (Steenburgh et al., 1989). No se han establecido los límites "seguros" de consumo de alcohol durante el embarazo, así que la mejor recomendación es cuanto a la ingesta de alcohol para mujeres que están o podrían estar, o quieren estar embarazadas, es no hacerlo.

Cocaína

El uso de cocaína durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de partos prematuros (Händler et al., 1991) y bajo peso al nacer (Phabos et al., 1991). La única anomalía física que se observa con regularidad es un menor tamaño en la circunferencia de la cabeza (Cherukuri et al., 1988); los niños expuestos a la cocaína están en mayores probabilidades de ser microcefálicos, lo que a su vez se relaciona con deficiencias en el crecimiento y con menores puntuaciones en pruebas de inteligencia en niños de edad escolar. Los lactantes expuestos a la cocaína *in utero* muestran déficits neurológicos y anomalías del sistema nervioso central (O'Shea, 1995). Un cuidadoso estudio longitudinal que midió el desarrollo de lactantes a los 6, 12 y 24 meses de edad comparó a 218 lactantes expuestos a la cocaína con 197 bebés no expuestos a la sustancia en cuanto a resultados cognitivos y motores (Singer et al., 2002). La exposición a la cocaína se asoció con un déficit de 6 puntos en calificaciones con un instrumento estandarizado a los dos años de edad. No hubo diferencias en cuanto a resultados motores a los dos años de edad. Aunque los efectos de la exposición son graves, evaluaciones cuidadosas sugieren que relativamente pocos lactantes se ven expuestos a la cocaína *in utero* (Bauer et al., 2002).

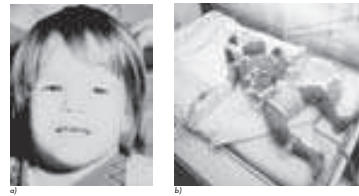
Esteroides

Las hormonas sintéticas tales como la progesterina pueden ocasionar la masculinización de un feto femenino, como lo discutimos en el capítulo 5. En algunos estudios, pero no en otros, los corticosteroides se relacionaron con bajo peso al nacer, paladar hendido y mortalidad (Östensen, 1984). Las cantidades excesivas de vitamina A se relacionan con paladar hendido. Los excesos de vitaminas D, E, K también se han relacionado con defectos congénitos. Se ha mostrado que un estrógeno potente, el diestilbestrol (DES), ha ocasionado cáncer de la vagina en niñas cuyas madres ingirieron el fármaco durante su embarazo (Herbst, 1972). La exposición a largo plazo al DES se relaciona con un aumento en el riesgo de bajo peso al momento del nacimiento (Zhang y Frankel, 1995). Durante algún tiempo, el DES se utilizó como tratamiento de "mañana siguiente", después del coito sin protección, pero este uso ya no cuenta con aprobación (Häucher et al., 1994).

Otras sustancias

Según el U.S. Public Health, el tabaquismo materno durante el embarazo ejerce una influencia de retraso sobre el crecimiento fetal, misma que se refleja en una disminución de peso al momento del nacimiento y en un aumento en la incidencia de partos prematuros. Un estudio de 10,000 nacimientos vivos evaluó a los lactantes para encontrar evidencia de 22 tipos de defectos congénitos; los lactantes cuyas madres fumaban estaban en mayores probabilidades de nacer con anomalías cardiovasculares, padecimientos en los que se implican arterias, venas o el corazón (Wood, 2001). Un estudio de 58 800 nacimientos en Finlandia duplicó los hallazgos de que los hijos de fumadoras se encontraban en mayores probabilidades de naci-

Figura 7.6 Efectos de la exposición prenatal al alcohol y a otras sustancias. a) Niño nacido con síndrome alcohólico fetal. b) Bebé pretérmino cuya madre utilizó cocaína crack durante su embarazo.



Más allá de esto, los científicos concuerdan en que las mayores tasas de depresión y suicidio entre sujetos LGB no quieren decir que la homosexualidad en sí indica enfermedad mental. Más bien, las tasas más elevadas reflejan que las personas LGB están más expuestas al prejuicio y a los crímenes de odio, así como al estrés de ocultar su verdadera identidad (Meyer, 2003).

¿La orientación sexual se puede cambiar por medio de terapia?

La **terapia de conversión** o **terapia de reparación** —tratamientos diseñados para convertir a los individuos LGB en heterosexuales— ha existido durante más de 100 años (Haldeman, 1994; Shildy et al., 2002). Las versiones más recientes provienen de grupos religiosos de ultraderecha. Muchas técnicas anteriores eran categoricamente inhumanas. Incluidas terapia conductual primitiva que implicaba dadas electrochoques a varones gay al tiempo que veían diapositivas de hombres desnudos, así como cirugías que iban desde la castración hasta la neocirugía. Todos estos tratamientos se basaban en la suposición de que la homosexualidad era una enfermedad que debía curarse.

Las investigaciones actuales acerca de las terapias de reparación revelan las presiones familiares y las agonías personales que experimenta la gente cuando se les obliga, a tal vez cuando odian, cambiar su orientación. Un hombre, que ahora es psicólogo, escribió en su diario:

Mañana tengo cita con el orientador. En realidad no sé qué pensar. Siento que necesito ayuda pero también siento que estoy tratando de deshacerme de una parte de mí mismo. Sé que debería verlo como pecaminoso y horrible, como una verga que se debe quemar. ¿Será posible que esas emociones sean lo que me permite ser un hombre sensible y cariñoso? ¿Será posible que Dios haya permitido que esto entre en mi vida para fortalecer ciertas características? ¡Realmente es horrible y pecaminoso que quiera aborrazar a un hombre y que él me aborrezca a mí, y que quiera tener una relación que incluya sexo con un hombre? Visto en el papel sí que suena horrible. No me gusta admitir estas cosas. De vez que me ¿qué es lo que hace que pierda y siento de esta forma? ¿Será satánico? ¿Está poseído? (Ford, 2001, p. 77)

Las consecuencias de la terapia de reparación pueden ser terribles, porque en realidad no cambian la orientación sexual de las personas, sino que hacen que se sientan terriblemente culpables acerca de ella. De hecho, algunos psicoterapeutas han desarrollado una especialidad para ayudar a hombres gay y bisexuales a recuperarse de las terapias de conversión (Haldeman, 2001).

En vista de la evidencia que se discute con anterioridad en la presente sección y que sustenta el argumento de que los individuos LGB no están mentalmente enfermos, las terapias de reparación no

tienen sentido alguno. Así también, surgen cuestiones éticas: ¿Debería transformarse a una persona gay para convertirla en alguien en contra de su voluntad? Para el año 2000, los escándalos asociados con las terapias de conversión se habían vuelto tan enormes que la American Psychiatric Association emitió una afirmación de política formal oponiéndose a ellas (American Psychiatric Association, 2000).

En resumen, es probable que sea tan fácil convertir a una persona homosexual en una feliz persona heterosexual como lo sería convertir a un heterosexual en una feliz persona homosexual; es decir, no mucho.

¿Por qué las personas se vuelven homosexuales o heterosexuales?

Una fascinante pregunta psicológica es, ¿por qué las personas se vuelven homosexuales o heterosexuales? En la presente sección se discutirán diversas teorías que contestan a la pregunta, así como la evidencia relevante. Usted notará que los teóricos e investigadores anteriores consideraron que es parte de su tarea explicar la homosexualidad; los investigadores más recientes, dándose cuenta de que también es necesario explicar la heterosexualidad, están en mayores probabilidades de considerar que su tarea es la explicación de la orientación sexual.

Teorías biológicas

Diversos científicos han propuesto que la homosexualidad es causada por factores biológicos. Los candidatos más probables para estas causas biológicas son los factores genéticos, los factores prenatales, las diferencias en la estructura cerebral y un desequilibrio endocrino.

Factores genéticos

Un estudio reclinó varones gay y bisexuales que tenían un hermano gemelo o un hermano adoptado (Bailey y Pillard, 1991). Entre los 56 hombres gay que tenían un hermano gemelo idéntico, 52 por ciento de sus gemelos también eran gay (en la terminología de los gemelos, ésta es una tasa de concordancia del 52 por ciento). Entre los varones gay que tenían un gemelo no idéntico, 22 por ciento de sus gemelos también eran gay. De los hermanos adoptados de los varones gay, 11 por ciento también eran homosexuales. Más adelante, el mismo equipo de investigación repitió el estudio con lesbianas (Bailey et al., 1993). De entre 71 lesbianas que tenían una gemela idéntica, 48 por ciento de sus gemelas también eran gay. Entre las 37 lesbianas con una hermana gemela no idéntica, 16 por ciento de las gemelas también eran lesbianas. De las hermanas adoptivas de las

Terapia de conversión o de reparación: cualquiera de varios tratamientos diseñados para volver heterosexuales a las personas LGB.

Nuevas investigaciones

Más de 700 nuevas citas y estudios de investigación garantizan un texto actualizado de alta calidad. La reciente investigación también ayuda a los estudiantes a ver la relevancia de estudios históricos y en curso.

Uso de recursos en la red

Cada capítulo del libro concluye con una lista de recursos en la red de utilidad para el estudio, con lo que obtienen una perspectiva más amplia acerca de la información que se presenta en el capítulo y que sirve de inicio para trabajos o proyectos de clase.



Centro de aprendizaje en línea

Este extenso sitio de red, diseñado de manera específica para acompañar *Sexualidad humana*, novena edición, ofrece una gama de recursos tanto para el instructor como para el alumno. La sección estudiantil del Centro de aprendizaje en línea proporciona una variedad de herramientas de aprendizaje, incluyendo resúmenes de capítulo, objetivos de aprendizaje, ejercicios de apareamiento para términos clave, preguntas de examen y ligas de red para cada capítulo. Estos recursos y más se pueden encontrar al acceder al sitio del texto en www.mhhe.com/hyde9.

C A P Í T U L O

1

La sexualidad en perspectiva

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Sexo y género

Historia de los conceptos acerca de la sexualidad: religión y ciencia

Religión
Ciencia

Medios masivos de comunicación

Perspectivas transculturales sobre la sexualidad

Variaciones en técnicas sexuales
Masturbación
Sexo premarital y extramarital
Sexo con parejas del mismo género

Estándares de atractivo

Variaciones de clase social y grupo étnico
en Estados Unidos

Importancia de los estudios transculturales

Perspectivas transespecie acerca de la sexualidad

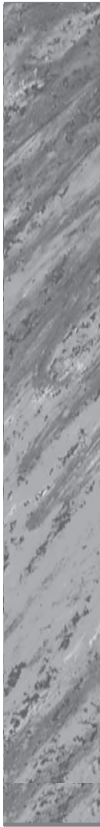
Masturbación

Comportamiento sexual del mismo género

Señalización sexual

Características humanas únicas

Usos no sexuales del comportamiento
sexual



“Eres tan hermosa” murmuró él. “Quiero una fotografía tuya así como estás, con el rostro ruborizado y los labios húmedos y brillantes.” Él abrió un paquete de aluminio que sacó de su bolsillo. Hipnotizada, ella lo observó ponerse el condón, sorprendida de la dureza de su miembro. Alargó la mano para tocarlo, pero él se hizo para atrás, se aseguró que estuviese lista, y se deslizó fácilmente dentro de ella, tan profundamente que la hizo jadear. Contrajo los músculos a su alrededor y él cerró los ojos y gimió, con un sonido tan primitivo que hizo que la piel de ella se estremeciera.*

La conducta sexual humana es un fenómeno diverso. Ocurre en diferentes lugares físicos y contextos sociales, incluye una amplia variedad de actividades específicas y diferentes personas la perciben de modos diversos. Un individuo participa en actividad sexual con base en un conjunto complejo de motivaciones y organiza esa actividad con base en numerosos factores e influencias externos. Así, es poco probable que las herramientas y conceptos de ninguna disciplina científica única serán suficientes para responder todas o incluso la mayoría de las preguntas que se podrían hacer sobre la conducta sexual... Gran parte de la investigación científica previa acerca de la sexualidad ha sido realizada por biólogos y psicólogos y, por tanto, se ha enfocado en la conducta sexual puramente como un fenómeno “al nivel individual”... La conducta sexual humana está determinada tan sólo parcialmente por factores que se originan dentro del individuo. Además, la socialización de una persona dentro de una cultura particular, su interacción con parejas sexuales y las restricciones impuestas sobre él o ella se vuelven extremadamente importantes para determinar sus actividades sexuales.†

*Debbi Rawlins. (2003). *Anything goes*. Nueva York: Harlequin Blaze.

†Laumann *et al.* (1994). Reproducido con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Sin importar qué tan notablemente diferentes puedan parecer, las dos citas anteriores hablan sobre lo mismo, el sexo. La primera cita proviene de una novela romántica. Tiene el propósito de estimular las fantasías y excitación del lector. La segunda procede de un libro académico sobre sexo. Su propósito es estimular al cerebro pero no a los genitales. De la lectura de estos dos extractos breves podemos ver con rapidez que el tema de la sexualidad es diverso, complejo y fascinante.

Los textos introductorios sobre la mayoría de los temas comienzan generalmente con una sección diseñada para motivar a los alumnos a estudiar cualquier tema sobre el que se refiera el texto. En este libro no aparece una sección de ese tipo; la razón por la que las personas desean estudiar el sexo es obvia y la motivación del lector para estudiarlo probablemente ya es bastante elevada. La mayoría de la gente tiene curiosidad acerca del sexo, en particular debido a que el intercambio de información sexual es, en cierto modo, un tabú en nuestra cultura, de modo que la curiosidad nos motiva a estudiar la sexualidad. El sexo es una fuerza importante en las vidas de muchas personas, por lo que existen razones prácticas para tener el deseo de aprender sobre él. Por último, en diversas ocasiones la mayoría de nosotros experimentamos problemas con nuestro funcionamiento sexual, o deseamos que

pudiésemos funcionar mejor, y esperamos que aprender más sobre el sexo nos ayudará a lograrlo. Este libro está diseñado para atender a todas esas necesidades. Por tanto, consideramos diversas perspectivas sobre la sexualidad: los efectos de la religión, la ciencia y la cultura en nuestra comprensión de la sexualidad. Estas perspectivas le darán al lector una mirada general del bosque antes de estudiar los árboles: la anatomía y fisiología sexuales (la parte de la “instalación interna”) y la conducta sexual (la parte de las “personas”), que se analizan en capítulos posteriores. Pero primero debemos establecer una importante distinción, aquella que existe entre sexo y género.

Sexo y género

En ocasiones, la palabra *sexo* se utiliza de manera ambigua. En algunos casos se refiere al hecho de ser hombre o mujer y a veces se refiere al comportamiento sexual o reproducción. Por supuesto, en la mayoría de los casos, el significado queda claro por el contexto. Si usted está llenando una solicitud de empleo y uno de los incisos dice “Sexo”: no escribirá, “me gusta” o “con tanta frecuencia como sea posible”. Es evidente que su posible empleador desea saber si usted es hombre o mujer. No obstante, en otros casos el significado puede ser ambi-

guo. Por ejemplo, cuando un libro tiene el título de *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*, ¿a qué se refiere? ¿Es acerca de las prácticas sexuales de los pueblos primitivos o sobre si el hecho de tener relaciones sexuales con frecuencia les da temperamentos agradables? O bien ¿es acerca de los tipos de personalidades que en esas sociedades se espera que tengan los varones y las mujeres? No es sólo que este uso de *sexo* cree ambigüedades, sino también que oscurece nuestro razonamiento acerca de algunos temas importantes.

Para eliminar —o por lo menos reducir— esta ambigüedad, en este libro el término *sexo* se utilizará en contextos que se refieren a la anatomía y el comportamiento sexuales, mientras que el término **género** se utilizará para referirse al estado de ser varón o mujer.

Éste es un libro sobre *sexo*, no sobre el género; se refiere a la conducta sexual y a las fuerzas biológicas, psicológicas y sociales que la influyen. Por supuesto, aunque estamos afirmando que *sexo* y género tienen conceptos muy diferentes, no intentaríamos alegar que son totalmente independientes entre sí. Con toda seguridad los roles de género —las maneras en que se espera que hombres y mujeres se comporten— ejercen una poderosa influencia sobre la conducta sexual de las personas y, por ende, un capítulo se dedicará a los roles de género y a sus efectos sobre la sexualidad.

¿Cómo deberíamos definir al *sexo*, aparte de decir que es diferente del *género*? Un biólogo podría definir la conducta sexual como “cualquier conducta que aumente la probabilidad de unión entre gametos [unión de espermatozoide y óvulo]” (Bermant y Davidson, 1974). Esta definición enfatiza la función reproductiva del *sexo*. Sin embargo, particularmente en las últimas décadas, se han desarrollado avances médicos como la píldora anticonceptiva que nos permiten separar la reproducción del *sexo*. En la actualidad, la mayoría de los estadounidenses no utilizan al *sexo* únicamente para la reproducción sino también para la recreación.¹

El connotado investigador sexual Alfred Kinsey definió al *sexo* como el comportamiento que conduce al orgasmo. Aunque esta definición tiene ciertos méritos (no implica que el *sexo* deba asociarse con la reproducción) también presenta algunos problemas. Si una esposa tiene relaciones sexuales con su esposo, pero no tiene un orgasmo, ¿eso no fue una conducta sexual para ella?

Para tratar de evitar algunos de estos problemas, la **conducta sexual** se definirá en este libro como *el com-*

*portamiento que produce excitación y aumenta la probabilidad del orgasmo.*²

Historia de los conceptos acerca de la sexualidad: religión y ciencia

Religión

A lo largo de la mayoría de la historia registrada, cuando menos hasta aproximadamente hace 100 años, la religión (y el rumor) proporcionaba la mayoría de la información que la gente tenía sobre la sexualidad. De este modo, los antiguos griegos reconocían abiertamente tanto la heterosexualidad como la homosexualidad en su sociedad y explicaban la existencia de las dos orientaciones a través de un mito en el que los seres humanos originales eran criaturas duales con el doble del número normal de miembros y órganos normales; algunos eran varones dobles, otros eran mujeres dobles y algunos eran mitad varón y mitad mujer (LeVay, 1996). Los dioses, temiendo al poder de estas criaturas, las dividieron por la mitad y desde entonces estas criaturas continuaron buscando a su otra mitad. Se consideraba que los heterosexuales eran el resultado de la escisión de la mitad masculina y la mitad femenina; los homosexuales varones eran resultado de la división de los varones dobles y las homosexuales femeninas, de la división de las mujeres dobles. Fue a través de esta historia mitológica que los antiguos griegos comprendieron la orientación y el deseo sexuales.

Género: el estado de ser varón o mujer.
Conducta sexual: comportamiento que produce excitación y aumenta la probabilidad de orgasmo.

Los cristianos del siglo quince consideraban que los “sueños húmedos” (emisiones nocturnas) eran el producto del coito con criaturas espirituales diminutas llamadas *íncubos* y *súcubos*, un concepto que apareció en una bula papal de 1484 y en su libro acompañante, el *Malleus Maleficatum* (“martillo de la bruja”); se consideraba que la persona que tenía sueños húmedos era culpable de sodomía (véase capítulo 21) al igual que de brujería.

Los musulmanes creían que el coito era uno de los mayores placeres de la vida y que reflejaba las enseñanzas del gran profeta Mahoma. El mismo Mahoma tuvo varias esposas.

¹De hecho, incluso en épocas anteriores, el *sexo* no siempre se asociaba con la reproducción. Por ejemplo, en 1850, un hombre podría haber sido padre de 10 hijos; utilizando un estimado muy conservador de que haya participado en el coito 1 500 veces durante su vida adulta (una vez por semana durante 30 años, desde los 20 hasta los 50 años de edad), se concluye que sólo 10 de 1 500 de esos actos, o menos de 1 por ciento, daba por resultado la reproducción.

²Esta definición, aunque representa una mejoría con respecto a algunas otras, tiene sus problemas. Por ejemplo, consideremos a una mujer que no siente ningún tipo de excitación durante el coito. Según la definición, el coito no sería conducta sexual en su caso. Sin embargo, el coito generalmente sería algo que querríamos clasificar como conducta sexual. Debería quedar claro que la definición de *comportamiento sexual* es muy difícil.

Las personas de diferentes religiones tienen conceptos diferentes acerca de la sexualidad humana y estas perspectivas religiosas tienen con frecuencia un profundo impacto. En el capítulo 21 se proporciona un análisis detallado de la religión y la sexualidad.

Ciencia

Fue contra este trasfondo de ideas religiosas sobre la sexualidad que comenzó el estudio científico del sexo en el siglo diecinueve, aunque, por supuesto, los conceptos religiosos continuaron influyendo nuestras ideas sobre la sexualidad. Además, las bases de una comprensión de los aspectos biológicos de la sexualidad se habían establecido antes a través de la investigación de médicos y biólogos. El microscopista holandés Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) y su alumno John Ham habían descubierto espermatozoides que nadaban en el semen humano. Oskar Hertwig (1849-1922) fue el primero en observar la fertilización del espermatozoide en un óvulo de erizo de mar, aunque en los humanos el óvulo no se observó directamente hasta el siglo veinte.

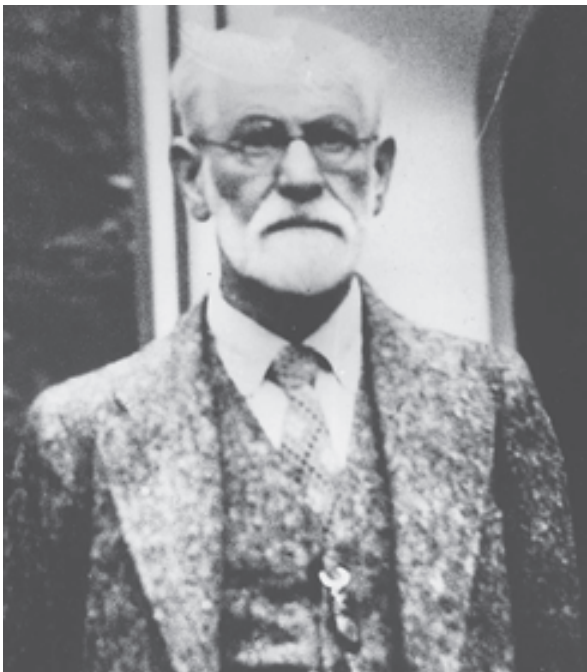
Uno de los principales avances en la comprensión científica de los aspectos psicológicos de la sexualidad humana provino del trabajo del médico vienés Sigmund Freud (1856-1939), fundador de la psiquiatría y del psicoanálisis. Sus ideas se analizarán en detalle en el capítulo 2.

Es importante reconocer el contexto cultural en el que Freud y los demás primeros investigadores diseñaron sus investigaciones y escritos. Comenzaron su trabajo en la época victoriana, al final del siglo diecinueve, tanto en Estados Unidos como en Europa. Las normas sobre la sexualidad eran extraordinariamente rígidas y opresivas. El historiador Peter Gay cataloga a este aspecto represivo de las normas culturales victorianas como

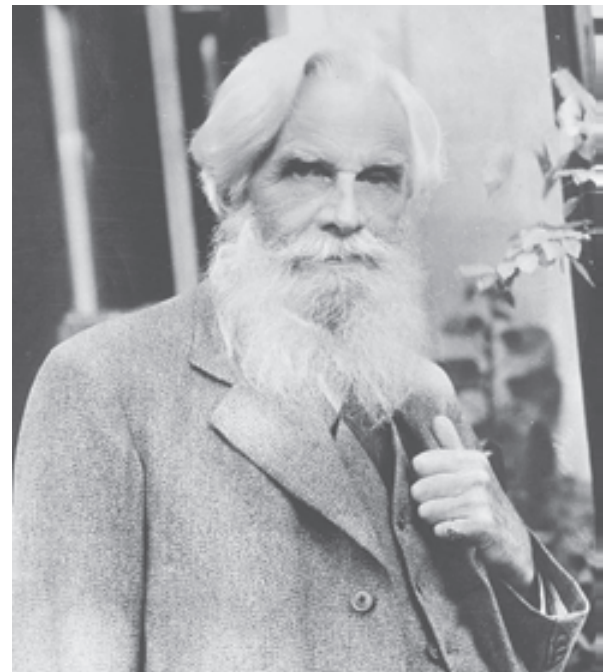
un mundo engañoso e hipócrita en el que los maridos de clase media aplacaban su lujuria teniendo amantes, frecuentemente prostitutas, o abusando de los niños, mientras que sus esposas, tímidas, diligentes y obedientes, estaban anestesiadas en sentido sexual y vertían toda su capacidad de amar en sus deberes hogareños y en la crianza de sus hijos. (Gay, 1984, p. 6)

Seguramente que ciertos aspectos de estas actitudes victorianas permanecen con nosotros en la actualidad. Sin embargo, al mismo tiempo el comportamiento sexual en sí de los victorianos ocasionalmente violaba las normas de la sociedad (véase el Tema central 1.1). En su historia sobre la sexualidad en la época victoriana, Gay documentó el relato sobre Mabel Loomis Todd, quien, aunque casada, se entregó a una larga aventura sensual con Austin Dickinson, un líder comunitario en Amherst, Massachusetts. Muchas personas sabían de hecho acerca de la aventura “secreta”, sin embargo la señora Loomis no se volvió una paria (Gay,

Figura 1.1 Dos de los primeros investigadores importantes sobre la sexualidad: a) Sigmund Freud. b) Henry Havelock Ellis.

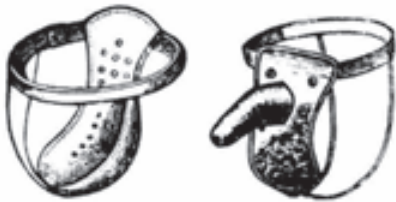
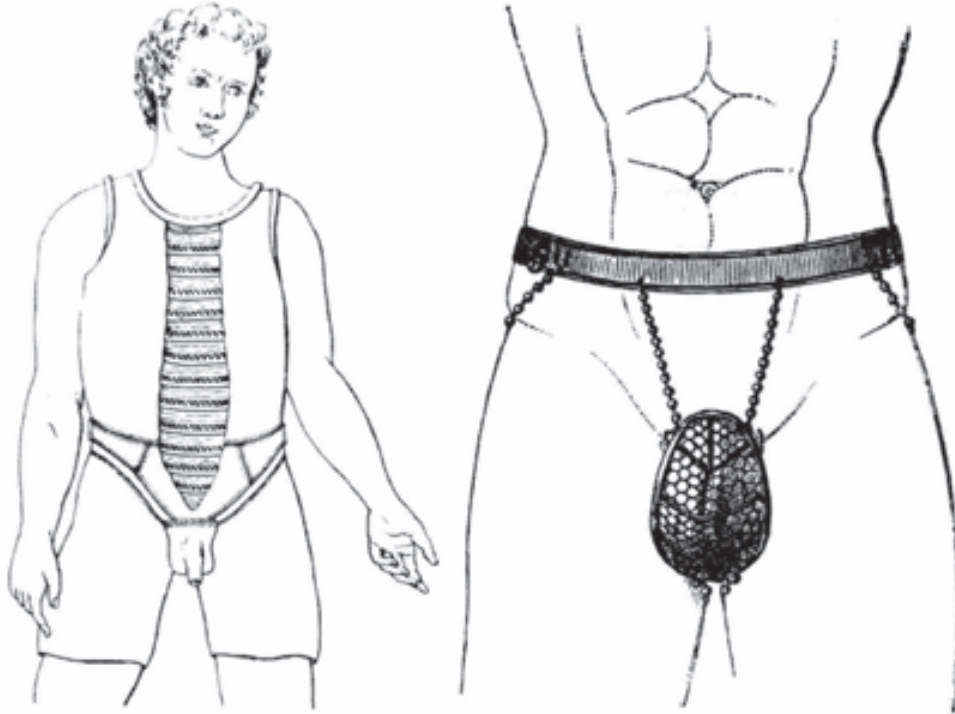


a)

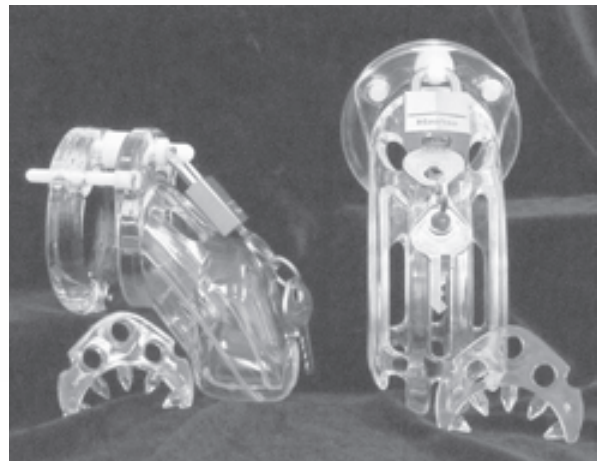


b)

Figura 1.2 Dispositivos diseñados para impedir la masturbación. a) La época victoriana, de la cual surgieron Freud y Ellis, se caracterizaba por una represión sexual extrema. Aquí se muestran algunos aparatos que se vendían para prevenir el onanismo (masturbación). b) ¿Las cosas son tan diferentes en la actualidad? Éstos son dispositivos actuales que se venden por Internet, para el mismo propósito.



a)



b)

1984). Sin duda, esta enorme discrepancia entre las normas sexuales victorianas y el comportamiento real creaba una gran cantidad de tensión personal. Es probable que esa tensión impulsara a un buen número de personas al consultorio del Dr. Freud, proporcionando los datos para su teoría, la cual enfatiza las tensiones y el conflicto de naturaleza sexual.

Un contribuyente igualmente notable —aunque no tan conocido— del estudio científico del sexo fue

Henry Havelock Ellis (1859-1939). Havelock Ellis fue un médico de la Inglaterra victoriana que recopiló una vasta colección de información sobre la sexualidad —incluyendo datos médicos y antropológicos, al igual que historias de caso— que se publicó en una serie de volúmenes intitulados *Studies in the Psychology of Sex*, en 1896. Havelock Ellis fue un académico notablemente objetivo y tolerante, particularmente para su época. Creía que las mujeres, al igual que los hombres,

Tema central 1.1

Una encuesta victoriana sobre sexualidad

A finales del siglo diecinueve, la reina Victoria reinaba en Inglaterra y tanto en ese país como en Estados Unidos, el ideal era reprimir lo más posible la sexualidad. Las mujeres en particular no deberían tener deseos sexuales. Los estándares de recato eran tan enormes que los pianos tenían “extremidades” en lugar de vulgares “piernas”.

De ese ambiente victoriano surgió una notable mujer, la Dra. Clelia Mosher. Nacida en Albany, Nueva York, en 1863, comenzó sus estudios universitarios en Wellesley y los terminó en Stanford. Para obtener su título de maestría de Stanford, recolectó datos para desacreditar un mito popular en su tiempo: que las mujeres sólo podían respirar con la parte superior del pecho, mientras que los varones respiraban más profundamente. Mosher concluyó, de manera bastante razonable, que cualesquiera diferencias eran el resultado únicamente de que las mujeres estaban atadas a corsés muy ajustados. Mosher comenzó sus estudios de medicina en Johns Hopkins cuando tenía 32 años y obtuvo su título de médico cuatro años después.

A lo largo de un periodo de 30 años, que comenzó cuando ella estudiaba en el pregrado, Mosher realizó una encuesta sexual con mujeres victorianas, la mayoría de las cuales habían nacido alrededor de la época de la Guerra Civil de Estados Unidos. En total, aplicó su cuestionario de nueve páginas a 47 mujeres. (Debe reconocerse que la muestra era pequeña y no aleatoria, los cuales son criterios para encuestas válidas de investigación que se analizan en el capítulo 3.) Muchas de las mujeres eran esposas de catedráticos en universidades o mujeres de la práctica médica de Mosher y seguramente eran una muestra selecta que estuvo de acuerdo en responder a las preguntas; 81 por ciento habían asistido a la universidad, un nivel educativo alto para las mujeres de esa época. Sin embargo, la encuesta es notable porque —a pesar de las ideas aceptadas acerca de las mujeres victorianas— ésta es la única encuesta real que se conoce acerca de ellas.

- A pesar del estereotipo victoriano de que la mujer no sentía deseo sexual, 80 por ciento de las mujeres

que respondieron a la pregunta dijeron que sentían deseo de realizar el coito.

- Treinta y cuatro de las mujeres (72 por ciento) indicaron que experimentaban orgasmo. Es interesante que Mosher fraseó la pregunta como “¿Usted siempre tiene un orgasmo venéreo?” asumiendo con ello que se esperaba la ocurrencia del orgasmo.
- Mosher sospechaba que la lentitud relativa de las mujeres podría ser una causa de conflictos en el matrimonio. Muchas de las encuestadas apoyaron esta idea. Una dijo que el sexo había sido desagradable para ella durante años debido a su “reacción lenta” pero “el orgasmo [ocurre] si se toma tiempo”. Otra se quejó de que “los hombres no están entrenados de manera apropiada”. Y para algunas, no alcanzar el orgasmo era psicológicamente devastador (no se puede evitar pensar que las cosas no han cambiado mucho desde 1890 hasta la actualidad).
- Cuando menos 30 de las mujeres (64 por ciento) utilizaba alguna forma de control natal. Las duchas vaginales eran el método más popular, seguidas del retiro y del “ritmo”. Los esposos de varias de las mujeres utilizaban una “cubierta masculina” y dos de las mujeres utilizaban un “capuchón de caucho sobre el útero”. Una mujer utilizaba mantequilla de cacao. No explicó cómo o por qué.

La encuesta de Clelia Mosher es fascinante porque demuestra que, a pesar de las enseñanzas represivas de la época victoriana, algunas mujeres se las arreglaban para disfrutar del sexo. Es cierto que algunas se vieron afectadas por las costumbres victorianas: tres de las mujeres dijeron que su ideal sería abstenerse por completo del coito. Pero la mayoría de las encuestadas siguieron expresando deseos sexuales, experimentaban orgasmos y parecían disfrutar del sexo con sus maridos.

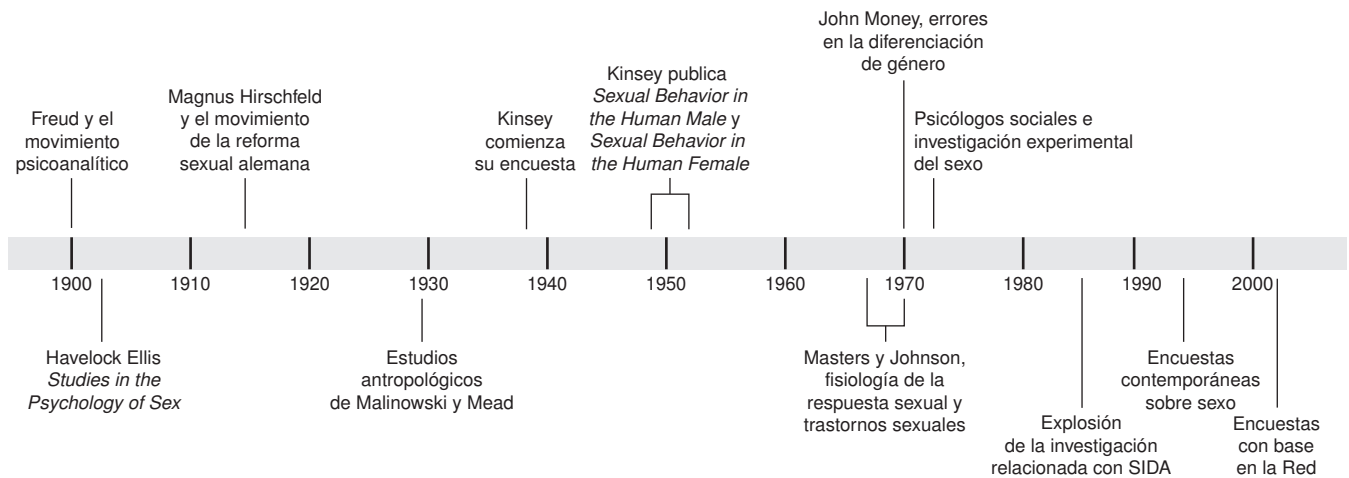
Fuente: Jacob (1981).

eran criaturas sexuales. Como reformador sexual, consideraba que las desviaciones sexuales con respecto a las normas frecuentemente eran inocuas e instó a la sociedad a aceptarlas. Debido a su deseo de obtener información acerca de la sexualidad humana en lugar de hacer juicios sobre ella, se le puede considerar como

un precursor de la investigación sexual moderna (para su autobiografía, véase Ellis, 1939; existen numerosas biografías sobre él).

Otra importante figura en la investigación sexual del siglo diecinueve fue el psiquiatra Richard von Krafft-Ebing (1840-1902). Su interés especial fue la sexuali-

Figura 1.3 Historia de la investigación científica sobre el sexo.



dad “patológica”. Logró recolectar más de 200 historias de caso sobre individuos patológicos, las cuales aparecieron en su libro titulado *Psychopathia Sexualis*. Su trabajo tendió a no ser ni objetivo ni tolerante. Sin embargo, tuvo un impacto permanente. Acuñó los conceptos de sadismo, masoquismo y pedofilia y los términos *heterosexualidad* y *homosexualidad* ingresaron al idioma común en la traducción de su libro en 1892 (Oosterhuis, 2000). Una de sus historias de caso se presenta en el capítulo 16.

Uno de los primeros investigadores que contribuyeron a la comprensión científica de la sexualidad y que merece mencionarse es el alemán Magnus Hirschfeld (1868-1935). Fundó el primer instituto de investigación sexual y aplicó la primera encuesta a gran escala sobre sexo, obteniendo datos de 10 000 personas en un cuestionario con 130 reactivos. (Por desgracia, la mayoría de la información recopilada por él fue destruida por los nazis.) Hirschfeld también estableció la primera publicación periódica dedicada al estudio del sexo, estableció un servicio de orientación matrimonial, trabajó a favor de las reformas legales y proporcionó consejo sobre anticoncepción y problemas sexuales. No obstante, su interés especial se centró en la homosexualidad. Sin duda, algunos de sus enfoques de avanzada fueron un resultado de que él, de hecho, era homosexual y travestista. Sus contribuciones como pionero en la investigación sexual no pueden negarse (Bullough, 1994).

En el siglo veinte, los principales avances en la comprensión científica del sexo provinieron de las masivas encuestas de conducta sexual humana realizadas en Estados Unidos por Alfred Kinsey y sus colaboradores en el decenio de 1940 y de las investigaciones de Masters y Johnson acerca de los trastornos sexuales y la fisiología de la respuesta sexual. Aproximadamente al mismo tiempo que se realizaba la investigación de

Kinsey, algunos antropólogos —de manera más notable Margaret Mead y Bronislaw Malinowski— comenzaron a obtener datos sobre el comportamiento sexual en otras culturas. Otras investigaciones más pequeñas también proporcionaron información muy importante. Para el decenio de 1990, teníamos una fértil colección de investigaciones sobre sexo, incluyendo encuestas nacionales importantes (por ejemplo, Laumann et al., 1994), investigaciones detalladas sobre trastornos sexuales y orientación sexual, y estudios sobre los procesos biológicos que subyacen a la respuesta sexual.

El estudio científico del sexo no ha surgido como una disciplina académica independiente y unificada como la biología, psicología o sociología. Más bien, tiende a ser interdisciplinaria —un esfuerzo conjunto de biólogos, psicólogos, sociólogos, antropólogos y médicos (véase figura 1.3). Este abordaje a la comprensión de la sexualidad nos proporciona una mejor perspectiva de los seres humanos en toda su complejidad sexual.

Medios masivos de comunicación

En cuanto al poder de su influencia, los medios masivos de comunicación en Estados Unidos en la actualidad representan el mismo papel que tuvo la religión en siglos anteriores. Los niños estadounidenses ocupan de seis a siete horas por día con alguna forma de medio masivo (Roberts, 2000). Los programas televisivos estelares presentan un promedio de 10 casos de conducta sexual por hora. En un estudio sobre el sexo en las telenovelas, la actividad sexual más frecuente fue el coito heterosexual entre personas no casadas (Greenberg y Busselle, 1996), aunque este patrón está lejos de lo que ocurre en el mundo real, donde el sexo marital es el más frecuente. Las referencias al sexo más seguro

Figura 1.4 Las representaciones sexuales en los medios de comunicación se han vuelto mucho más explícitas, como en esta escena de la telenovela *General Hospital*.



—tanto en lo relacionado con la prevención de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) como para la prevención del embarazo— son poco comunes. Sólo 2 por ciento de las escenas sexuales presentan algún tipo de precaución sexual (Kunkel *et al.*, 2003).

En pocas palabras, los puntos de vista del estadounidense promedio acerca de la sexualidad probablemente tengan mayor influencia de los medios masivos de comunicación que de los datos científicos. Los teóricos de la comunicación consideran que los medios masivos pueden tener tres tipos de influencia (Brown, 2002). La primera, llamada **cultivación**, se refiere al concepto de que las personas comienzan a pensar que aquello que ven en televisión y otros medios masivos realmente representa la norma convencional de lo que sucede en la cultura preponderante (Gerbner *et al.*, 2002). Por ejemplo, los estudiantes universitarios que ven telenovelas están en mayor probabilidad de sobre-

Cultivación: en la teoría de las comunicaciones, la perspectiva de que la exposición a los medios masivos de comunicación hace que las personas consideren que aquello que ven en ellos representa la línea establecida de lo que realmente ocurre.

Establecimiento de la agenda: en la teoría de las comunicaciones, la idea de que los medios de comunicación definen qué es importante y qué no lo es según las historias que cubren.

Aprendizaje social: en la teoría de las comunicaciones, la idea de que los medios proporcionan los modelos de rol que imitamos.

Etnocentrismo: tendencia a considerar al propio grupo étnico y cultural como superiores a los demás y a considerar que sus costumbres y modos de vida son la norma por la que se debería juzgar a las otras culturas.

estimar la incidencia de divorcio que los estudiantes que no ven estos programas.

La segunda influencia es el **establecimiento de la agenda**. Los reporteros de noticias seleccionan qué informarán y que ignorarán y, dentro de las historias que reportan, qué deben enfatizar. Por ejemplo, en 1998, los medios de comunicación eligieron destacar los devaneos sexuales del presidente Bill Clinton, sugiriendo al público que estas cuestiones eran importantes. En contraste, las actividades sexuales ilícitas del presidente John F. Kennedy no se revelaron durante su mandato. En muchos sentidos, los

medios masivos de comunicación nos dicen cuál es la agenda a la que deberíamos prestar atención.

La tercera influencia es el **aprendizaje social**, una teoría que analizaremos en detalle en el capítulo 2. El argumento en este caso es que los personajes en la televisión, películas o novelas románticas pueden servir como modelos a quienes imitar, quizás sin siquiera percatarse de ello. Por ejemplo, la investigación ha encontrado que los adolescentes que ven más televisión con contenidos sexuales tienen antes su primera relación sexual que otros adolescentes (Brown, 2002).

Internet es la influencia mediática más nueva y quizás más poderosa. El uso de computadoras e Internet se está difundiendo con mayor rapidez que ninguna tecnología previa y se estima que para el año 2010, la mayoría de los hogares estadounidenses donde hay niños tendrán acceso a Internet (Brown, 2002). En 2004, 69 por ciento de los adultos tenían acceso en línea (Taylor, 2004). El término de búsqueda más frecuente en Google durante 2003 fue Britney Spears (Cyberatlas, 2004), la adolescente *sexy* con problemas de maduración. Como discutiremos en capítulos posteriores, Internet tiene el potencial de producir efectos tanto positivos como negativos sobre la salud sexual. Varios sitios, como el de la American Social Health Association, www.iwannaknow.org, proporcionan excelente información sobre la sexualidad y promueven la salud sexual. Al mismo tiempo, un estudio basado en una muestra adecuada de jóvenes de entre 10 y 17 años de edad que utilizan Internet regularmente indicó que aproximadamente 20 por ciento habían recibido alguna propuesta o abordaje sexual en Internet durante el último año y 3 por ciento habían recibido una propuesta sexual agresiva en la que el iniciador había pedido encontrarse con el receptor en algún lugar o había enviado dinero o regalos (Filkelhor *et al.*, 2000).

En los siguientes capítulos, examinaremos el contenido de los medios masivos en cuanto a numerosas cuestiones sexuales y consideraremos cuáles pueden ser los efectos de este contenido mediático sobre los espectadores.

Ahora consideremos las perspectivas sobre la sexualidad que se proporcionan a través de las observaciones científicas de los seres humanos en una amplia variedad de sociedades.

Perspectivas transculturales sobre la sexualidad

El **etnocentrismo** tiende a influir nuestra comprensión sobre la conducta sexual. La mayoría de nosotros hemos tenido experiencia con la sexualidad sólo en una cultura —por ejemplo, Estados Unidos— y tendemos a considerar nuestra conducta sexual como el único patrón existente y seguramente como el único patrón “natural”. Pero los antropólogos han descubierto que existe una amplia variación en compor-

tamientos y actitudes sexuales de una cultura a otra. Considerar estas variaciones debería ayudarnos a poner en perspectiva nuestra propia conducta sexual.

Una fuente de datos sobre las enormes variaciones transculturales en cuanto a comportamiento sexual es el estudio clásico del antropólogo Clellan Ford y del psicólogo Frank Beach (1951), quienes estudiaron la conducta sexual en 190 sociedades alrededor del mundo y también entre diversas especies animales. Otra de las principales fuentes está representada por las encuestas transculturales masivas sobre prácticas sexuales que realizaron los antropólogos Edgar Gregersen (1996) y Suzanne Frayser (1985).

Antes de proseguir, vale la pena mencionar que Ford y Beach concluyeron, en 1951, que la cultura estadounidense era relativamente restrictiva en cuestiones sexuales mientras que la mayoría de las demás culturas estudiadas eran bastante más permisivas. Por otro lado, la mayoría de la gente estaría de acuerdo —y la investigación científica sustenta este concepto (véanse los capítulos 11 y 12)— que la conducta y actitudes sexuales entre los estadounidenses han atravesado por cambios sustanciales en el medio siglo desde que Ford y Beach escribieron su libro. En la actualidad Estados Unidos se ha descrito como una cultura “erotizada” (Gregor, 1985). Esto podría ayudarnos a colocar en una mejor perspectiva nuestros propios estándares.

¿A qué se refieren los antropólogos con el término *cultura*? En general, **cultura** se refiere a las ideas y valores tradicionales (es decir, transmitidos de generación en generación) que se comunican a los miembros del grupo a través de símbolos (como el lenguaje). Entonces, estas ideas y valores sirven como la base para los patrones conductuales observados en el grupo (Frayser, 2004; Kroeber y Kluckhohn, 1963). Aunque otros diversos primates presentan ciertos elementos de una cultura, los seres humanos son únicos en cuanto a la complejidad de sus culturas y en su confianza en la cultura para adaptarse con éxito.

La principal generalización que surge de los estudios transculturales es que todas las sociedades regulan de alguna manera la conducta sexual, aunque los reglamentos exactos varían en gran medida de una cultura a otra (DeLamater, 1987). Aparentemente ninguna sociedad ha considerado adecuado dejar a la sexualidad totalmente sin regulación, quizás por temor a que esto daría por resultado la desorganización social. Como un ejemplo, los **tabúes sobre el incesto** son casi universales: el sexo se regula en cuanto a que el coito entre familiares consanguíneos está prohibido (Gregersen, 1996). La mayoría de las sociedades también condenan las relaciones sexuales forzadas, como en la violación.

No obstante, más allá de esta generalización, las regulaciones varían grandemente de una sociedad a otra y el comportamiento y actitudes sexuales varían de manera correspondiente (véase el Tema central 1.2). Examinemos las maneras en que diversas sociedades tratan algunas áreas esenciales de la conducta sexual humana.

Figura 1.5 Margaret Mead, una antropóloga que contribuyó en gran medida a los primeros estudios transculturales de la sexualidad.



Variaciones en técnicas sexuales

El beso es una de las técnicas sexuales más comunes en nuestra cultura. También es muy común en la mayoría de las otras sociedades (Gregersen, 1996). Sin embargo, existen unas cuantas sociedades en las que el beso se desconoce. Por ejemplo, cuando el pueblo Tonga de África vio por primera vez que los europeos se besaban, rieron y dijeron: “Míralos; se comen la saliva y la mugre del otro.” También existen algunas variaciones en la técnica del beso. Por ejemplo, entre los Kwakiutl de Canadá y los nativos de las Islas Trobriand, el beso consiste en succionar los labios y lengua de la pareja, permitiendo que la saliva fluya de una boca a la otra. Es posible que muchos estadounidenses piensan que esta práctica es un tanto repulsiva, pero otros pueblos la consideran sexualmente excitante.

El cunilingus (estimulación bucal de los genitales femeninos) es bastante común en nuestra sociedad y ocurre también en otras cuantas sociedades, en especial en el Pacífico Sur. Se ha informado sobre una variación particularmente interesante en la isla de Ponape; el hombre coloca un pez en la vulva de la mujer y después lo lame gradualmente para sacarlo antes del coito.

Cultura: ideas y valores tradicionales que pasan de generación en generación dentro de un grupo y transmitidos a los miembros del grupo a través de símbolos (como el lenguaje).

Tabú sobre el incesto: regulación que prohíbe la interacción sexual entre familiares consanguíneos, como hermano y hermana o padre e hija.

Tema central 1.2

Sexualidad en tres sociedades

Inis Beag

Inis Beag es una pequeña isla en las costas de Irlanda. Probablemente es una de las sociedades más inocentes y sexualmente represivas del mundo.

Los habitantes de Inis Beag parecen no tener ningún conocimiento de diversas actividades sexuales como el beso francés, la estimulación bucal de las mamas o la estimulación manual del pene de la pareja, mucho menos del sexo oral o de la homosexualidad. La educación sexual virtualmente no existe; los padres no parecen ser capaces de obligarse a discutir tales temas vergonzosos con sus hijos y simplemente confían en que, después del matrimonio, la naturaleza tomará su curso.

La menstruación y la menopausia son fuentes de temor para las mujeres de la isla porque no tienen idea de su importancia fisiológica. Es común la creencia de que la menopausia puede producir locura y a fin de protegerse de este padecimiento, algunas mujeres se han aislado a mitad de su cuarta década de vida y unas cuantas se han confinado en cama hasta morir años después.

Los hombres creen que el coito es malo para la salud. Desisten del sexo la noche antes de que tengan que realizar un trabajo que requiere gran energía. No se acercan sexualmente a las mujeres durante la menstruación o durante meses después del parto; se considera que la mujer es peligrosa para el hombre en esas épocas.

Los isleños aborrecen la desnudez. Sólo a los bebés se les permite estar desnudos durante el baño. Los adultos lavan únicamente aquellas partes del cuerpo que sobresalen de la ropa —rostro, cuello, antebrazos,

manos, parte inferior de las piernas y pies. El temor a la desnudez incluso ha costado vidas. Los marinos que nunca han aprendido a nadar porque esto implicaba utilizar poca ropa se han ahogado cuando sus barcos se han hundido.

El sexo premarital es esencialmente desconocido. En el sexo marital, el preámbulo erótico generalmente se limita a besos y caricias rudas del trasero. Invariablemente es el marido quien inicia la actividad. La única posición utilizada es con el hombre arriba y ambos miembros de la pareja conservan puesta su ropa interior durante la actividad. El hombre tiene un orgasmo rápidamente y se queda dormido de inmediato. En cuanto al orgasmo femenino, se considera que no existe o bien se piensa que es una desviación.

Mangaia

En notable contraste con Inis Beag se encuentra Mangaia, una isla en el Pacífico Sur. Para sus habitantes, el sexo —por placer o para la procreación— es de gran interés.

Los niños varones en Mangaia se enteran de la masturbación cuando tienen cerca de 7 años y es posible que comiencen a masturbarse para los 8 o 9 años de edad. Cerca de los 13 años, se someten a la superincisión ritual (en la que se realiza un corte en la parte superior del pene que recorre toda su extensión). Este ritual inicia al niño varón a la adultez masculina; no obstante, lo más importante es que el experto que realiza la superincisión le proporciona instrucción sexual. Muestra al niño cómo debe realizar el sexo oral, cómo

Causar dolor en la pareja es también parte de la técnica sexual en algunas sociedades. La mujer Apinaye de las tierras altas brasileñas puede arrancar con los dientes pequeños trozos de las cejas de su pareja, escupiéndolas a un lado de manera ruidosa. Los hombres en Ponape generalmente jalan las cejas de la mujer, arrancando en ocasiones trozos de pelo. La mujer Trukese del Pacífico Sur encaja un dedo dentro la oreja del hombre cuando ambos están sumamente excitados. Las personas de diversas sociedades muerden a sus parejas hasta el punto de sacarles sangre y dejar cicatrices; es más común que los hombres y mujeres se inflijan dolor el uno al otro (Frayser, 1985).

La frecuencia del coito entre parejas casadas varía considerablemente de una cultura a otra. La mejor frecuencia parece ser aquella entre los nativos irlandeses de Inis Beag, que se analizan en el Tema central 1.2, los

cuales realizan el coito quizá sólo una o dos veces por mes; sin embargo, los antropólogos que los estudiaron no pudieron determinar con exactitud con cuánta frecuencia tenían relaciones sexuales las parejas debido al enorme secreto que rodea al acto. En el extremo opuesto, los Mangaia, quienes también se describen en el mismo Tema central 1.2, realizan el coito varias veces por noche, cuando menos entre los jóvenes. Los Santal del sudeste de Asia copulan con una frecuencia de hasta cinco veces por día todos los días al principio del matrimonio (Gregersen, 1996). Las encuestas de sexualidad en Estados Unidos en el decenio de 1990 indicaron que la frecuencia del coito en aquel entonces estaba aproximadamente a la mitad en comparación con otras sociedades (p. ej. Laumann *et al.*, 1994).

Muy pocas sociedades alientan a las personas a realizar el acto sexual en tiempos particulares (Frayser,

besar y succionar los senos y cómo llevar a su pareja al orgasmo varias veces antes de que alcance el suyo. Aproximadamente dos semanas después de la operación, el niño tiene coito con una mujer experimentada, quien retira la escara de la superincisión. Esta mujer le proporciona práctica en diversos actos y posiciones, y le entrena a reprimirse hasta que pueda tener orgasmos simultáneos con su pareja.

Después de esto, el niño varón de Mangaia busca activamente a las niñas o ellas lo buscan a él; pronto tiene coito todas las noches. La niña, quien ha recibido instrucción sexual de una mujer mayor, espera demostración de la virilidad del niño como prueba de su deseo por ella. Lo que se valora es la capacidad del varón para continuar vigorosamente con la acción de entrada y salida del coito durante largos periodos mientras que la mujer mueve las caderas “como una lavadora”. No existe nada que produzca mayor desprecio que una pareja “muerta” que no se mueve. Se espera que un buen hombre continúe con sus acciones durante 15 a 30 minutos o más.

La chica “decente” promedio tendrá tres o cuatro novios sucesivos entre las edades de 13 a 20 años; el varón promedio puede tener 10 o más novias. Los padres en Mangaia alientan a sus hijas a tener experiencias sexuales con varios hombres. Quieren que encuentren maridos que congenien con ellas.

Aproximadamente a los 18 años, de manera típica los habitantes de Mangaia han tenido sexo la mayoría de las noches durante la semana, con cerca de tres orgasmos por noche. Para aproximadamente los 48 años de edad, tienen sexo dos o tres veces por semana, con un orgasmo por vez.

En apariencia, todas las mujeres de Mangaia aprenden a tener orgasmos. Llevar a su pareja al orgasmo es una de las principales fuentes de placer sexual para el varón.

1985). En lugar de ello, la mayoría de los grupos tienen restricciones que prohíben el coito en ciertas ocasiones o situaciones. Por ejemplo, casi todas las sociedades tienen un tabú del sexo durante el periodo del postparto; es decir, prohíben el coito durante un periodo posterior a que una mujer ha dado a luz, donde el tabú dura desde unos cuantos días a más de un año (Gregersen, 1996).

Masturbación

Las actitudes hacia la **masturbación**, o autoestimulación de los propios genitales, varían ampliamente entre las culturas. Algunas sociedades toleran o incluso alientan la masturbación durante la niñez y adolescencia, mientras que otras condenan la práctica a cualquier edad. Casi todas las sociedades humanas expresan

Mehinaku

Entre Inis Beag, donde hay poco sexo y mucha ansiedad, y Mangaia, donde hay mucho sexo y poca ansiedad, se encuentra Mehinaku, donde existe mucho sexo y mucha ansiedad.

En el pequeño pueblo de Mehinaku, en el centro de Brasil, se considera que el sexo es sumamente fascinante y la cultura está muy erotizada. Existe apertura hacia los niños en cuanto a la sexualidad y éstos pueden listar fácilmente los nombres de los amantes extramaritales de sus padres, quienes típicamente son muchos. Los hombres tienen una libido muy elevada que les conduce a competir entre sí por los favores sexuales de las mujeres mediante llevarles pequeños obsequios como pescados.

Por otro lado, la cultura está sumamente segregada en cuanto a géneros. Existe una casa para los varones y si una mujer entra en ella y ve aquello que le está prohibido, es llevada a los bosques y se le somete a una violación tumultuaria, en una cultura que en otros sentidos es muy poco violenta. En Mehinaku se considera que las mujeres tienen un impulso sexual mucho más débil que los hombres y parece no haber ningún reconocimiento acerca del orgasmo femenino. La menstruación se considera sumamente peligrosa.

Los sueños e historias mitológicas narrados por la gente son testigos de sus ansiedades sexuales; por ejemplo, los personajes de los mitos que participan en relaciones sexuales extramaritales típicamente mueren de maneras prodigiosas. En realidad, las personas siguen teniendo gran cantidad de actividad sexual mientras que al mismo tiempo sienten una intensa ambivalencia y ansiedad al respecto.

Fuentes: Gregor (1985); Marshall (1971); Messenger (1993).

algún tipo de desaprobación de la masturbación adulta, que va desde el escarnio leve hasta el castigo severo (Gregersen, 1996). Por otro lado, en todas las sociedades existen cuando menos algunos adultos que la practican.

La masturbación femenina ciertamente ocurre en otras sociedades. La mujer entre los Azande de África utiliza un falo hecho de la raíz de un árbol; sin embargo, si su esposo la sorprende masturbándose, puede golpearla gravemente. La siguiente es una descripción de los Lesu del Pacífico Sur, una de las pocas sociedades que no expresa ninguna desaprobación hacia la masturbación femenina adulta.

La mujer se masturbará si está sexualmente excitada y no hay ningún hombre para satisfacerla. Es posible que una pareja esté realizando

Masturbación: autoestimulación de los genitales para producir excitación sexual.

el coito en la misma casa o lo suficientemente cerca como para que ella los vea y quizás se sienta excitada. Entonces, ella se sienta y dobla la pierna derecha de modo que su talón presione sus genitales. Incluso las niñas de aproximadamente seis años pueden realizar esta acción de manera casual cuando se sientan en el piso. Las mujeres y hombres hablan libremente del tema y no existe culpa vinculada con ello. Es una posición acostumbrada que toman las mujeres y la aprenden en la infancia. Nunca utilizan sus manos para la manipulación. (Powdermaker, 1933, pp. 276-277.)

Sexo premarital y extramarital

Las sociedades difieren considerablemente en cuanto a sus reglas relacionadas con el sexo premarital (Frayser, 1985). En un extremo están los habitantes de las Marquesas en la Polinesia oriental. Tanto los niños como las niñas en esa cultura han participado en un amplio rango de experiencias sexuales antes de la pubertad. Su primera experiencia con el coito ocurre con una pareja heterosexual que tiene de 30 a 40 años. Las madres están orgullosas si sus hijas tienen muchos amantes. El matrimonio ocurre después. En contraste se encuentran los egipcios de Siwa. En su cultura se secciona el clítoris de la niña a la edad de 7 u 8 años para disminuir su potencial de excitación sexual y coito. Se considera que el coito prematrimonial provoca vergüenza a la familia. En general el matrimonio ocurre aproximadamente a los 12 o 13 años de edad, lo cual acorta el periodo prematrimonial y cualesquiera tentaciones que podría contener.

Estas dos culturas son bastante típicas de sus regiones. Según un estudio, 90 por ciento de las sociedades de las islas del Pacífico permiten el sexo premarital, al igual que el 88 por ciento de las sociedades africanas y 82 por ciento de las sociedades eurasiáticas; sin embargo, 73 por ciento de las sociedades alrededor del Mediterráneo prohíben el sexo prematrimonial (Frayser, 1985).

El sexo fuera del matrimonio es complejo y conflictivo para la mayoría de las culturas. El sexo extramarital se coloca en segundo lugar únicamente por debajo del incesto como el tipo de contacto sexual prohibido de manera más estricta. Un estudio encontró que se prohibía para uno o ambos miembros de la pareja en 74 por ciento de las culturas encuestadas (Frayser, 1985). Incluso cuando el sexo extramarital se permite, está sujeto a reglamentos; el patrón más común de restricción es permitir el sexo extramarital a los maridos, pero no a las esposas.

la expresión sexual del mismo género —lo que en Estados Unidos se denomina *homosexualidad*— (Murray, 2000). En un extremo se encuentran las sociedades que desaprueban fuertemente la conducta sexual entre el mismo género para las personas de cualquier edad. En contraste, algunas sociedades toleran este comportamiento en los niños, pero lo desaprueban en los adultos. Incluso otras sociedades alientan de manera activa que todos sus miembros varones participen en algún tipo de conducta sexual del mismo género, habitualmente en conjunto con ritos de pubertad (Herdt, 1984). Unas cuantas sociedades tienen un rol formalizado para el varón gay adulto que le proporciona estatus y dignidad.

Aunque existe una amplia variación en actitudes hacia la homosexualidad y la conducta sexual del mismo género, parecen surgir tres reglas generales (Ford y Beach, 1951; Murray, 2000; Whitam, 1983): (1) no importa cómo sea que una sociedad particular considere a la homosexualidad, el comportamiento siempre ocurre en, cuando menos, algunos individuos: es decir, la sexualidad del mismo género se encuentra de manera universal en todas las sociedades, (2) es más probable que los varones participen en conducta sexual del mismo género que las mujeres y (3) la conducta sexual del mismo género nunca es la forma predominante de conducta sexual para los adultos en ninguna de las sociedades estudiadas.

En Estados Unidos y otros países occidentales, sostenemos la suposición incuestionable de que las personas tienen una identidad sexual, ya sea gay, lesbica, bisexual o heterosexual. Aún así, la identidad sexual como característica inmutable y permanente del sí mismo es desconocida o rara en algunas culturas, como la de Indonesia (Stevenson, 1995). En esas culturas se resta importancia al sí mismo y al individualismo, que son tan prominentes en la cultura estadounidense. En lugar de ello, una persona se define en relación con los demás y el comportamiento se considera mucho más como el producto de la situación que de los rasgos permanentes de personalidad. En tales culturas, tener una “identidad gay” simplemente no tiene significado.

El sexo con parejas del mismo género se analiza en detalle en el capítulo 15.

Estándares de atractivo

En todas las sociedades humanas las características físicas son importantes para determinar a quién se elige como pareja sexual. No obstante, aquello que se considera atractivo varía considerablemente. Por ejemplo, la región corporal en la que se juzga el atractivo varía de una cultura a otra. Para algunos pueblos, la forma y color de los ojos son especialmente significativos. Para otros, la forma de las orejas es lo más importante. Algunas sociedades van directamente al corazón del asunto y juzgan el atractivo por la apariencia de los genitales externos. En unas cuantas sociedades, el alargamiento de los labios mayores (las almohadillas de grasa a cada lado de la apertura vaginal en las muje-



¿Cómo define usted la belleza? Piense al respecto mientras observa el video “Beautiful” en el capítulo 1 de su CD.

Sexo con parejas del mismo género

En diversas culturas existe un amplio rango de actitudes hacia

Figura 1.6 Diferencias y semejanzas transculturales. a) Mujer de África Occidental. b) Reina de belleza en Estados Unidos. La costumbre de los ornamentos femeninos se encuentra en la mayoría de las culturas, aunque la definición exacta de belleza varía de una cultura a otra.



a)



b)

res) se considera sexualmente atractivo y es práctica común que la mujer tire de sus labios mayores para hacerlos más largos. Entre las mujeres Nawa de África, la prolongación de los labios mayores se considera como signo de belleza y es bastante prominente.

Los estándares de la sociedad estadounidense se encuentran de alguna manera entre la minoría: en la mayoría de las culturas, una mujer corpulenta se considera más atractiva que una mujer delgada.

Un estándar parece ser una regla general: un cutis imperfecto se considera poco atractivo en la mayoría de las sociedades humanas.

La investigación sobre la atracción sexual se discute en detalle en el capítulo 13.

Variaciones de clase social y grupos étnicos en Estados Unidos

Hasta aquí, la discusión ha parecido implicar que en Estados Unidos existe un estándar uniforme de conducta sexual y que todos los estadounidenses se comportan sexualmente del mismo modo. Sin embargo, de hecho existen grandes variaciones en comportamiento

sexual dentro de esta cultura. Algunas de estas variaciones subculturales pueden clasificarse como diferencias de clase social y algunas como diferencias étnicas.

Clase social y sexo

El cuadro 1.1 muestra los datos sobre algunas variaciones de clase social en cuanto a sexualidad. El nivel educativo se utiliza como indicador de la clase social. Entre más cultos son los encuestados, más probable será que se hayan masturbado en el curso del último año. Esta tendencia es válida tanto para hombres como para mujeres y las diferencias son grandes. Aquellos que han obtenido títulos avanzados están en una probabilidad dos veces mayor de haberse masturbado que aquellos que no terminaron la preparatoria.

El patrón para el sexo oral es diferente. Entre los varones no existen variaciones importantes de clase social, excepto que aquellos que no se han graduado de la preparatoria están en menor probabilidad de haberlo realizado. El sexo oral se ha vuelto una técnica sexual estándar en Estados Unidos y aproximadamente tres cuartas partes de todas las personas lo realizan. La

Cuadro 1.1 Variaciones de clase social en la conducta sexual en Estados Unidos (la escolaridad se utiliza como indicador de la clase social)

| | <i>Inferior a preparatoria</i> | <i>Graduados de preparatoria</i> | <i>Algunos años de universidad</i> | <i>Graduados universitarios</i> | <i>Posgrado</i> |
|--|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Porcentaje de personas que se masturbaron en el último año | | | | | |
| Hombres | 45 | 55 | 67 | 76 | 81 |
| Mujeres | 25 | 32 | 49 | 52 | 59 |
| Porcentaje de personas que realizaron sexo oral | | | | | |
| Hombres | 59 | 75 | 80 | 84 | 81 |
| Mujeres | 41 | 60 | 78 | 79 | 79 |
| Porcentaje de embarazos terminados por aborto | 5 | 10 | 11 | 11 | 14 |
| Porcentaje de personas que han tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses | 17 | 15 | 18 | 19 | 13 |

Fuente: Laumann *et al.* (1994), cuadro 3.1 (p. 82), cuadro 3.6 (página 98), cuadro 5.1 (p. 177), cuadro 12.6A (p. 458).

mayoría de personas que no se encuentran en los grupos educativos más bajos.

Entre las mujeres, el porcentaje de embarazos terminados por aborto se eleva de manera firme desde el 5 por ciento entre las mujeres que no han terminado la preparatoria al 14 por ciento en aquellas que tienen títulos avanzados. Estos datos hacen surgir la posibilidad de que, en especial para las mujeres, la clase social y la sexualidad ejerzan una influencia mutua. Es decir, hasta este punto hemos supuesto que la clase social afecta el comportamiento sexual. Pero también puede ser cierto que la propia sexualidad influye en la clase social. En este caso, es posible que la capacidad para costear un aborto permita que las mujeres continúen con su instrucción escolar.

Por último, existen algunas semejanzas de clase social. El porcentaje de personas que ha tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses (lo cual las coloca en una categoría de alto riesgo para la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual) es aproximadamente la misma en todos los niveles educativos (cuadro 1.1).

En resumen, existen algunas variaciones de clase social relacionadas con la sexualidad. Por ejemplo, el porcentaje de personas que se masturban se eleva de manera firme según los logros académicos. Al mismo tiempo, existen algunas semejanzas de clase social.

Origen étnico y sexualidad en Estados Unidos

La población de Estados Unidos se compone de muchos grupos étnicos y existen algunas variaciones entre estos grupos en cuanto a comportamiento sexual. Estas variaciones son resultado de tener diferentes herencias culturales, al igual que distintas condiciones económicas y sociales actuales. Aquí analizaremos las herencias culturales y su influencia sobre la sexualidad en cinco grupos: afroestadounidenses, latinos, asiaticoestadounidenses, indígenas estadounidenses y blancos. En el cuadro 1.2 se muestra un resu-

men de algunas variaciones de grupo étnico en cuanto a la sexualidad.

Al examinar estos datos sobre variaciones de grupo étnico en cuanto a la sexualidad, es importante tomar en consideración dos cuestiones: (1) existen variaciones de grupo étnico pero también existen semejanzas de grupo étnico. La sexualidad de estos grupos no es totalmente diferente. (2) El contexto cultural es clave. La sexualidad de cualquier grupo particular puede entenderse sólo mediante comprender la herencia cultural de ese grupo al igual que sus condiciones sociales y económicas actuales. Por ejemplo, la sexualidad de los euroestadounidenses blancos está bajo la influencia de la herencia de las culturas europeas, como la época victoriana en Inglaterra. En las siguientes secciones, analizaremos brevemente los contextos culturales de los afroestadounidenses, latinos, asiaticoestadounidenses e indígenas estadounidenses y examinaremos la manera en que estos contextos culturales se reflejan en su sexualidad.

Afroestadounidenses. La sexualidad de los afroestadounidenses está influida por muchos de los mismos factores que influyen en la sexualidad de los euroestadounidenses, como los legados de la época victoriana y la influencia de la tradición judeocristiana. Además, cuando menos otros tres factores actúan para hacer que la sexualidad de las personas negras sea un tanto diferente con respecto a la sexualidad de los blancos: (1) la herencia africana (Savage y Tchombe, 1994), (2) las fuerzas que actuaron sobre los afroestadounidenses durante la esclavitud y (3) las condiciones económicas y sociales actuales (Sudarkasa, 1997).

Como ocurre con otros grupos étnicos en Estados Unidos, los afroestadounidenses no son homogéneos. Varían en cuanto a su origen si es caribeño (afrocaribeños) o bien si descienden de personas traídas a Estados Unidos como esclavos (afroestadounidenses); en relación con si provienen de un área rural y sureña o urbana, y en cuanto a su clase social. Estas variaciones

Cuadro 1.2 Comparación de la sexualidad de blancos, afroestadounidenses, latinos y asiaticoestadounidenses

| | Blancos | Afroestado- unidenses | Latinos/ Latinas | Asiaticoesta- dounidenses |
|---|---------|--------------------------|---------------------|------------------------------|
| Proporción de sexo (número de varones por cada 100 mujeres), en personas de 30 a 34 años de edad* | 100 | 84 | 104 | 101 |
| Porcentaje de personas que se masturbaron en el último año | | | | |
| Hombres | 67 | 40 | 67 | 61 |
| Mujeres | 44 | 32 | 35 | NA [†] |
| Porcentaje de personas que realizaron sexo oral | | | | |
| Hombres | 81 | 51 | 71 | 64 |
| Mujeres | 75 | 34 | 60 | NA [†] |
| Porcentaje de personas de 30-34 años que nunca han estado casadas* | | | | |
| Hombres | 28 | 46 | 29 | 30 |
| Mujeres | 18 | 44 | 18 | 23 |
| Porcentaje de embarazos terminados por aborto | 10 | 9 | 11 | 21 |
| Tuvieron sexo con una pareja del mismo sexo | | | | |
| Hombres | 10 | 8 | 8 | 3 |
| Mujeres | 5 | 3 | 4 | 0 |
| Porcentaje de personas que tuvieron dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses | 15 | 27 | 20 | 8 |

* Fuente: U.S. Bureau of the Census (2000).

[†]No está disponible, debido a que el número de encuestados en esta categoría fue demasiado pequeño para calcular el dato estadístico.

Fuente: Lauman *et al.* (1994), cuadro 3.6 (p. 98), cuadro 12.6A (p. 458), cuadro 8.2 (p. 305), cuadro 5.1A (p. 177).

se reflejan en las actitudes sexuales. Los afrocaribeños enfatizan el decoro en la conducta sexual y enseñan a las niñas a ser recatadas; este grupo tiende a considerar a los afroestadounidenses como moralmente sospechosos y sexualmente indisciplinados (Lewis y Kertzner, 2003; Reid y Bing, 2000).

El cuadro 1.2 muestra algunos datos que comparan la sexualidad de los afroestadounidenses con los blancos, latinos y asiaticoestadounidenses. En algunos casos, las diferencias entre blancos y afroestadounidenses son sorprendentes. Por ejemplo, los varones afroestadounidenses están en una probabilidad considerablemente menor que los blancos de haberse masturbado durante el último año y tanto los hombres como las mujeres de raza negra están en menos probabilidad que los blancos de haber realizado sexo oral. No obstante, estas diferencias deben equilibrarse contra las semejanzas. Por ejemplo, las mujeres afroestadounidenses y las mujeres blancas están en una probabilidad aproximadamente igual de terminar el embarazo con un aborto.

Nótese que la tasa de matrimonio es menor para los afroestadounidenses que para los otros grupos. Esto se debe a varios factores. Primero, no existe una proporción igual de géneros entre los afroestadounidenses. Como se muestra en el cuadro 1.2, la proporción de géneros es casi igual entre los blancos, asiaticoestadounidenses y latinos; es decir, existen aproximadamente 100 hombres por cada 100 mujeres. Sin embargo, entre los afroestadounidenses sólo existen cerca de 84 hombres por cada 100 mujeres. Esto crea tasas menores

de matrimonios entre las mujeres afroestadounidenses porque simplemente no hay suficientes hombres afroestadounidenses para obtener un marido [tanto entre los blancos como entre los afroestadounidenses, 98 por ciento de los matrimonios ocurren entre dos personas de la misma raza (Thornton y Wason, 1995)]. Segundo, las tasas menores de matrimonio entre los varones afroestadounidenses también se deben a los obstáculos que han enfrentado para buscar y conservar los empleos necesarios para mantener una familia. Desde la Segunda Guerra Mundial, el número de trabajos en las fábricas, que alguna vez fueron la principal fuente de empleo de los varones afroestadounidenses de clase trabajadora, ha descendido notablemente. El resultado ha sido una disminución de la clase obrera negra y una expansión de la subclase negra.

En capítulos posteriores, analizaremos otros temas relacionados con la raza/origen étnico y la sexualidad, manteniendo siempre en mente el contexto cultural que moldea y da significado a los diferentes patrones sexuales.

Latinos. Los latinos son personas de herencia latinoamericana; por ende, la categoría incluye a muchos grupos culturales diferentes, como mexicanoestadounidenses, portorriqueños y cubanos estadounidenses. El término *latinos* puede utilizarse para referirse al grupo completo o específicamente a los varones; el término *lati-*

Latinos: personas de origen latinoamericano.

Figura 1.7 La sexualidad de los miembros de diferentes grupos étnicos está profundamente moldeada por su cultura, a) El catolicismo romano ha tenido un profundo impacto en los latinos. b) Entre los indígenas estadounidenses existe un fuerte énfasis en la familia.



a)



b)

nas se refiere exclusivamente a las mujeres de origen latinoamericano.

Los latinos tienen una herencia cultural distinta tanto a la de los afroestadounidenses como a la de las personas de origen anglosajón, aunque fuerzas como la tradición religiosa judeocristiana afectan a los tres

grupos. En las culturas latinoamericanas tradicionales, los roles de género se definen de manera rígida (Rafaelli y Ontai, 2004). Tales roles se enfatizan al inicio del proceso de socialización de los niños. A los niños varones se les da mayor libertad y se les alienta a las andanzas sexuales. De las niñas se espera que sean pasivas, obedientes y débiles. Los latinos en Estados Unidos actualmente tienen una herencia cultural que mezcla estos valores tradicionales con los valores contemporáneos de la cultura anglosajona dominante.

Los roles de género en la cultura latina tradicional tienen como epítome los conceptos de *machismo* y *marianismo* (Comas-Díaz, 1987). El término *machismo* o *macho* se ha llegado a utilizar en la cultura estadounidense actual con un significado aproximado. Literalmente, *machismo* significa “masculinidad” o “virilidad”. En un sentido más general, se refiere a la “mística de la masculinidad” (Ruth, 1990). El código cultural del *machismo* entre los latinoamericanos decreta que el varón debe ser responsable del bienestar y honor de su familia, pero en las formas extremas también significa tolerar las infidelidades sexuales del hombre. *Marianismo*, el equivalente femenino del *machismo*, se deriva de la veneración de María, la madre virgen de Jesús, dentro de la Iglesia Católica Romana. Así, la maternidad es sumamente valorada, en tanto que la virginidad previa al matrimonio se protege celosamente. Por ejemplo, en México, 62 por ciento de los varones informan haber tenido coito premarital para la edad de 19 años, en comparación con sólo el 14 por ciento de las mujeres (Liskin, 1985).

Los datos del cuadro 1.2 revelan una sorprendente semejanza en los datos para latinos y blancos. La incidencia de masturbación es aproximadamente la misma para ambos grupos, aunque las latinas tienen una incidencia ligeramente menor que las mujeres blancas. Las tasas de matrimonio y de aborto también son aproximadamente iguales en ambos grupos.

Asiaticoadornidenses. La categoría amplia de asiaticoadornidenses incluye muchos grupos culturales diferentes, como aquellos de los estadounidenses de origen japonés, de origen chino y de origen indio, al igual que los grupos de reciente ingreso como los estadounidenses de origen vietnamita y los Hmong. Como se analiza en el apartado de Tema central 1.3, las culturas asiáticas tradicionales, como la china, han sido represivas acerca de la sexualidad. Por ejemplo, la cultura tradicional camboyana consideraba que una falta de información sobre la sexualidad preveniría el sexo premarital que podría empañar el honor de la familia (Okazaki, 2002).

Diversos valores esenciales asiáticos persisten en Estados Unidos y sin duda afectan la expresión sexual. Entre los valores esenciales que son pertinentes para la sexualidad están los siguientes (Kim *et al.* 2001):

1. *Colectivismo.* Las necesidades de otros, especialmente de aquellos dentro de la familia, deberían

considerarse antes que las propias. La expresión abierta de algunas formas de sexualidad representaría una amenaza para la estructura social sumamente interdependiente al igual que para la familia (Okazaki, 2002).

2. *Conformidad con las normas.* El individuo debería conformarse a las expectativas de la familia y de la sociedad. La vergüenza y la amenaza de la humillación pública, que pueden aplicarse tanto al individuo como a su familia, son fuerzas poderosas que moldean la buena conducta.
3. *Control emocional.* Las emociones no deberían expresarse abiertamente. Emociones como el amor o la pasión deberían silenciarse y controlarse.

En vista de todas estas fuerzas, no sorprende que los estadounidenses de origen asiático actuales tiendan a ser el grupo más conservador en sentido sexual entre los diversos grupos étnicos. Por ejemplo, tienen la menor incidencia de parejas sexuales múltiples (véase cuadro 1.2). Un patrón similar se ha documentado para los asiáticos en Canadá (Meston *et al.*, 1996).

El cuadro 1.2 muestra que los asiaticoestadounidenses tienen la menor incidencia de experiencias sexuales del mismo género. Esto es consistente con la negación generalizada de los chinos en cuanto a que la homosexualidad tan siquiera exista en China. Lo que es más, esto es consistente con el énfasis asiático en la familia, definida como una madre, un padre e hijos. Por ende, se considera que las lesbianas y los varones gay violan no sólo una norma sexual sino también la norma cultural preeminente de la familia.

Entre los grupos étnicos señalados en el cuadro 1.2, los estadounidenses de origen asiático tienen la tasa más alta de terminación del embarazo a través del aborto. De nuevo, esto es consistente con la herencia cultural. Por ejemplo, en China el aborto se considera como un método razonable de respaldo para el control natal, siendo el dispositivo intrauterino (DIU) el principal método (Ruan, 1998). El problema grave de superpoblación en China ha conducido a la política de permitir sólo un hijo por familia y se considera que la supervivencia de todos los chinos depende de que todas las personas obedezcan esta política. Bajo estas circunstancias, el aborto se considera ético y, de hecho, deseable para evitar la inanición de las masas. Además, la mayoría de los asiáticos no son cristianos y, por tanto, no forman parte de esa tradición religiosa, que en algunos ámbitos cuestiona la moralidad del aborto. En este contexto, no sorprende que los asiaticoestadounidenses, donde el subgrupo más grande está formado por personas de origen chino, acepten más el aborto que otros grupos étnicos.

Indígenas estadounidenses. Los indígenas estadounidenses, como otros grupos étnicos en Estados Unidos, son diversos entre ellos mismos, como resul-

tado de las diferentes herencias de más de 500 tribus, como los Navajo, Hurones, Mohicanos y Cheyennes. Además, existen distinciones entre quienes habitan en las ciudades y aquellos que viven en reservaciones (Tafuya, 1989; Weaver, 1999).

Durante la mayor parte del último siglo, los medios de comunicación populares han representado a los indígenas estadounidenses varones como nobles salvajes que son tanto exóticos como eróticos (Bird, 1999). Se les ha mostrado casi desnudos, enfatizando sus bien desarrollados cuerpos masculinos. En las novelas románticas de la década de 1990, los hombres indígenas estadounidenses se han vuelto íconos culturales de los estándares de masculinidad que están en vías de desaparición. Son guapos y viriles, pero tiernos y vulnerables, y magníficos amantes para las mujeres blancas (Van Lent, 1996).

Las mujeres indígenas estadounidenses han sido menos visibles en los medios populares. Cuando están presentes, se les estereotipa como princesas o *squaws* (esposas) (Bird, 1999). La princesa es noble, hermosa y erótica. La película animada de Disney, *Pocahontas*, presenta a tal princesa voluptuosa. En contraste, la *squaw* estereotípica es poco atractiva, poco interesante e ignorada.

Por desgracia, la mayoría de las encuestas de sexualidad en Estados Unidos, como aquella de la cual proviene el cuadro 1.2, se obtuvieron con muestras tan pequeñas de indígenas estadounidenses que no han podido informar datos estadísticos confiables para este grupo.

Importancia de los estudios transculturales

¿Qué importancia tienen los datos transculturales para comprender la sexualidad humana? Son importantes por dos razones. Primero, nos proporcionan una noción de la enorme variación que existe en el comportamiento sexual humano y nos ayudan a colocar en perspectiva nuestros propios estándares y conducta. En segundo lugar, estos estudios proporcionan impresionante evidencia relacionada con la importancia de la cultura y el aprendizaje en cuanto a moldear nuestro comportamiento sexual; nos muestran que la conducta sexual humana no está determinada completamente por la biología o las pulsiones o los instintos. Por ejemplo, presumiblemente una mujer de Inis Beag y una mujer de Mangaia tienen vaginas que están construidas de manera similar y clítoris que son aproximadamente del mismo tamaño y tienen las mismas vías nerviosas. Pero la mujer de Inis Beag nunca ha tenido un orgasmo y todas las mujeres de Mangaia sí han tenido orgasmos.³ ¿Por qué? Sus culturas son

³Preferimos utilizar el término “tener un orgasmo” en lugar de “lograr” o “alcanzar” el orgasmo, ya que esto refleja la tendencia de los estadounidenses a convertir al sexo en una situación de logro (una idea que se analizará en mayor detalle en el capítulo 10).

Tema central 1.3

Sexo en China

Los primeros 4 000 años de historia registrada en China se caracterizaron por actitudes abiertas y positivas acerca de la sexualidad humana, incluyendo una rica literatura erótica. De hecho, los manuales sexuales más antiguos del mundo provienen de ese país y datan de aproximadamente el año 200 a.C. No obstante, los últimos 1 000 años han sido justo lo opuesto y se han caracterizado por la represión de la sexualidad y la censura.

Uno de los principales conceptos filosóficos de la cultura china, el yin y el yang, se originó aproximadamente en el año 300 a.C. y se encuentra en importantes escritos de Confucio y del taoísmo. Según la filosofía del yin y el yang, todos los objetos y acontecimientos son productos de dos elementos: el yin, que es negativo, pasivo, débil y destructivo; y el yang, que es positivo, activo, fuerte y constructivo. El yin se asocia con lo femenino, el yang con lo masculino. Durante varios cientos de años, los chinos han utilizado yin y yang en palabras que tratan acerca de la sexualidad. Por ejemplo, *yin fu* (la puerta del yin) significa “vulva” y *yang ju* (el órgano de yang) significa “pene”. *Huo yin yang* (la unión de yin y yang) es el término utilizado para el coito. Esta filosofía sostiene que la interacción armoniosa entre los principios masculino y femenino es vital, creando actitudes culturales positivas hacia la sexualidad.

De las tres principales religiones en China —el confucianismo, el taoísmo y el budismo—, el taoísmo es la única verdaderamente indígena y data de los escritos de Chang Ling, alrededor del año 143 d.C. El Taoísmo es una de las pocas religiones que abogan por cultivar las técnicas sexuales en beneficio del indivi-

duo. Citando al clásico trabajo taoísta, el *Canon de la muchacha inmaculada*,

Decía P’eng, “Se logra la longevidad amando la esencia, cultivando lo espiritual y tomando muchos tipos de medicinas. Si no conoces las formas del acto sexual, tomar hierbas no tiene ningún beneficio. El fruto de hombre y mujer es como lo que engendran el Cielo y la Tierra. Cielo y Tierra han adquirido el método del acto sexual y, por ende, carecen de la limitación del fin. El hombre pierde el método del acto sexual y, por tanto, sufre la mortificación de un deceso temprano. Si puedes evitar la mortificación y el daño y alcanzar el arte del sexo, habrás encontrado una manera de lograr la inmortalidad” (Ruan, 1991, p. 56).

La tradición de literatura erótica y apertura en cuanto a la sexualidad comenzaron a cambiar hace aproximadamente 1 000 años, conducidas por varios neoconfucionistas famosos, de modo que las actitudes negativas y represivas se volvieron dominantes. En 1422 hubo una prohibición de la literatura erótica y una segunda prohibición ocurrió en 1664. Un plebeyo implicado en la impresión de un libro prohibido podría ser apaleado y exiliado.

Cuando el gobierno comunista fundó la República Popular de China en 1949, impuso una estricta prohibición para todos los materiales sexualmente explícitos. La política resultó bastante efectiva en los decenios de 1950 y 1960. No obstante, para finales del decenio de 1960, en los países occidentales había aumentado en mucho la producción de materiales eróticos y en China se presentó una apertura cada vez mayor hacia Occidente. Para finales de la década de 1970, los videos con clasificación X se contrabandeaban a China

diferentes y ellas y sus parejas aprendieron cosas diferentes sobre el sexo a medida que iban creciendo. La cultura es el principal determinante del comportamiento sexual humano.

La cuestión cuando se estudia la sexualidad en diferentes culturas *no* es enseñar que por allí hay una enorme cantidad de personas exóticas que hacen cosas exóticas. Más bien, el asunto es recordarnos que cada grupo tiene su propia cultura y que esta cultura tiene una profunda influencia sobre la expresión sexual de las mujeres y hombres que crecen dentro de ella. Regresaremos con más ejemplos en muchos de los capítulos siguientes.

Perspectivas transespecie acerca de la sexualidad

Los seres humanos son sólo una de las muchas especies animales y todas ellas presentan conducta sexual. Colocar la propia conducta sexual en una perspectiva evolutiva es útil para explorar las semejanzas y diferencias entre nuestra propia sexualidad y aquella de las demás especies.

Existe otra razón para esta discusión particular. Algunas personas clasifican los comportamientos sexuales como “naturales” y “antinaturales” dependiendo de

y Hong Kong y otros países y se volvieron rápidamente una moda. Se organizaban pequeñas fiestas alrededor de las presentaciones de estos videos. El gobierno reaccionó duramente, promulgando una nueva ley antipornografía en 1985. Según la ley, "La pornografía es muy dañina y envenena la mente del pueblo, induciendo a crímenes... y debe ser prohibida" (Ruan, 1991, p. 100). Se aplicaron fuertes multas a las editoriales que publicaban pornografía y para 1986, 217 editores ilegales habían sido arrestados y 42 se habían visto obligados a cerrar. En un incidente, un empleado ferroviario de Shanghai fue sentenciado a muerte por haber organizado fiestas sexuales en nueve ocasiones diferentes, durante las cuales se exhibieron videos pornográficos y él había participado en actividad sexual con mujeres.

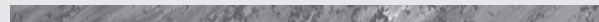
La homosexualidad masculina es reconocida en los escritos históricos en China desde hace 2 000 años. En esa época, la homosexualidad estaba tan extendida entre las clases altas que el periodo se conoce como la Era dorada de la homosexualidad en China. Un libro histórico sobre la dinastía Han contenía una sección especial que describía a las parejas sexuales masculinas del emperador. También había actitudes tolerantes hacia el lesbianismo. Pero con la fundación de la República Popular en 1949, la homosexualidad, como todas las otras expresiones sexuales, fue severamente reprimida. La mayoría de los chinos en el decenio de 1980 afirmaban que nunca habían conocido a un homosexual y afirmaban que debería haber muy pocos en la sociedad china.

A principios de la década de 1980, China se caracterizaba por un puritanismo que probablemente excedía con mucho al observado por los Puritanos originales. Se consideraba escandaloso que una pareja casada se tomara de las manos en público. La prostitución, el sexo premarital, la homosexualidad y los comportamientos sexuales diversos eran, todos, ilegales, y las leyes se hacían valer. Incluso la sexualidad en el matrimonio recibía poco aliento.

En el decenio de 1980 comenzó una moderada liberación sexual. Actualmente, las demostraciones abiertas de afecto, como tomarse de las manos, ya no se tratan como signos de promiscuidad. Ahora las escuelas de educación media superior incluyen a la educación sexual dentro de sus planes de estudios. La fundamentación es que la comprensión científica del desarrollo sexual es esencial para el desarrollo sano de los jóvenes y para la conservación de las elevadas normas morales y el orden social bien controlado. En la actualidad, las imágenes sexuales se encuentran con mucha más frecuencia en los medios de comunicación, aunque los censores continúan vigilando el contenido. Existe una discusión abierta sobre la importancia del placer sexual de la mujer.

El connotado investigador sexual estadounidense Edward Laumann (véase capítulo 3) ha extendido sus encuestas a China, realizando en 1999-2000 un estudio con una muestra adecuada (Laumann y Parish, 2004). Los resultados indican que las tendencias liberalizadoras están ocurriendo principalmente en las grandes ciudades, aunque la mayoría de los chinos viven en áreas más rurales que siguen siendo extremadamente conservadoras. Con respecto al sexo premarital, 72 por ciento de los hombres y 85 por ciento de las mujeres en la muestra dijeron que eran vírgenes al casarse y continúa habiendo una fuerte desaprobación para el sexo premarital. Sin embargo, entre la generación más joven, las tasas de sexo premarital están subiendo: aproximadamente 41 por ciento de los varones y 21 por ciento de las mujeres en el grupo más joven informaron haber participado en sexo premarital. Estas tasas siguen siendo bajas al compararlas con aquellas de las naciones occidentales como Estados Unidos. Será interesante observar si continúa la liberalización o en un momento dado ocurre un regreso repentino a la represión.

Fuentes: Evans (1995); Ruan (1991); Ruan (1998).



si otras especies los exhiben o no. Sin embargo, en ocasiones los datos se modifican para adecuarlos a los propósitos de la persona que expresa el argumento, de modo que existe una necesidad de una perspectiva menos prejuiciada. Veamos exactamente qué hacen algunas otras especies.

Masturbación

Definitivamente los seres humanos no son la única especie que se masturba. La masturbación se encuentra entre muchas especies de mamíferos, en particular entre los primates (monos y simios). En los zoológi-

cos puede observarse que los monos y simios machos se masturban, con frecuencia para horror de la gente decente que ha ido a verlos. En algún tiempo se pensó que esta conducta podría ser resultado de las condiciones poco naturales de vida en los zoológicos. Sin embargo, las observaciones de los primates que viven libremente indican que ellos también se masturban. Las técnicas incluyen estimulación de los genitales con la mano o frotamiento de los genitales contra un objeto. En cuanto a la técnica, los monos y simios no humanos tienen una ventaja sobre los seres humanos: sus cuerpos son tan flexibles que pueden realizar sexo buco-genital en sí mismos. Una forma única de mastur-

bación en los machos se encuentra entre los venados; durante la temporada de celo mueven las puntas de sus astas a través de la vegetación baja produciendo erección y eyaculación (Beach, 1976).

La masturbación entre las hembras también se encuentra en muchas especies además de la humana. El premio a la técnica más inventiva probablemente deba concederse a la hembra del puerco espín. Ésta sostiene con sus patas un extremo de una vara y camina alrededor mientras monta a horcajadas sobre la vara; a medida que la vara golpea contra el piso, vibra contra sus genitales (Ford y Beach, 1951). Aparentemente las hembras humanas no son las únicas que disfrutan de los vibradores.

Comportamiento sexual del mismo género

La conducta sexual entre el mismo género se encuentra en muchas especies además de la humana. (Bagemihl, 1999; Vasey, 2002a; Wallen y Parsons, 1997). De hecho, las observaciones acerca de otras especies indican que nuestra herencia básica como mamíferos es bisexual, conformada tanto por elementos heterosexuales como homosexuales (Bagemihl, 1999).

Los machos de muchas especies montan a otros machos y en algunos primates machos se ha observado el coito anal (Wallen y Parsons, 1997). Entre las ovejas domésticas, 9 por ciento de los adultos machos prefieren fuertemente a otros machos como parejas sexuales (Ellis, 1996; Roselli *et al.*, 2002). En varias especies de macacos, incluyendo bonobos y macacos japoneses, las hembras montan a otras hembras (Small, 1993).

Señalización sexual

Las hembras de los primates realizan señales sexuales hacia los machos; de hecho, como una forma de coqueteo (Dixon, 1990). Por ejemplo, las hembras en una especie de macaco realizan un desfile frente a los machos para indicar su interés. Entre los mandriles, monos araña y orangutanes, la hembra hace contacto visual con el macho. La hembra del mono Patas hinchada con aire las mejillas y babea. Desfilan y establecer contacto visual parecen muy familiares, fácilmente se pueden observar en las mujeres que acuden a bares para solteros. Sin embargo, es probable que inflar las mejillas y babear no resulte tan efectivo.

Características humanas únicas

¿Existe algún sentido en que los seres humanos sean únicos en cuanto a su comportamiento sexual? La tendencia general, a medida que se avanza desde las especies inferiores, como peces y roedores, a las superiores, como primates, es que la conducta sexual esté más controlada por las hormonas (instinto) entre las especies inferiores, y más controlada por el cerebro (y, por ende, por el aprendizaje y el contexto social) en las superiores (Beach, 1947; Wallen, 2001). En consecuencia, las influencias ambientales son mucho más importantes para moldear el comportamiento sexual en los primates —especialmente en los humanos— que en moldear la conducta sexual de otras especies.

Un ejemplo de este hecho lo proporcionan los estudios de la conducta sexual adulta de los animales criados en ambientes de privación. Aunque a los ratones

Figura 1.8 a) Conducta sexual de los primates: la hembra tiene varias maneras de expresar su elección. Aquí una hembra del macaco de Berbería presenta su abultamiento sexual al macho. Éste parece estar interesado. (Fotografía de Frans de Waal.) b) Sexualidad del mismo género en los animales: dos jirafas macho cruzan los cuellos. Al frotar los cuellos, se excitan. (Fotografía de Stephen G. Maka.)



a)



b)

se les críe en aislamiento, de todos modos su conducta sexual adulta será normal (Scott, 1964). Pero si a los monos Rhesus se les cría en aislamiento, su conducta sexual adulta estará gravemente perturbada, al punto de que quizás sean incapaces de reproducirse (Harlow *et al.*, 1963). Por tanto, las experiencias ambientales son cruciales para moldear el comportamiento sexual de las especies superiores, en particular los seres humanos; para nosotros, la conducta sexual es mucho más que simplemente “hacer” aquello que nos viene por naturaleza.

La sexualidad femenina proporciona un ejemplo particularmente adecuado del cambio del control hormonal de las especies inferiores a las superiores. En la mayoría del reino animal, la conducta sexual femenina está fuertemente controlada por las hormonas. En casi todos los mamíferos, las hembras no participan en absoluto en conducta sexual, excepto cuando están en “celo” (estro), que es un estado hormonal particular. En contraste, las hembras entre los humanos pueden participar en conducta sexual, y de hecho lo hacen, durante cualquier fase de su ciclo hormonal (menstrual). Así, la conducta sexual de la hembra humana no está ni cercanamente tan controlada por las hormonas como en el caso de las hembras de otras especies.

Por tradición se pensaba que el orgasmo femenino era único de los seres humanos y que no existía en otras especies. Posteriormente, algunos estudios encontraron evidencia de orgasmo entre los macacos (monos) Rhesus, como lo señalan las mismas respuestas fisiológicas indicativas del orgasmo en las hembras humanas —específicamente el aumento de la frecuencia cardíaca y de las contracciones uterinas— (Burton, 1970; Goldfoot *et al.*, 1980; Zumpe y Michael, 1968). Por tanto, los seres humanos ya no pueden afirmar que tienen el control del mercado del orgasmo femenino. Este hecho tiene interesantes implicaciones para comprender la evolución de la sexualidad. Quizás las especies superiores, en las que las hembras no están impulsadas a la actividad sexual por sus hormonas, tengan el placer del orgasmo como incentivo.

Por tanto, en resumen, existe poco en la sexualidad humana que sea único de los humanos, excepto por las influencias sociales complejas y elaboradas. En otros sentidos, nos encontramos en un continuo con otras especies.

Usos no sexuales del comportamiento sexual

Dos mandriles se hallan trabados en combate. Uno comienza a surgir como el vencedor. El otro se “presenta” (la postura sexual “femenina”, en la que el tra-sero se dirige hacia el otro y se eleva un poco).

Dos monos machos son miembros de la misma tropa. Hace largo tiempo han establecido cuál es el dominante y cuál es el subordinado. El macho dominante monta (la conducta sexual “masculina”) al macho subordinado.

Éstos son ejemplos de animales que en ocasiones utilizan la conducta sexual con propósitos no sexuales (Small, 1993; Wallen y Zehr, 2004). Es común que tal comportamiento indique el final de una pelea, como en el primer ejemplo. El perdedor indica su rendición al presentarse y el ganador señala su victoria montando al otro. Las conductas sexuales pueden también simbolizar el rango de un animal en una jerarquía de dominio. Los animales dominantes montan a los subordinados. Otro ejemplo es el de los monos ardilla machos que en ocasiones utilizan una demostración exhibicionista de su pene erecto como parte de una exhibición agresiva en contra de otro macho, en un fenómeno denominado *agresión fálica* (Wickler, 1973).

Todo esto es perfectamente obvio cuando lo observamos en los monos. Pero ¿los humanos utilizamos alguna vez el comportamiento sexual con propósitos no sexuales? Consideremos al violador que utiliza el sexo como expresión de agresión contra la mujer y de poder sobre ella (Holmstrom y Burgess, 1980) o de poder sobre otro hombre en el caso de la violación homosexual. Otro ejemplo es el exhibicionista, que utiliza la ostentación de su pene erecto para producir conmoción y temor a las mujeres, en gran medida como el mono ardilla macho lo utiliza como una demostración para conmovir y atemorizar a su oponente. Los seres humanos también utilizan el sexo con propósitos económicos; los mejores ejemplos de ello son los hombres y mujeres dedicados a la prostitución.

También existen algunos ejemplos menos extremos. Consideremos a la pareja que tiene una pelea y después hace el amor para indicar el final de las hostilidades.⁴ O consideremos a la mujer que se va a la cama con un político influyente, aunque poco atractivo porque éste le da una sensación vicaria de poder.

Es probable que al lector se le ocurran otros ejemplos del uso no sexual del comportamiento sexual. Los humanos, al igual que los miembros de otras especies, pueden emplear el sexo para una variedad de propósitos no sexuales.

⁴Hemos observado que es posible que esta práctica no siempre signifique lo mismo para el hombre y para la mujer. Para el hombre puede significar que todo está bien de nuevo, pero en la mujer puede dejar una sensación de insatisfacción y de falta de convencimiento de que los problemas se han resuelto. Por tanto, esta situación puede ser una fuente de falta de comunicación entre los dos.

RESUMEN

El *comportamiento sexual* es una actividad que produce excitación y aumenta la probabilidad del orgasmo. El *sexo* (conducta y anatomía) es distinto del *género* (ser hombre o mujer).

A lo largo de la mayor parte de la historia, la religión fue la principal fuente de información relativa a la sexualidad. A finales del siglo diecinueve y principios del siglo veinte, Sigmund Freud, Havelock Ellis, Richard von Krafft-Ebing y Magnus Hirschfeld llevaron a cabo importantes contribuciones a la comprensión científica del sexo. Estos primeros investigadores surgieron en la época victoriana, en la que las normas sexuales eran sumamente rígidas, aunque la conducta real de muchas personas violaba dichas normas. Para finales del decenio de 1990, se tuvieron disponibles encuestas de sexualidad realizadas de manera adecuada. Actualmente, los medios masivos de comunicación tienen una poderosa influencia sobre los conceptos de la mayoría de las personas acerca de la sexualidad.

Los estudios de diversas culturas humanas alrededor del mundo proporcionan evidencia de las enormes variaciones en el comportamiento sexual humano. Por ejemplo, la frecuencia del coito puede variar de una vez por semana en algunas culturas a tres o cuatro veces por noche en el caso de otras. Todas las sociedades regu-

lan de alguna manera la conducta sexual. Las actitudes acerca del sexo premarital y extramarital, la masturbación, la conducta sexual del mismo género y los roles de género varían considerablemente de una cultura a otra. Las enormes variaciones son evidencia de la importancia del aprendizaje en el moldeamiento de la conducta sexual.

Dentro de Estados Unidos, el comportamiento sexual varía según la clase social y el grupo étnico al que se pertenezca. Por ejemplo, los afroestadounidenses tienen menor probabilidad de realizar sexo oral que los blancos. Sin embargo, en otras áreas los afroestadounidenses y blancos son bastante similares. Las culturas latinas tradicionales se caracterizan por roles rígidos de género y restricciones para la sexualidad femenina, pero no masculina. Las culturas asiáticas tienden a ser conservadoras acerca de la sexualidad tanto de hombres como de mujeres.

Los estudios sobre comportamiento sexual en varias especies animales muestran que la masturbación, la estimulación bucogenital y la conducta sexual del mismo género no se limitan de ninguna manera a los seres humanos. También ilustran la manera en que la conducta sexual se puede utilizar para una variedad de propósitos no sexuales, como la expresión del dominio.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. En el amplio espectro de prácticas sexuales en las diferentes culturas, desde el conservadurismo de Inis Beag a la permisividad de Mangaia, ¿dónde colocaría usted a Estados Unidos hoy en día? ¿Ésta es una cultura permisiva, restrictiva o está en algún punto intermedio? ¿Por qué?
2. La investigación indica que la masturbación, la estimulación bucogenital y los comportamientos sexuales del mismo género están presentes en otras especies además de la humana. ¿Cuál es la importancia de este descubrimiento?
3. Sally es una reportera de un periódico en la capital de su estado. Se entera, a través de un amigo confiable, que el gobernador George Smith, quien es sumamente popular, ha estado teniendo durante largo tiempo una aventura con una abogada local, a pesar de que cada uno de ellos parece estar felizmente casado. ¿Sally debería dar la noticia en un artículo? En relación con las teorías de comunicación, ¿qué efectos podrían esperarse de su artículo sobre las actitudes del público acerca de la sexualidad?
4. ¿De qué manera se compara la conducta sexual premarital en Estados Unidos con el sexo premarital en Mangaia e Inis Beag (véase el Tema central 1.2)? ¿Cuál de estas tres culturas considera usted que es mejor para que los adolescentes crezcan en ella? ¿Por qué? ¿En cuál de esas tres culturas considera usted que los adultos estarán en mayor posibilidad de tener los sentimientos más positivos acerca de su sexualidad? ¿Por qué?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Bagemihl, Bruce. (1999). *Biological exuberance: Animal homosexuality and natural diversity*. Nueva York: St. Martin's. El autor documenta la ceguera de los científicos hacia la conducta homosexual que han observado y al mismo tiempo cataloga la amplitud

de los comportamientos homosexuales en cientos de especies.

Bullough, Vern L. (1994). *Science in the bedroom: A history of sex research*. Nueva York: Basic Books. Bullough es uno de los historiadores

más conocedores acerca de la sexualidad y este libro proporciona detalles fascinantes sobre la investigación sexual desde los antiguos griegos hasta Hirschfeld, Ellis y Freud, y nos lleva hasta el decenio de 1990.

Greenberg, Bradley S., Brown, Jane D. y Buerkel-Rothfuss, Nancy (Editores) (1993). *Media, sex, and the adolescent*. Cresshill, NJ: Hampton Press. Ésta es una maravillosa colección de artículos sobre el contenido sexual de los medios de comunicación a los cuales se exponen y deben responder los adolescentes.

Gregersen, Edgar (1996). *The world of human sexuality*. Nueva York: Irvington. Gregersen, un antropólogo, ha recopilado una enorme cantidad de información sobre la sexualidad en las culturas de todo el mundo. El libro también incluye un tesoro de ilustraciones fascinantes.

Zuk, Marlene (2002). *Sexual selections: What we can and can't learn about sex from animals*. Berkeley: University of California Press. Zuk, una bióloga, analiza cuidadosamente lo que se puede inferir a partir de los estudios sobre el comportamiento sexual en los animales.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.2.hu-berlin-de/sexology>

The Magnus Hirschfeld Archive for Sexology; incluye una historia sobre el campo de estudios, diccionario y una Enciclopedia Internacional.

<http://www.hsph.harvard.edu/grhf/WoC>

The Woman of Color Web, parte del Global Reproductive Health Forum en la Harvard School of Public Health

<http://www/nclr.org>

National Council of La Raza: recursos y defensoría para la comunidad latina.

<http://www.umaniacs.umd.edu/users/sawweb/sawnet>

South Asian Women's Network.

<http://www.primate.wisc.edu/pin>

Primate Info Net; incluye vínculos para investigación y conservación en primates.

<http://www.ibiblio.org/stayfree/10/graham.htm>

Porn Flakes: The history of Kellogg, Graham and the Crusade for Moral Fiber.

<http://www.bigeye.com/sexeducation/history.html>

Vínculos de educación sexual: Historia del sexo.

<http://www.kff.org>

The Kaiser Family Foundation; se enfoca en temas importantes de salud y publica estudios sobre la sexualidad y los medios de comunicación.

C A P Í T U L O

2

Perspectivas teóricas acerca de la sexualidad

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Perspectivas evolutivas

Sociobiología
Psicología evolutiva

Teorías psicológicas

Teoría psicoanalítica
Teoría del aprendizaje
Teoría del intercambio social
Teoría cognitiva

Perspectivas sociológicas

La influencia de la sociedad
Instituciones sociales
Teoría de la interacción simbólica
Guiones sexuales
La importancia social de la sexualidad

Uno de los descubrimientos del psicoanálisis consiste en la aseveración de que los impulsos, que sólo se pueden describir como sexuales tanto en el sentido más estrecho como en el más amplio, representan un papel especialmente vasto, nunca antes apreciado de manera suficiente, en la causalidad de los trastornos nerviosos y mentales. No, aún más, estos impulsos sexuales han contribuido de manera invaluable a los mayores logros culturales, artísticos y sociales de la mente humana.*

Desde una perspectiva evolutiva, no existe decisión más importante que la de la elección de la pareja. Ese punto de decisión singular determina el propio destino reproductivo final.†

*Freud (1924), pp. 26-27.

†Buss (2000), p. 10.

Imagínese, por un momento, que usted está sentado en una habitación, viendo a dos personas hacer el amor. Imagínese, también, que sentados con usted dentro de la habitación, pensando lo mismo que usted, se encuentran Sigmund Freud (creador de la teoría psicoanalítica), E. O. Wilson (un sociobiólogo renombrado), Albert Bandura (un prominente teórico del aprendizaje social) y John Gagnon (un proponente de la teoría de guiones). La escena que está imaginando puede evocar tan sólo excitación, y nada más, en usted, pero sus compañeros imaginarios tendrían un amplio conjunto de pensamientos adicionales a medida que observaran la escena a través de los lentes de diversos colores de sus propias perspectivas teóricas. Es posible que Freud estuviese maravillado de la manera en que la pulsión sexual biológica, la *libido*, se expresa de manera tan fuerte y directa en esta pareja. Wilson, el sociobiólogo, estaría pensando en la manera en que la conducta de apareo en los humanos es similar a dicha conducta en otras especies de animales y cómo es claro que es producto de la selección evolutiva de conductas que conducen a una exitosa reproducción. Tal vez Bandura estaría pensando que la excitación sexual y el orgasmo actúan como poderosos reforzadores positivos que conducirán a la pareja a repetir el acto de manera frecuente y que están imitando una técnica de mordidas en el cuello que vieron en una película clasificación X la semana pasada. Por último, los pensamientos de Gagnon podrían referirse a los guiones sociales de la sexualidad; esta pareja comienza por besarse, sigue a las caricias y termina con el coito, siguiendo un guión escrito por la sociedad

Algunas de las principales teorías en las ciencias sociales han tenido muchas —y diferentes— cosas que decir acerca de la sexualidad, y son estas teorías las que tomaremos en consideración en el presente capítulo. Las teorías nos proporcionan respuestas a la pregunta ¿por qué? Es frecuente que nos preguntemos las razones por las que otros participan o no en conductas y relaciones sexuales específicas. En ocasiones hacemos la pregunta del “por qué” acerca de nuestra propia sexualidad. Las mentes creativas han desarrollado teorías para responder a tales preguntas.

Dada la diversidad de la sexualidad humana, requerimos de un rango de teorías para comprenderla.

Perspectivas evolutivas

Sociobiología

La sociobiología es una teoría polémica. El biólogo de Harvard, E. O. Wilson, la presentó por primera vez en su libro *Sociobiology: The New Synthesis* (1975). La **sociobiología** se define como la aplicación de la biología evolutiva a la comprensión de la conducta social de los animales, incluyendo a los humanos (Barash, 1982). La conducta sexual es, por supuesto, una forma de conducta social y así, con frecuencia a través de la observación de otras especies, los sociobiólogos tratan de comprender las razones por las cuales ciertos patrones de conducta sexual han evolucionado en los humanos. Donald Symons ha aplicado las ideas de la sociobiología a la sexualidad humana en su libro *The Evolution of Human Sexuality* (1979; Symons, 1987).

Antes de proceder, deberíamos señalar que en términos de **evolución**, lo que cuenta es producir muchas crías sanas y viables que harán que prosperen los propios genes. La evolución ocurre por medio de la **selección natural**, el proceso por medio del cual los animales mejor adaptados a su ambiente tienen mayores probabilidades de sobrevivir, reproducirse y heredar sus genes a la siguiente generación.

¿Cómo es que los humanos eligen a sus parejas? Un

criterio principal es el atractivo físico de la persona (véase capítulo 13). El sociobiólogo argumenta que muchas de las características que evaluamos al juzgar el atractivo— p. ej., el físico y el cutis— son representativos de la salud y vigor del individuo. Es probable que, a su vez, estas características estén relacionadas con el potencial reproductivo de la persona; los sujetos poco sanos tienen menores probabilidades

Sociobiología: aplicación de la biología evolutiva a la comprensión de la conducta social de los animales, incluyendo humanos.
Evolución: una teoría de que todos los seres vivos han adquirido su forma actual a través de cambios graduales en su dotación genética a través de generaciones sucesivas.
Selección natural: proceso en la naturaleza que da por resultado tasas mayores de supervivencia en aquellas plantas y animales que se adaptan a su ambiente.

de producir una gran cantidad de crías vigorosas. La selección natural favorecería que los individuos prefieran parejas que tengan un éxito reproductivo máximo. Así, es posible que nuestra preocupación por el atractivo físico sea producto de la evolución y de la selección natural. (Véase Barash, 1982, para una extensa discusión acerca de este punto y de los que se encuentran a continuación.) Elegimos a una pareja atractiva y sana que nos ayudará a producir muchas crías. ¿Puede usted imaginar por qué los sociobiólogos creen que la mayoría de los hombres se ven atraídos a mujeres con grandes senos?

Desde este punto de vista, atender citas, hacerse novios, comprometerse y costumbres similares tienen mucho de parecido a los rituales de cortejo de otras especies (véase la figura 2.1). Por ejemplo, muchos halcones y águilas tienen un cortejo al vuelo en que la pareja intercambia objetos en el aire. El sociobiólogo considera que este cortejo es una oportunidad para que cada miembro de la potencial pareja evalúe la aptitud del otro. Por ejemplo, cualquier carencia en velocidad o coordinación sería aparente durante estas acrobacias aéreas. La evolución favorecería patrones de cortejo que le permitan al individuo elegir una

pareja que aumente su éxito reproductivo. Tal vez eso es exactamente lo que estamos haciendo en nuestros rituales de cortejo humano. El gasto de dinero que realizan los hombres en sus citas indica su capacidad para mantener a una familia. Bailar permite evaluar la proeza física, y así sucesivamente.

Los sociobiólogos también pueden explicar la razón por la cual encontramos la estructura familiar nuclear de varón, mujer y sus crías en cada sociedad. Una vez que se aparean un varón y una mujer, hay diversos obstáculos al éxito reproductivo, dos de los cuales son la vulnerabilidad del lactante y la muerte materna. La vulnerabilidad del lactante se reduce de manera considerable si la madre le proporciona cuidados físicos continuos, incluyendo el amamantarlo. Se reduce aún más si el padre proporciona recursos y seguridad contra ataques para la madre y el lactante. Dos mecanismos que facilitan estas condiciones son el *lazo de pareja* entre madre y padre y la *vinculación* entre el lactante y los padres (Miller y Fishkin, 1997). Así, las oportunidades de supervivencia de la cría se incrementan enormemente si los padres establecen lazos emocionales, es decir, si se aman entre sí, y si los padres tienen una propensión a la vinculación. Además de lo ante-

Figura 2.1 a) Los rituales de cortejo de las garcetas grandes. b) El baile es una costumbre en citas entre humanos. Según los sociobiólogos, las costumbres humanas de atender citas y de comprometerse están biológicamente producidas y desempeñan la misma función que los rituales de cortejo de otras especies: permiten que las parejas potenciales evalúen la mutua aptitud.



a)



b)

rior, un lazo emocional puede conducir a una interacción sexual más frecuente; a su vez, las consecuencias placenteras del sexo fortalecerán el lazo. Las investigaciones con pequeños mamíferos, incluyendo ratones y topos, demuestran las ventajas del cuidado biparental de las crías y el papel esencial de la formación de vínculos (Morell, 1998).

De acuerdo con esta teoría, los padres son los más interesados en la supervivencia y éxito reproductivo de sus descendientes genéticos. La *inversión parental* se refiere a la conducta y recursos que se invierten en las crías para alcanzar este fin. A causa de las altas tasas de divorcio y segundas nupcias en Estados Unidos, muchos hombres tienen tanto hijos biológicos como hijastros. Esta situación conduce a la predicción de que los varones tenderán a invertir más en sus hijos genéticos que en sus hijastros. La investigación indica que los padres invierten la mayor cantidad de dinero en los hijos genéticos de su unión actual y la menor cantidad de dinero en los hijastros de una relación anterior. Sin embargo, gastan una cantidad equivalente de dinero en sus hijos genéticos y en los hijastros de su relación actual, tal vez para afirmar los lazos con su pareja presente (Anderson *et al.*, 2001).

En adición a la selección natural, Darwin también propuso un mecanismo que no es un término casero tan habitual, la **selección sexual** (Gangestad y Thornhill, 1997). La selección sexual es aquella que resulta a partir de las diferencias entre las características que afectan el acceso a parejas. Consiste de dos procesos: (1) competencia entre los miembros de un género (por lo general, los machos) para obtener el acceso al apareamiento con miembros del otro género (*selección intrasexual*) y (2) elección preferencial de los miembros de un género (por lo general, las hembras) de ciertos miembros del otro género (*selección intersexual*). En otras palabras, en muchas —aunque no todas— las especies, los machos compiten entre sí por el derecho a aparearse con las hembras; por su parte, las hembras prefieren a ciertos machos y se aparean con ellos al tiempo que rehúsan aparearse con otros machos.¹ Actualmente, los investigadores están probando con humanos algunas de las predicciones que provienen de la teoría de la selección sexual. Por ejemplo, la teoría predice que los hombres tendrían que competir entre sí en formas que impliquen ostentar recursos materiales que deberían ser atractivos para las mujeres y que deberían llevar a cabo estos despliegues con mayor frecuencia de lo que lo hacen las mujeres (Buss, 1988). Ejemplos de esto podrían ser el dar regalos costosos a parejas potenciales, el despliegue ostentoso de las posesiones (p. ej., automóviles y estéreos), o presentar rasgos de personalidad que tengan probabilidades de conducir a la adquisición de recursos (p. ej., ambición). Las investigaciones muestran que los varo-

nes participan en este tipo de conductas de manera significativamente más elevada que las mujeres, y que tanto varones como mujeres creen que estas tácticas son efectivas (Buss, 1988).

Selección sexual: selección que resulta de las diferencias entre las características que afectan el acceso a parejas.

Una de las ideas más polémicas es el argumento que hacen algunos psicólogos evolutivos en cuanto a que la violación es el producto de la selección evolutiva ya que es adaptativa para el varón (Thornhill y Palmer, 2000). A lo largo de milenios, la selección favoreció a los varones que se apareaban con frecuencia. Existen tres estrategias sexuales que el varón tiene a su disponibilidad. Una es tener éxito en la selección intrasexual, derrotar a otros varones y así obtener acceso a las mujeres. La segunda es tener éxito en la selección intersexual, poseer y ostentar los recursos físicos y materiales que buscan las mujeres. ¿Y qué pasa con el varón que no tiene éxito en estos dos terrenos? Se encuentra disponible una tercera estrategia, el uso de la fuerza para obtener el coito. Thornhill y Palmer (2000) sugieren que esta estrategia podría ser la utilizada por varones con poco atractivo físico o social o en situaciones en donde los costos parezcan bajos. Un problema con este argumento es que si la violación se castiga, podría conducir a una menor reproducción, no a una mayor. Por ejemplo, si los violadores son asesinados por los familiares de las víctimas o son ejecutados por el estado, resulta ser una estrategia reproductiva deficiente; un único acto de violación produce cierta probabilidad (que ciertamente no es del 100 por ciento) de preñar a la mujer, pero si conduce a la muerte del hombre ya no podrá reproducirse: difícilmente una buena estrategia para heredar los propios genes a la siguiente generación. Otro problema es que ignora los mecanismos que las mujeres utilizan para controlar el apareamiento (es decir, para evitar la violación) (Drea y Wallen, 2003). El problema más serio con este argumento es que los datos proporcionan poco soporte a las predicciones que se basan en él (Coyne y Berry, 2000).

Se han hecho muchas críticas a la sociobiología. Algunos críticos se oponen al determinismo biológico que implica. Así también, se ha reprobado a la sociobiología por fundamentarse en una versión anticuada de la teoría evolutiva que los biólogos modernos consideran ingenua (Gould, 1987). Por ejemplo, la sociobiología se ha enfocado principalmente en la lucha del individuo por sobrevivir y en sus esfuerzos para reproducirse; los biólogos modernos centran su atención en cuestiones más complejas tales como la supervivencia del grupo y de la especie. No sólo eso, los sociobiólogos asumen que la función central del sexo es la reproducción; esto puede haber sido cierto en términos históricos, pero es probable que no sea cierto hoy en día. A causa del énfasis que la teoría coloca sobre la reproducción, los proponentes de la misma tienen dificultades para explicar la homosexualidad. Por último, la investigación reciente no sustenta parte de la eviden-

¹Los sociobiólogos utilizan este mecanismo para explicar las diferencias en género.



¿Es cierto que los hombres quieren mujeres, pero que las mujeres quieren relaciones? Considere esto mientras ve el video "Evolutionary Psychology" en el capítulo 2 de su CD.

Psicología evolutiva: estudio de los mecanismos psicológicos que se han moldeado a través de la selección natural.

Teoría psicoanalítica: teoría psicológica originada por Sigmund Freud; sostiene como una suposición básica que parte de la personalidad humana es inconsciente.

Libido: en la teoría psicoanalítica, término para la energía o impulso sexual.

Ello: según Freud, parte de la personalidad que contiene la libido.

Yo: según Freud, la parte de la personalidad que ayuda al sujeto a tener interacciones realistas y racionales.

cia que se cita ampliamente en apoyo a la teoría. Un sociobiólogo informó que tanto las ganadoras del concurso Miss América como las modelos de encarte central de *Playboy* han tenido una consistente proporción cintura a cadera de 0.7, argumentando que eso refleja un estándar universal relacionado con la aptitud reproductiva (Singh, 1993). Un examen más cercano de los datos muestra que el promedio no es 0.7, sino 0.66 (Freese y Meland, 2002). El promedio para las ganadoras del concurso de Miss América ha declinado progresivamente desde 1921, de 0.78 a 0.64 en 1986.

Psicología evolutiva

Un abordaje algo diferente se presenta en la **psicología evolutiva**, la cual centra su atención en los mecanismos psicológicos que la selección natural ha moldeado (Buss, 1991). Si la conducta evolucionó en respuesta a las presiones selectivas, es plausible discutir que las estructuras cognitivas o emocionales han evolucionado de la misma manera. Así, un hombre que juzgue de forma acertada que una mujer es sana y fértil tendría más éxito en reproducirse. Si sus crías

exhibieran la misma capacidad para juzgar de manera acertada, ellos, a su vez, tendrían una ventaja competitiva.

Una línea de investigación se ha concentrado en las *estrategias sexuales* (Buss y Schmitt, 1993). De acuerdo con esta teoría, las mujeres y los varones se enfrentan a diferentes problemas adaptativos en el apareo a corto

plazo, o casual, y en el apareo a largo plazo y reproducción. Estas diferencias conducen a estrategias distintas, o conductas diseñadas para la resolución de dichos problemas. En el apareo a corto plazo, una mujer puede elegir a una pareja que le ofrece recursos inmediatos, tales como comida o dinero. En el apareo a largo plazo, es posible que la mujer elija a una pareja que parezca capaz y dispuesta a proporcionar recursos para el futuro indefinido. Es posible que un varón busque a una mujer sexualmente disponible para aventuras a corto plazo, pero que evite a

este tipo de mujer cuando se encuentre buscando una pareja a largo plazo.

Con base en investigaciones con estudiantes universitarios, Buss (1994) argumenta que los hombres generalmente relajan sus estándares cuando buscan una pareja a corto plazo, requiriendo menos, por ejemplo, en cuanto a nivel educativo, honradez y estabilidad emocional; se asume que la relajación de los propios estándares aumentará las probabilidades de encontrar pareja. Las preferencias de las mujeres cambian menos que las de los hombres cuando tratan de encontrar una pareja a corto plazo, pero es más probable que busquen a alguien que tenga recursos y que sea generoso con ellos.

Buss (1994) y colaboradores han informado de datos de investigación que sustentan a un número de predicciones específicas que se basan en esta teoría. Sin embargo, la investigación que utiliza las mismas mediciones tanto con varones como con mujeres, y que controla las variables externas, encuentra que los varones y las mujeres son muy similares en cuanto a sus preferencias de pareja. Ambos prefieren las estrategias a largo plazo y pocas o ninguna pareja a corto plazo (Pederson *et al.*, 2002). Otra crítica de la psicología evolutiva es que supone que toda característica que observamos debe tener alguna trascendencia adaptativa pero, de hecho, es posible que algunas características humanas sean sólo "errores de diseño" (de Waal, 2002).

Teorías psicológicas

Existen cuatro teorías dentro de la psicología que son pertinentes a la sexualidad: teoría psicoanalítica, teoría del aprendizaje, teoría del intercambio social y teoría cognitiva.

Teoría psicoanalítica

La **teoría psicoanalítica** de Sigmund Freud ha sido una de las más influyentes de entre todas las teorías psicológicas. Debido a que Freud consideraba que el sexo era una de las fuerzas clave dentro de la vida humana, su teoría da un tratamiento completo a la sexualidad humana.

Freud llamó **libido** al impulso o energía sexual, y lo veía como una de las dos fuerzas principales que motivaban la conducta humana (siendo la otra *tánatos*, o instinto de muerte).

Ello, yo y superyó

Freud describió la personalidad humana como dividida en tres partes principales: ello, yo y superyó. El **ello** es la parte básica de la personalidad y se encuentra presente al momento del nacimiento. Es la reserva de energía psíquica (incluyendo a la libido). Básicamente, opera según el *principio del placer*.

Figura 2.2 David Buss, uno de los arquitectos en jefe de la psicología evolutiva.



Mientras que el **ello** opera únicamente según el principio del placer y, por tanto, puede ser bastante irracional, el **yo** opera según el *principio de realidad* y trata de mantener al ello a raya. El yo funciona para hacer que la persona tenga interacciones realistas y racionales con los demás.

Por último, el **superyó** es la conciencia. Contiene los valores e ideales que aprendemos de la sociedad y opera con base en el *idealismo*. De esta manera, su finalidad es inhibir los impulsos del ello y convencer al yo que se esfuerce por obtener metas morales más que realistas.

A fin de ilustrar la manera en que operan estos tres componentes de la personalidad dentro de una situación sexual, considere el caso de la presidenta de una corporación que se encuentra en una junta del consejo directivo; en la junta también se encuentra su guapísimo y musculoso colega, el Sr. Galán. Ella observa al Sr. Galán y su ello dice, “Lo quiero arrojar sobre la mesa y hacerle el amor de inmediato. ¡Hagámoslo!” El yo interviene y dice, “No lo podemos hacer en este momento porque los otros miembros del consejo también están aquí. Esperemos hasta las 5:00 p.m., cuando todos se hayan ido y entonces lo haremos.” El superyó dice, “No debería hacerle el amor al Sr. Galán en absoluto porque soy una mujer casada.” ¿Qué es lo que sucede en realidad? Depende de la fortaleza relativa del ello, yo y superyó de esta mujer.

El ello, yo y superyó se desarrollan en secuencia. El ello contiene el conjunto de instintos presentes al momento del nacimiento. El yo se desarrolla más adelante, a medida que el niño aprende a interactuar de forma realista con su ambiente y con las personas que se encuentran dentro de él. El superyó se desarrolla al final, a medida que el niño aprende valores morales.

Zonas erógenas

Freud consideraba que la libido se centraba en diversas regiones del cuerpo conocidas como **zonas erógenas**. Una zona erógena es una parte de la piel o membrana mucosa que es extremadamente sensible a la estimulación; tocarla de ciertas maneras produce sensaciones de placer. Los labios y la boca son una de estas zonas erógenas, los genitales otra y el recto y el ano otra más.

Etapas del desarrollo psicosexual

Freud creía que el niño pasa a través de una serie de etapas del desarrollo. En cada una de estas etapas una zona erógena diferente es el centro de atención.

La primera etapa, que dura desde el nacimiento hasta casi el primer año de vida, es la *etapa oral*. El placer principal del niño se deriva de chupar y de estimular los labios y la boca de otras maneras. Cualquiera que haya observado niños a esta edad sabe que se deleitan en introducir cualquier cosa que puedan a la boca. La segunda etapa, que ocurre aproximadamente durante el segundo año de vida, es la *etapa anal*. Durante esta etapa el niño se interesa de manera primordial en la eliminación.

La tercera etapa del desarrollo, que dura desde los tres hasta tal vez los cinco o seis años de edad, es la *etapa fálica*. El interés del niño varón se centra en su falo (pene) y deriva gran placer de la masturbación.² Es posible que el suceso más importante de esta etapa sea el desarrollo del **complejo de Edipo**, que obtiene su nombre de la historia griega de Edipo, quien asesinó a su padre y se casó con su madre. En el complejo de Edipo, el niño varón ama a su madre y la desea en términos sexuales. Odia a su padre, a quien ve como rival de los afectos de la madre. La hostilidad del niño hacia su padre crece pero, a la larga, llega a temer que su padre reaccionará castrándolo: cercenándole su preciado pene. Así, el niño varón experimenta la *ansiedad de castración*. Con el tiempo, la ansiedad de castración se vuelve tan intensa que deja de desear a su madre y vira hacia una identificación con su padre, tomando el rol de género del padre y adquiriendo las características esperadas de los varones dentro de la sociedad. Freud consideraba que el complejo de Edipo y su resolución era uno de los factores esenciales del desarrollo de la personalidad humana.

Como podría esperarse a partir del nombre de esta etapa, la niña tendrá una experiencia considerablemente diferente y mucho más difícil al transitar por ella, ya que no cuenta con ninguno de los elementos de los que trata esta etapa. Para la niña, la etapa fálica inicia con la comprensión traumática de que no tiene pene, tal vez después de observar aquel de su padre o de un hermano. Se siente envidiosa y engañada, y sufre de *envidia del pene*, deseando que ella también tuviese esa varita maravillosa. (Presumiblemente ella piensa que su propio clítoris es por completo inadecuado, o incluso no se da cuenta de que lo tiene.) Comienza a desear a su padre, formando su propia versión del complejo de Edipo, en ocasiones llamado **complejo de Electra**. En parte, sus deseos incestuosos por su padre resultan de un deseo de preñarse de él, a fin de sustituir el pene imposible de obtener. A diferencia del niño varón, la niña no tiene fuertes motivos para experimentar la ansiedad de castración a fin de resolver el complejo de Edipo; ya ha perdido su pene. Así, la resolución del complejo de Electra por parte de la niña no es tan completa como la resolución que realiza el niño de su complejo de Edipo y, por el resto de su vida, la niña permanecerá algo inmadura en comparación a los varones.

Freud afirmó que después de la resolución del complejo de Edipo o Electra, los niños pasan a una prolongada etapa conocida como *latencia*, la cual dura hasta

Superyó: según Freud, la parte de la personalidad que contiene la conciencia.

Zonas erógenas: áreas del cuerpo que son particularmente sensibles a la estimulación sexual.

Complejo de Edipo: según Freud, la atracción sexual del niño varón por su madre.

Complejo de Electra: según Freud, la atracción sexual de la niña pequeña hacia su padre.

²La masturbación hasta el orgasmo es físicamente posible a esta edad, aunque los varones no son capaces de eyacular sino hasta que alcanzan la pubertad (véase capítulo 5).

la adolescencia. Durante esta etapa, los deseos sexuales se reprimen o se encuentran en un estado inactivo y, por ende, no pasa gran cosa en términos sexuales. La postulación de esta etapa es una de las partes más débiles de la teoría freudiana ya que es evidente a partir de los datos de los modernos investigadores sexuales que los niños sí continúan participando en conductas con componentes sexuales durante este periodo (véase capítulo 11).

Con la pubertad, los impulsos sexuales despiertan de nuevo y el niño pasa a la *etapa genital*. Durante esta etapa el impulso sexual se vuelve más específicamente genital y los impulsos orales, anales y genitales se funden entre sí a fin de promover la función biológica de la reproducción.

Según Freud, las personas no pasan de una etapa a la siguiente como deberían. Una persona se puede quedar fijada de manera permanente, por ejemplo, en la etapa oral los síntomas de una situación como ésta incluirían fumar o comerse las uñas de manera incesante, lo cual gratifica los impulsos orales. Muchos adultos presentan al menos algunos rastros de etapas tempranas que permanecen dentro de sus personalidades.

Freud y las mujeres

Las feministas han criticado la teoría freudiana. Primero, revisemos lo que Freud tenía que decir acerca de las mujeres y entonces discutiremos a lo que las feministas se oponen dentro de su teoría (Lerman, 1986; Millett, 1969).

En esencia, Freud suponía que la mujer es biológicamente inferior al hombre ya que carece de un pene. Veía esta carencia como factor clave en el desarrollo de la personalidad de la mujer. Como dijo Freud, “Anatomía es destino.”

Freud también originó la diferencia entre el *orgasmo vaginal* y el *orgasmo clitorídeo* en las mujeres. Durante la infancia, las niñas pequeñas frotan su clítoris para producir el orgasmo (orgasmo clitorídeo). Sin embargo, Freud creía que a medida que se convertían en adultas, era necesario que las mujeres cambiaran su enfoque a tener orgasmos durante el coito heterosexual, con la estimulación del pene en la vagina (orgasmo vaginal). Así, no solo postuló dos tipos de orgasmo en el caso de las mujeres, sino que uno era mejor (más maduro) que el otro. La evidencia que Masters y Johnson han recabado acerca de esta cuestión se revisará en el capítulo 9; por ahora, basta decir que parece haber poca o ninguna diferencia fisiológica entre los dos tipos de orgasmo. La afirmación de que el orgasmo vaginal es más maduro no se ve sustentada por los hallazgos de Masters y Johnson y de otros en cuanto a que el orgasmo de la mayoría de las mujeres adultas es el resultado de la estimulación clitorídea.

Es comprensible que las feministas se opongan a diversos aspectos de la teoría freudiana. Una objeción principal es a toda la noción de que las mujeres son anatómicamente inferiores a los hombres debido a que

carecen de un pene. ¿Qué valor intrínseco tiene el pene que lo hace más valioso que un clítoris, una vagina o un par de ovarios? En un enfoque creativo, la psicoanalista Karen Horney (1923/1973) acuñó el término “envidia de la matriz”, discutiendo que los hombres tienen una fuerte envidia de la capacidad reproductiva de las mujeres, mayor a la envidia que las mujeres tienen del pene. Las feministas argumentan que la teoría psicoanalítica es, en esencia, una teoría centrada en los hombres que puede dañar a las mujeres, en especial a aquellas que acuden a psicoterapia con terapeutas que utilizan el aspecto psicoanalítico.

Evaluación de la teoría psicoanalítica

Desde un punto de vista científico, uno de los principales problemas con la teoría psicoanalítica es que la mayoría de sus conceptos no se puede evaluar de manera científica para comprobar su precisión. Freud postuló que muchas de las fuerzas más importantes de la personalidad son inconscientes y, así, no se podrían estudiar por medio del uso de las técnicas científicas comunes del siglo veinte. Por ejemplo, los recientes avances en nuestra capacidad de plasmar la actividad cerebral por medio de imágenes de resonancia magnética de alto poder, han abierto la posibilidad de someter a prueba algunas de las ideas de Freud (figura 2.3). Él creía que los sueños proporcionan una ventana hacia el ello de la persona, que durante el sueño se reduce la

Figura 2.3 ¿Qué tiene que ver una máquina de imágenes de resonancia magnética con la teoría psicoanalítica? La respuesta es que, por medio del estudio de los patrones de las ondas cerebrales, podemos someter a prueba algunas de las ideas de Freud acerca de la relación entre el ello y el yo.



actividad del yo y del superyó. Las investigaciones en la novedosa área del *neuropsicoanálisis* sugieren que la actividad del área prefrontal del cerebro es la que coarta la imaginería ocasionalmente insólita que generan la región límbica y la poscortical. Durante el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), existe una reducción de actividad en la primera (¿yo?) y los sueños vívidos e insólitos ocasionalmente se asocian con actividad en la segunda (¿el ello?) (Solms, 1997).

Otra crítica es que Freud obtuvo sus datos casi de manera exclusiva a partir de su trabajo con pacientes que acudían a terapia con él. Así, es posible que su teoría proporcione una perspectiva no tanto de la personalidad humana sino de los *trastornos* de la personalidad humana.

Por último, muchos psicólogos modernos sienten que Freud colocó un énfasis demasiado grande sobre los determinantes biológicos de la conducta y los instintos y que no dio suficiente reconocimiento a la importancia del ambiente y del aprendizaje.

Aún así, Freud realizó algunas importantes contribuciones a nuestra comprensión de la conducta humana. Logró colocarse por encima de la sexualmente represiva era victoriana a la cual pertenecía para enseñarnos que la libido es una parte importante de la personalidad (aunque es posible que haya exagerado su importancia). El hecho de que haya reconocido que los humanos pasamos por etapas a lo largo del desarrollo psicológico fue una gran contribución. Tal vez de mayor importancia desde el punto de vista del presente texto, Freud sacó al sexo del clóset, lo atrajo a la atención del público en general y sugirió que podíamos hablar acerca de él y que era un tema adecuado para la investigación científica.

Teoría del aprendizaje

Aunque las teorías psicoanalítica y sociobiológica se basan en la idea de que gran parte de la conducta sexual humana se encuentra bajo un control biológico, también es más que aparente que gran parte de ella es aprendida. Parte de la evidencia más importante que sustenta lo anterior proviene de estudios de conducta sexual en diversas sociedades humanas, mismos que se examinaron en el capítulo 1. Aquí se revisarán los diversos principios de la teoría del aprendizaje moderna ya que nos pueden ayudar a comprender nuestra propia sexualidad (para una discusión más detallada, veáse Hogben y Byrne, 1998).

Condicionamiento clásico

El **condicionamiento clásico** es un concepto que por lo general se asocia con el trabajo del científico ruso Iván Pavlov (1849-1936). Piense en las siguientes situaciones: usted produce salivación en respuesta a la vista u olor de la comida, parpadea en respuesta a que alguien le entierre el dedo en un ojo o experimenta excitación sexual en respuesta a una caricia en la parte interna del

muslo. En todos estos casos, un estímulo incondicionado (EI; por ejemplo, comida apetitosa) produce una respuesta incondicionada (RI; por ejemplo, salivación) de manera automática y refleja. El proceso de aprendizaje que se produce en el condicionamiento clásico sucede cuando un estímulo nuevo, el estímulo condicionado (EC; por ejemplo, el sonido de una campana) ocurre en repetidas ocasiones, apareado con el estímulo incondicionado original (comida). Una vez que esto sucede en muchas ocasiones, el estímulo condicionado (el sonido de la campana) se puede presentar sin el estímulo incondicionado (comida) y, a la larga, producirá la respuesta original, ahora llamada respuesta condicionada (RC, salivación).

Como ejemplo, supongamos que el primer novio serio de Nadia en la escuela secundaria siempre usa colonia Erotik cuando salen. A medida que crece su intimidad sexual, pasan muchos ratos placenteros, donde él acaricia sus muslos y otras partes sexualmente responsivas de su cuerpo, y ella se siente extremadamente excitada, siempre con el aroma de Erotik en su nariz. Un día entra en un elevador lleno de desconocidos en una tienda departamental y alguien está usando Erotik. De manera instantánea Nadia se siente sexualmente excitada, a pesar de que no está involucrada en ninguna actividad sexual. Desde el punto de vista del condicionamiento clásico esto hace todo el sentido del mundo, aun cuando Nadia pueda preguntarse por qué se está sintiendo tan excitada en el elevador. Las caricias de sus muslos y toqueteos sexuales fueron el EI. Su excitación fue la RI. El aroma de la colonia, el EC, se apareó en repetidas ocasiones con el EI. A la larga, el aroma apareció por sí mismo, evocando la excitación, la RC.

El condicionamiento clásico de la excitación sexual se ha demostrado en un experimento que utilizó estudiantes varones como participantes (Lalumiere y Quinsey, 1998). Primero, se mostraron 20 diapositivas de mujeres parcialmente vestidas a todos los participantes; una diapositiva con una calificación de 5 en una escala de atractivo sexual que iba en un rango de 1 a 10 se seleccionó como la diapositiva blanco. Se mostró la diapositiva blanco a diez participantes, seguida de un segmento de 40 segundos de duración de una videocinta sexualmente explícita, durante 11 ensayos; los varones en el grupo control vieron únicamente la diapositiva blanco durante 11 ensayos. La excitación se midió por medio de un calibrador de la tensión peniana, que mide el grado de tumefacción o erección del pene (véase capítulo 14). Después, cada uno de los 20 varones volvió a evaluar las 20 diapositivas originales. En el grupo experimental, la diapositiva blanco se asoció con un aumento en la excitación según las mediciones del calibrador de tensión peniana; en el grupo control,

Condicionamiento clásico: proceso de aprendizaje en el que un estímulo previamente neutro (estímulo condicionado) se aparea de manera repetida con un estímulo incondicionado que provoca de manera refleja una respuesta incondicionada. Finalmente, el estímulo condicionado en sí evocará la respuesta.

Condicionamiento operante:

proceso de cambiar la frecuencia de una conducta (operante) a través de proporcionar como consecuencia un reforzamiento positivo (que hará que la conducta sea más frecuente en el futuro) o un castigo (que debería disminuir la frecuencia futura de la conducta).

Modificación conductual: conjunto de técnicas de condicionamiento operante utilizadas para modificar el comportamiento humano.

los hombres se vieron menos excitados por la diapositiva blanco después de repetidas exposiciones. Investigaciones subsecuentes demostraron el condicionamiento clásico de la excitación sexual en las mujeres (Hoffmann *et al.*, 2004).

El condicionamiento clásico sirve para explicar varios fenómenos dentro de la sexualidad. Un ejemplo es el fetiche, que se explicará en el capítulo 16.

Condicionamiento operante

El **condicionamiento operante**, un concepto que con frecuencia se asocia con el psicólogo B.F. Skinner, se refiere al siguiente procedimiento. Una persona lleva a cabo una conducta específica (la operante). Esa conducta se puede seguir ya sea por una recompensa (reforzador positivo) o por un castigo. Si sigue una recompensa, es probable que la persona repita la conducta de nuevo en el futuro; si sigue un castigo, será menos probable que la persona repita la conducta. Así, si la conducta se ve recompensada en repetidas ocasiones, puede volverse muy frecuente, y si se le castiga en repetidas ocasiones, puede volverse muy infrecuente o incluso eliminarse.

Se considera que algunas recompensas son reforzadores primarios; es decir, existe algo intrínsecamente recompensante en ellas. La comida es uno de estos reforzadores primarios; el sexo es otro. Por ejemplo, se puede entrenar a ratas a aprender el camino de un laberinto si encuentran a una pareja sexual disponible al final de él. Así, la conducta sexual representa un papel doble en la teoría del aprendizaje: en sí mismo puede ser un reforzador positivo, pero también puede ser la conducta que se premia o castiga.

Los sencillos principios del condicionamiento operante pueden ayudar a explicar algunos aspectos del sexo (McGuire *et al.*, 1965). Por ejemplo, si una mujer experimenta dolor repetidamente cuando tiene relaciones sexuales (tal vez a causa de una infección vaginal), es probable que quiera tener sexo con poca o ninguna frecuencia. En términos del condicionamiento operante, el coito se ha asociado en repetidas ocasiones con un castigo (dolor), de modo que la conducta se vuelve menos frecuente.

Otro principio del condicionamiento operante que es de utilidad para comprender la conducta sexual sostiene que las consecuencias, ya sea reforzadores o castigos, son más efectivas en el moldeamiento de la conducta cuando ocurren inmediatamente después de ésta. Mientras más se demoran después de que ha ocurrido la conducta, menos efectivas se vuelven. Como ejemplo, consideremos a un joven varón que ha tenido gonorrea en tres ocasiones pero que continúa teniendo relaciones sexuales desprotegidas. En definitiva, el

dolor que se asocia con la gonorrea es un castigo, así que ¿por qué persiste en tener sexo sin un condón? El principio de la demora sugiere la siguiente explicación. Cada vez que participa en el coito, lo encuentra enormemente recompensante; esta recompensa inmediata mantiene la conducta; el castigo, la gonorrea, no ocurre sino varios días después y, por tanto, no es efectiva para eliminar la conducta.

Un tercer principio que ha surgido en estudios de condicionamiento operante es que, en comparación con las recompensas, los castigos no son muy efectivos en el moldeamiento de las conductas. Con frecuencia, como en el caso de un niño al que se le castiga por tomar una galleta ilícita, los castigos no eliminan la conducta, sino que le enseñan a la persona a volverse mañosa y a participar en ella sin que se le atrape. Como ejemplo, algunos padres, como muchos lo hacían de manera regular en días pasados dentro de nuestra cultura, castigan a sus hijos por masturbarse; sin embargo, la mayoría de esos niños continúan masturbándose, tal vez aprendiendo a hacerlo bajo circunstancias (tales como en un baño con la puerta asegurada) en las que es menos probable que los atrapen.

Se debería señalar una diferencia importante entre la teoría psicoanalítica y la teoría del aprendizaje. Los teóricos psicoanalistas creen que los determinantes de la conducta sexual humana ocurren durante la primera infancia, durante el periodo del complejo de Edipo. En contraste, los teóricos del aprendizaje creen que la conducta sexual se puede aprender y cambiar en cualquier momento del ciclo de vida: en la infancia, adolescencia, temprana adultez, o más tarde. Cuando intentamos comprender qué es lo que ocasiona ciertos tipos de conducta sexual y cómo tratar a las personas que padecen de problemas sexuales, la distinción entre las teorías tendrá implicaciones importantes.

Modificación conductual

La **modificación conductual** involucra una serie de técnicas que se basan en los principios del condicionamiento clásico u operante que se utilizan para cambiar (o modificar) la conducta humana. Estas técnicas se han utilizado para modificar todo, desde conductas problema de niños en el salón de clases, hasta la conducta de esquizofrénicos. En especial, estos métodos se pueden utilizar para modificar conductas sexuales problemáticas, es decir, trastornos sexuales tales como problemas orgásmicos (véase capítulo 19) o conductas sexuales anormales tales como abuso sexual infantil. Los métodos de la modificación conductual difieren de los métodos más tradicionales de psicoterapia tales como el psicoanálisis en cuanto a que el terapeuta conductual considera sólo la conducta problema y la manera de modificarla utilizando los principios de la teoría del aprendizaje; el terapeuta no se preocupa acerca de un análisis profundo de la personalidad del individuo para ver, por ejemplo, qué fuerzas inconscientes podrían estar motivando la conducta.

Un ejemplo de las técnicas que se utilizan para modificar la conducta sexual es la *terapia de aversión olfatoria* (Abel *et al.*, 1992). En la terapia de aversión, la conducta problemática se castiga por medio del uso de un estímulo aversivo. El repetido apareamiento de la conducta con el estímulo aversivo debería producir una disminución en la frecuencia de la conducta, o su **extinción**. En la terapia de aversión olfatoria, la conducta sexual problemática se castiga utilizando un olor desagradable, tal como el de efluvios de amoníaco, como el estímulo aversivo. Primero, con la ayuda de un terapeuta, el paciente identifica la secuencia conductual que lleva al comportamiento problema. Entonces, el paciente imagina un suceso de la cadena y, al mismo tiempo, se le expone al olor. El paciente puede administrarse el olor a sí mismo, utilizando un inhalador desechable. Este tipo de terapia no sólo castiga la conducta sino que crea la percepción en el paciente de que la conducta se encuentra bajo su control.

Aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977; Bandura y Walters, 1963) es una forma algo más compleja de la teoría del aprendizaje. Se basa en los principios del condicionamiento operante, pero también reconoce la participación de otros dos procesos: *imitación* e *identificación*. Estos dos procesos son útiles para explicar el desarrollo de la identidad de género, o el sentido de la propia masculinidad o feminidad. Por ejemplo, parece que una niña pequeña adquiere muchas de las características del rol femenino al identificarse con su madre y al imitarla, como cuando juega a arreglarse después de observar a su mamá cuando se prepara para ir a una fiesta. Así también, varias formas de sexualidad se pueden aprender a través de la

Figura 2.4 Según la teoría del aprendizaje social, los niños, en parte, aprenden acerca del sexo y del género a través de la imitación. Es posible que estos niños estén imitando a sus padres o a una escena que han visto en la televisión.



imitación. Por ejemplo, en la escuela de educación media y media superior, es posible que la niña más sensual del último año de estudios encuentre que otras niñas están imitando sus conductas y la manera en que se viste. O bien, un joven varón puede ver una película en que la técnica del héroe parece “prender a las mujeres”; entonces trata de utilizar esta misma técnica en sus propias citas. Este último ejemplo señala la importancia que tienen los medios masivos de comunicación como fuentes de imágenes relacionadas con la sexualidad que los jóvenes imitarán y de las personalidades con las que se identificarán.

Una vez que se ha aprendido una conducta, la probabilidad de que se lleve a cabo depende de sus consecuencias. El joven que imita la técnica romántica del actor Brad Pitt puede no tener éxito en excitar a su pareja. Si la conducta no se refuerza, dejará de llevarla a cabo. Si se refuerza, la repetirá. Las experiencias positivas con una actividad a lo largo del tiempo crean un sentido de competencia o de **eficacia propia** (Bandura, 1982) al ejecutar la actividad. Si una mujer se siente eficaz cuando utiliza un condón femenino, hará un mayor esfuerzo (ir a la farmacia para comprarlo) y mostrará mayor persistencia ante las dificultades (continuará ajustándolo hasta que quede de manera adecuada) de lo que lo hacía antes. El concepto de eficacia propia se ha utilizado de manera amplia en el diseño de programas de intervención sanitaria tales como los que alientan a los individuos a utilizar condones para prevenir la propagación de enfermedades de transmisión sexual e infecciones por VIH (p. ej., DeLamater *et al.*, 2000). Estos programas proporcionan oportunidades para que los participantes practiquen las conductas que se están promoviendo a fin de que obtengan el éxito.

Teoría del intercambio social

Un importante proceso que se basa en el principio del reforzamiento es el intercambio social. La **teoría del intercambio social** (Cook, 1987) utiliza el concepto del reforzamiento para explicar la estabilidad y el cambio en las relaciones entre personas. La teoría supone que tenemos libertad de elección y que con frecuencia nos enfrentamos a elecciones entre acciones alternativas. Cada acción proporciona algunas recompensas y representa ciertos costos. Existen diversos tipos de recompensa —dinero, bienes, servicios, gratificación sexual, aprobación de los demás— y costos: tiempo, esfuerzo, dinero, vergüenza. La teoría afirma que somos *hedonistas*, que tratamos de maximizar las recompensas y minimizar los costos cuando actuamos. Así, elegimos acciones que proporcionan ganancias

Extinción: el proceso de aparear una conducta con un estímulo aversivo en repetidas ocasiones, lo que conducirá a una disminución en la frecuencia de la conducta.

Eficacia propia: sensación de competencia al ejecutar una actividad.

Teoría del intercambio social: teoría, basada en el principio del reforzamiento, que supone que las personas eligen aquellos comportamientos que aumentan al máximo las recompensas y reducen al mínimo los costos.

Tema central 2.1

Teoría del aprendizaje y orientación sexual en una sociedad no occidental

Los Sambia son una tribu que vive en Papua, Nueva Guinea, en el Pacífico Sur, y que los antropólogos han estudiado de una manera extensa (véase Tema central 15.3 del capítulo 15). Los Sambia son interesantes por varias razones, la más importante es aquella donde se espera que los varones jóvenes vivan 10 o más años de sus vidas en relaciones exclusivamente homosexuales. Durante este tiempo se les enseña a temer a las mujeres y a creer que las mujeres tienen efectos contaminantes sobre ellos. Después de esa etapa de sus vidas, se espera que se casen con mujeres. Así lo hacen y su conducta sexual se vuelve exclusivamente heterosexual. Estas observaciones desafían nuestras ideas occidentales en cuanto a que la propia orientación sexual es una característica permanente a lo largo de la vida. De hecho, los conceptos mismos de tener una “identidad heterosexual” o una “identidad homosexual” no se encuentran presentes en la cultura sambia.

¿Puede la teoría del aprendizaje social explicar estos patrones de conducta sexual? Sí lo puede hacer, según los análisis de John y Janice Baldwin. Lo que es desconcertante es la forma en que el varón sambia, quien ha tenido años de condicionamiento erótico hacia la conducta homosexual durante la pubertad, cuando más excitable es y cuando más es sensible al condicionamiento, cambia entonces a una conducta heterosexual y lo hace de buen grado.

Según los análisis de los Baldwin, diversos factores dentro de la teoría del aprendizaje social explican esta modificación. En primer lugar, el condicionamiento positivo hacia la heterosexualidad ocurre de manera inicial en la vida. El niño pasa los primeros 7 a 10 años de su vida con su familia. Tiene una relación cercana y cálida con su madre. En esencia, se le ha condicionado a tener sentimientos positivos hacia las mujeres.

En segundo lugar, ocurre un aprendizaje observacional. En esos primeros 7 a 10 años, el niño observa cercanamente la relación heterosexual entre dos adultos,

su madre y su padre. Este aprendizaje observacional se puede utilizar una década después cuando es momento que él se case y forme una relación heterosexual.

En tercer lugar, al niño se le proporciona una gran cantidad de estructuración cognitiva, un concepto presente tanto en la teoría del aprendizaje social como en la psicología cognitiva. Se le indica que un niño debe pasar a través de una serie de etapas a fin de convertirse en un varón fuerte y masculino. Esto incluye convertirse, primero, en una pareja receptiva a la felación, después ser la pareja penetrante en la misma, casarse, defenderse de la primera menstruación de su esposa (por lo general las niñas se casan antes de la pubertad y no pasan por una etapa homosexual del desarrollo) y, más adelante, procrear un hijo con ella. En esencia, se le proporcionan todas las estructuras cognitivas necesarias para convencerlo que es perfectamente natural, e incluso deseable, que se involucre en relaciones sexuales con hombres durante 10 años para después cambiar a las mujeres. Por último, existe cierto condicionamiento aversivo a la conducta homosexual que conduce a que no sea particularmente erótica. El niño lleva a cabo la felación por vez primera después de varios días de iniciación, cuando está exhausto. Las actividades están preparadas de modo que el niño siente temor ante lo que está sucediendo. Debe hacerlo en la oscuridad con un niño mayor quien podría ser su enemigo, y se requiere que lo haga con muchos varones en sucesión. En esencia, el desagrado o el castigo se asocian con la conducta homosexual.

Entonces, en resumen, la teoría del aprendizaje social proporciona una explicación lógica del cambio aparentemente desconcertante que los varones sambia hacen de la expresión exclusivamente homosexual a la expresión exclusivamente heterosexual.

Fuentes: Baldwin y Baldwin (1989); Herdt (1984).

(las ganancias equivalen a recompensas menos costos) y evitamos acciones que producen pérdidas.

Como su nombre lo indica, la teoría del intercambio social considera que las relaciones sociales son primordialmente intercambios de bienes y servicios entre personas. Las personas participan en relaciones sólo si descubren que dichas relaciones proporcionan resultados lucrativos. Un individuo juzga el atractivo de una

relación comparando las ganancias que proporciona en comparación con las ganancias disponibles en relaciones alternas. El nivel de los resultados en la mejor relación alterna se denomina *nivel de comparación de las alternativas* (Thibaut y Kelley, 1959). Estas ideas se han aplicado a las relaciones personales. Estudios de parejas heterosexuales en relaciones de cita a largo plazo han encontrado que los conceptos de recom-

pensa y costo pueden explicar si una persona permanece o sale de dichas relaciones (Rusbult, 1983; Rusbult *et al.*, 1986). Es más probable que un individuo permanezca cuando la pareja es física y personalmente atractiva, cuando la relación no implica costos excesivos (tales como compromisos monetarios elevados, promesas rotas o discusiones) y cuando no hay relaciones románticas disponibles con otros. En otras palabras, es más probable que se queden dentro de la relación cuando sus recompensas son elevadas, los costos bajos y el nivel de comparación de las alternativas es bajo.

La teoría del intercambio social también predice las condiciones bajo las cuales las personas intentan cambiar sus relaciones. Un concepto central es *equidad* (Walster [Hatfield] *et al.*, 1978). Existe un estado de equidad cuando los participantes dentro de una relación creen que las recompensas que reciben de la misma son proporcionales a los costos que tienen que sufragar. Si un participante cree que la asignación de recompensas y costos no es equitativa, entonces la relación es inestable. Las personas experimentan desagrado por la inequidad y es posible que se sientan engañadas o enojadas. Como veremos en el capítulo 12, una persona casada que experimente inequidad puede, como resultado, serle infiel a su cónyuge.

Esta perspectiva conduce a la *hipótesis de equiparación* (véase capítulo 13), que predice que los varones y las mujeres escogerán a una pareja que se equipare a ellos en cuanto a sus características físicas y sociales. Las personas que concuerden se proporcionarán recompensas similares en dimensiones tales como atractivo, nivel social y riqueza. Ya señalamos con anterioridad que los sociobiólogos predicen que escogeremos parejas atractivas: de ser cierto, los varones lucharían por la mujer más atractiva del área y las mujeres poco atractivas no tendrían pareja. De hecho, las personas en todo nivel de atractivo encuentran parejas, lo cual refleja la operación de la equiparación.

Las teorías del intercambio social se han criticado por aplicar los conceptos de recompensas y costos a las relaciones románticas. Algunas personas creen que el amor no es ni debería ser acerca de lo que uno puede obtener de la relación (es decir, sus recompensas). Una crítica relacionada es que las teorías del intercambio social minimizan la importancia de otras motivaciones. Debido a su énfasis en recompensas y costos, tales teorías no pueden explicar, por ejemplo, las conductas desinteresadas tales como el altruismo y el sacrificio.

Teoría cognitiva

En las décadas de 1980 y 1990 una “revolución cognitiva” se difundió a lo largo de la psicología. En contraste con la tradición conductista anterior (que insistía que los psicólogos sólo deberían estudiar conductas que se podían observar de manera directa), los psicólogos cognitivos creen que es muy importante estudiar los pensamientos de las personas, es decir, la manera en que los individuos perciben y piensan.

Cognición y sexualidad

La psicología cognitiva puede explicar ciertos aspectos de la sexualidad humana con facilidad (Walen y Roth, 1987). Una suposición básica es que lo que pensamos influye sobre lo que sentimos. Si tenemos pensamientos felices y positivos, tenderemos a sentirnos mejor que si tenemos ideas negativas. Los terapeutas que utilizan un abordaje cognitivo creen que la aflicción psicológica es frecuentemente el resultado de pensamientos desagradables que, por lo general, no son acordes a la realidad y que incluyen ideas falsas, distorsiones, exageración de problemas y evaluaciones irrazonablemente negativas de sucesos.

Para el psicólogo cognitivo, la manera en que percibimos y evaluamos un suceso sexual hace toda la diferencia del mundo (Walen y Roth, 1987). Por ejemplo, supongamos que un varón que está participando en una actividad sexual no tiene una erección. Empezando por ese suceso básico, es posible que sus pensamientos lo lleven en una de dos direcciones. En la primera, piensa que es bastante común que los hombres en su grupo de edad (cincuentas) no tengan una erección cada vez que tienen relaciones sexuales; esto ya le ha pasado en algunas otras ocasiones, una vez cada dos o tres meses, y no es nada de qué preocuparse. En dado caso, el sexo oral fue divertido y su pareja tuvo un orgasmo por ello así que, dentro de todo, fue un encuentro bastante agradable. En la segunda posibilidad, comenzó la actividad pensando que tenía que tener una erección, que tenía que establecer el coito y que tenía que tener un orgasmo. Cuando no tuvo la erección, mentalmente lo etiquetó como *impotencia* e imaginó que nunca más tendría una erección. Pensó que todo el episodio había sido un desastre frustrante porque no había tenido un orgasmo.

Como señalarían los psicólogos cognitivos, nuestra percepción, etiquetaje y evaluación de los eventos es crucial. En el primer caso, el hombre percibió un pequeño problema, lo etiquetó como un problema eréctil temporal y evaluó su experiencia sexual como bastante buena. En el otro caso, el hombre percibió un problema serio, lo etiquetó como impotencia y evaluó la experiencia como horrible.

Estudiaremos la psicología cognitiva en diversas otras ocasiones dentro del texto, ya que los teóricos la utilizan para entender el ciclo de la excitación sexual (véase capítulo 9), las causas de algunas variaciones sexuales tales como fetichismo (véase capítulo 16) y las causas y tratamiento de trastornos sexuales (véase capítulo 19). Sin embargo, antes de dejar de lado la psicología cognitiva, daremos un vistazo a una teoría cognitiva, la teoría de los esquemas, que se ha usado especialmente para comprender las cuestiones de sexo y género.

Teoría de los esquemas de género

La psicóloga Sandra Bem (1981) ha propuesto una teoría de esquemas para explicar el desarrollo de los roles de género y el impacto del mismo sobre la vida y pen-

Figura 2.5 Sandra Bem, una de las creadoras de la teoría de los esquemas de género.



samientos cotidianos de las personas. *Esquema* es un término tomado de la psicología cognitiva. Un **esquema** es una estructura de conocimiento general que una persona tiene acerca de un tema en particular. Un esquema organiza y guía la percepción; nos ayuda a recordar, pero en ocasiones también distorsiona nuestra memoria, en especial si la información es inconsistente con nuestro esquema. Así, por ejemplo, usted podría tener un “esquema de juego de fútbol americano”, un conjunto de ideas que usted tiene acerca de lo que debería estar presente durante un juego (dos equipos, espectadores, gradas y demás) y del tipo de actividades que deberían suceder (patada inicial, anotación ocasional, banda que toca durante el medio tiempo y demás).

Bem sostiene que todos nosotros poseemos un *esquema de género*: una estructura cognitiva compuesta de una serie de atributos (conductas, personalidad, apariencia) que asociamos con los varones y las mujeres.

Esquema: estructura de conocimiento general que tiene una persona acerca de un tema particular.

Según Bem, nuestro esquema de género nos predispone a procesar la información con base en el género. Es decir, tendemos a pensar en las cosas como relacionadas con el género y a

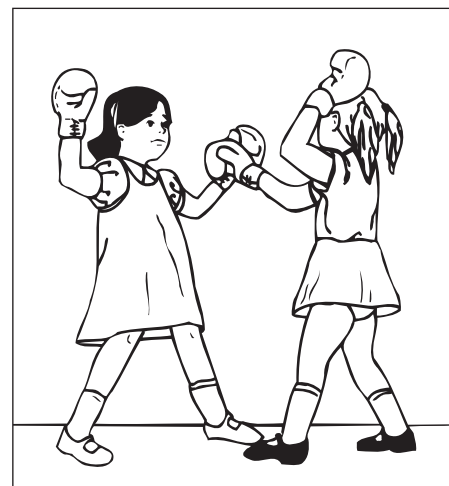
establecer dicotomías con base en el mismo. Un buen ejemplo es el caso del lactante cuyo género no es del todo claro cuando lo conocemos. Buscamos esta información de manera ávida o nos sentimos incómodos de no hacerlo, ya que parecemos necesitar la información del género del bebé para continuar con el procesamiento de información a su respecto.

Bem (1981) ha realizado un número de experimentos que proporcionan sustento a su teoría y también existen experimentos de confirmación realizados por otros investigadores, aunque la información no es siempre del todo consistente (Ruble y Stangor, 1986). En uno de los más interesantes de estos experimentos, a niños de 5 y 6 años de edad se les presentaron imágenes como las que aparecen en la figura 2.6, las cuales mostraban a varones o mujeres realizando actividades consistentes con el estereotipo (tal como una niña horneando galletas) o inconsistentes con el estereotipo (tal como niñas boxeando) (Martin y Halverson, 1983). Una semana después, se sometió a prueba a los niños en cuanto a sus recuerdos de las imágenes. Los resultados indicaron que los niños distorsionaban la información por medio de cambiar el género de las personas en las imágenes inconsistentes con el estereotipo, mientras que no realizaban dichos cambios en las imágenes consistentes con el estereotipo. Es decir, los niños tendían a recordar la imagen de las niñas boxeando como si hubiese sido una imagen de niños varones boxeando. Estos resultados son exactamente lo que indicaría la teoría de los esquemas de género.

Figura 2.6 Se utilizaron imágenes como éstas en la investigación de Martin y Halverson sobre esquemas de género y memoria infantil. a) Una niña que participa en una actividad consistente con el estereotipo. b) Niñas que participan en una actividad inconsistente con el estereotipo. En una prueba de memoria una semana después, los niños tendían a distorsionar las imágenes inconsistentes con el estereotipo para hacerlas consistentes con el mismo; por ejemplo, recordaban que habían visto boxear a dos niños varones.



a)



b)

Los esquemas nos ayudan a recordar información consistente con el esquema (consistente con el estereotipo) de manera adecuada, pero distorsiona nuestros recuerdos de la información inconsistente con el esquema (inconsistente con el estereotipo).

Una de las implicaciones más interesantes de la teoría de los esquemas de género es que los estereotipos, ya sea que traten acerca de varones y mujeres, o heterosexuales y homosexuales, o de otros grupos pueden cambiar de manera muy lenta. Esto se debe a que nuestros esquemas tienden a filtrar y eliminar la información que no sea consistente con los estereotipos (es decir inconsistente con el esquema) de modo que ni siquiera la recordamos.

Perspectivas sociológicas

El interés primordial de los sociólogos reside en las formas en que la sociedad o la cultura moldean la sexualidad humana. (Para una exposición detallada de la perspectiva sociológica, véase DeLamater, 1987; los argumentos que se encuentran a continuación están tomados de dicha fuente.)

Los sociólogos abordan el estudio de la sexualidad a partir de tres suposiciones básicas: (1) cada sociedad regula la sexualidad de sus miembros. (Para una discusión acerca de las razones para estos, véase Horrocks, 1997.) (2) Las instituciones básicas de la sociedad (tales como la religión y la familia) afectan las reglas que gobiernan la sexualidad dentro de dicha sociedad. (3) Lo apropiado o inapropiado de una conducta sexual en particular depende de la cultura dentro de la cual ocurre.

La influencia de la sociedad

Los sociólogos consideran que las influencias sociales sobre la sexualidad humana ocurren a diversos niveles, incluyendo al nivel macro, o de la sociedad en su totalidad, y al nivel subcultural, en el cual la clase social o grupo étnico propios puede tener un impacto sobre la sexualidad del individuo. Aquí, nuestra discusión se centra en el nivel macro de influencia.

Instituciones sociales

Según la perspectiva sociológica, a nivel macro nuestra sexualidad se ve influida por poderosas instituciones sociales, incluyendo religión, economía, familia, medicina y leyes. Cada institución principal sustenta una ideología sexual, o discurso, acerca de la actividad sexual. Esta ideología influye en las creencias y conductas de aquellos afiliados a la institución.

Religión

Dentro de nuestra cultura, la tradición religiosa judeo-cristiana ha moldeado las normas sexuales de manera poderosa. En el capítulo 21 se proporciona una discusión detallada de esa tradición religiosa y de sus ense-

ñanzas acerca de la sexualidad. Baste decir aquí que la religión cristiana ha contenido en su interior una tradición de ascetismo en la que la abstinencia de los placeres sexuales —en especial por parte de ciertas personas tales como monjes y sacerdotes— es vista como virtuosa. La tradición, al menos hasta hace poco, también se ha orientado hacia la procreación, es decir, la creencia de que la sexualidad sólo es legítima dentro de un matrimonio heterosexual tradicional y sólo con el propósito de tener hijos, una *ideología de la procreación*. Este punto de vista ha creado una serie de normas o de estándares de conducta dentro de nuestra cultura que dicen, por ejemplo, que el sexo premarital, el sexo extramarital y el sexo homosexual son incorrectos. La ideología de la procreación es nuestra base para afirmar que el matrimonio es exclusivamente para varones y mujeres ya que sólo una pareja heterosexual puede procrear.

La economía

La naturaleza y estructura de la economía son otra influencia al nivel macro sobre la sexualidad. Antes de la Revolución industrial, la mayoría del trabajo se llevaba a cabo dentro de la unidad familiar en el hogar o en la granja. Este tipo de cercanía permitía una supervisión bastante estricta de la sexualidad de los miembros de la familia, por lo que se podían imponer normas estrictas. Sin embargo, con la Revolución industrial, las personas —varones, con mayor frecuencia— pasaban muchas horas del día alejados del hogar. Así, se encontraban bajo menor supervisión y los guiones tales como aventuras extramatrimoniales y sexo entre miembros del mismo género se podían representar con mayor frecuencia.

Hoy en día podemos observar gran evidencia del grado al cual las condiciones económicas, y en especial la tasa de desempleo, pueden afectar la estructura de la familia y, por ende, la sexualidad. Por ejemplo, cuando un grupo de hombres —tales como hombres afroestadounidenses de clase baja— tienen menor acceso a trabajos y por tanto tienen una alta tasa de desempleo, están renuentes a casarse ya que no pueden mantener a una familia. El resultado es una gran cantidad de hogares donde las mujeres son cabeza de familia y donde la sexualidad ocurre fuera del matrimonio y los niños nacen sin tener un padre legal, aun cuando el padre pueda estar presente en el hogar, proporcionando cuidados para los niños. El punto es que la economía de una cultura puede tener un profundo efecto sobre los patrones de sexualidad, matrimonio y maternidad (Teachman *et al.*, 2000).

En una economía capitalista tal como la de Estados Unidos, los bienes y servicios se convierten en mercancías que se pueden vender a un precio (un intercambio). No es de sorprender que esto incluya imágenes sexuales y gratificación sexual, con lo que aumenta la venta de materiales sexualmente explícitos, en tiendas e Internet, así como el sexoservicio. El incremento en la globalización de la economía ha conducido al desa-

Figura 2.7 Según los sociólogos, la economía de una cultura puede tener un impacto profundo sobre los patrones de sexualidad, matrimonio y maternidad. Las altas tasas de desempleo masculino pueden conducir a un aumento en los hogares en que las mujeres son cabeza de familia.



rollo del turismo sexual, en el que varones y mujeres pudientes viajan a otras culturas, como a Tailandia, para adquirir gratificación sexual de sexoservidores “exóticos” (p. ej., asiáticos) (véase capítulo 18).

La familia

La familia es una tercera institución que influye sobre la sexualidad. Como señalamos con anterioridad, antes de la Revolución Industrial la familia era una importante unidad económica que producía los bienes necesarios para la supervivencia. A medida que disminuyó dicha función después de la Revolución Industrial, hubo un aumento en el énfasis sobre la calidad de las relaciones interpersonales dentro de la familia. Al mismo tiempo, se consideraba cada vez más que el amor era una razón importante para el matrimonio. Para 1850, las revistas estadounidenses populares alababan las glorias del matrimonio basado en el amor romántico (Lantz *et al.*, 1975). Así, se formó un triple vínculo entre amor, matrimonio y sexo. De manera irónica, a la larga el vínculo se volvió directo entre amor y sexo (eliminando al matrimonio como mediador) de modo que, para la década de

1970, algunas personas argumentaban que el sexo fuera del matrimonio, en el contexto de una relación amorosa, era permisible, así como lo era el sexo entre miembros del mismo género, de nuevo si la relación era amorosa. Ésta es la *ideología relacional*.

La familia ejerce una fuerza particularmente importante sobre la sexualidad a través de la *socialización* de los hijos. Es decir, los padres socializan a sus hijos —les enseñan las normas apropiadas de conducta— dentro de muchas áreas, incluyendo la sexualidad. Por supuesto, otros, tales como su grupo de pares, también tienen importantes influencias socializantes.

Medicina

La institución de la medicina se ha convertido en una importante influencia sobre nuestra sexualidad a lo largo de los últimos 100 años. Los médicos nos dicen lo que es saludable y lo que no lo es. A finales de la década de 1800, los médicos advirtieron que la masturbación podía ocasionar una variedad de patologías. Hoy en día, los terapeutas sexuales nos dicen que la expresión sexual es natural y sana e incluso “recetan” la masturbación como tratamiento.

Otro ejemplo lo proporciona el parto; hasta después de la Guerra Civil estadounidense, la mayoría de los bebés nacían en casa, con una mujer experimentada (una partera) que le proporcionaba asistencia a la mujer en trabajo de parto y a su pareja. Hoy en día, la gran mayoría de nacimientos ocurre en un hospital o



Para aprender más acerca de la relación entre la medicina y la investigación sexual, vea el video “The Medicalization of Sex” en el capítulo 2 de su CD.

en un centro de partos, donde hay un personal médico a cargo. Tendemos a confiar mucho en los consejos médicos, de modo que los pronunciamientos del establecimiento médico, basados en la *ideología terapéutica*, tienen un enorme impacto sobre la sexualidad.

El aumento de la influencia de la medicina sobre la sexualidad no se ha tomado a la ligera. La dominación de la teoría e investigación contemporánea que ejerce el modelo biomédico se conoce como la **medicalización de la sexualidad** (Tiefer, 2004). La medicalización tiene dos componentes: ciertas conductas o condiciones se definen en términos de salud y enfermedad, y se da tratamiento médico a experiencias o prácticas problemáticas. La medicalización de la sexualidad masculina se está acelerando debido al desarrollo de fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil y muchos médicos y compañías farmacéuticas buscan la medicalización del trastorno orgásmico femenino intentando hallar una pastilla que lo "cure".

La ley

El sistema legal es otra institución que influye sobre la sexualidad a un nivel macro. El capítulo 22 proporciona una discusión detallada acerca de las leyes que se relacionan con la sexualidad. El punto a enfatizar aquí es que desde la perspectiva sociológica, la ley influye sobre la sexualidad de las personas en una variedad de maneras. En primer lugar, las leyes determinan las normas. En general, pensamos que lo que es legal es correcto y lo que es ilegal es incorrecto. Así, una sociedad en la que la prostitución es ilegal tendrá puntos de vista muy diferentes acerca de ella que una sociedad en donde es legal.

En segundo lugar, las leyes son la base para los mecanismos de control social. Pueden especificar castigos para ciertos actos y así desalentar a las personas a que participen en ellos. Un ejemplo serían los actos sexuales públicos tales como el exhibicionismo o la desnudez en las playas. Uno se pregunta qué tanta gente preferiría estar desnuda en la playa si no temieran que se les arrestara debido a que generalmente la conducta es ilegal y si no temieran la posible publicidad vergonzosa de que sus nombres aparecieran en los periódicos como resultado de un arresto.

En tercer lugar, la ley refleja los intereses de los grupos poderosos y dominantes dentro de una sociedad. En parte, la ley funciona como confirmación de la superioridad de las ideologías de estos grupos dominantes. Considere a los mormones en Estados Unidos. En el pasado, su religión aprobaba la poligamia (que un varón tuviera diversas esposas). Los mormones no se convirtieron en el grupo dominante dentro de la sociedad estadounidense, aunque lo pudieron haber hecho, dado el tipo de reproducción que se puede lograr con la poligamia. Más bien, la tradición judeocristiana era la ideología del grupo dominante, y esa tradición tiene un punto de vista que desaprueba totalmente la poligamia. Acorde a esto, la poligamia es ilegal dentro de Estados

Unidos y se han hecho arrestos de mormones por esa práctica. Así también, uno se pregunta qué tipo de leyes tendríamos relacionadas con la prostitución y con el acoso sexual si la composición de las legislaturas estatales fuese 90 por ciento mujeres en lugar de 90 por ciento varones. Por ejemplo, ¿sería legal la prostitución? ¿O seguiría siendo ilegal pero se consideraría que el cliente varón sería tan culpable o más que la mujer prostituta?

Entonces, en resumen, la perspectiva sociológica se enfoca sobre la manera en que la sociedad o la cultura moldean y controlan nuestras expresiones sexuales, a niveles desde institucionales, como en el caso de la religión y de la ley, hasta el nivel interpersonal de la socialización que llevan a cabo la familia y los padres.

Teoría de la interacción simbólica

Una importante teoría sociológica es la **teoría de la interacción simbólica** (Charon, 1995; Stryker, 1987). Su premisa básica es que la naturaleza humana y el orden social son producto de la comunicación simbólica entre las personas. La conducta de una persona se construye a través de sus interacciones con otros. Las personas se pueden comunicar de manera exitosa entre sí sólo al grado que adjudiquen significados similares a objetos y a personas. El significado que un objeto tiene para una persona depende no de las propiedades del objeto, sino de lo que la persona pueda hacer con él; un objeto adquiere significado sólo en relación con los planes de la persona. Así, la teoría considera que la gente es proactiva y orientada a metas. El logro de la mayoría de las metas requiere de la cooperación de otros.

Esto es especialmente cierto en cuanto a muchas formas de expresión sexual. Por ejemplo, supongamos que una mujer invita a la persona con la que está saliendo a su departamento; ¿qué significado tiene esta invitación? ¿Quiere prolongar la conversación o involucrarse en actividad sexual íntima? Las dos personas tendrán que llegar a un acuerdo en cuanto al propósito de la visita antes de que sea posible cualquier actividad en conjunto. En términos de la teoría, tendrán que desarrollar una *definición de la situación*. Así, para acoplar sus acciones conjuntas y alcanzar un acuerdo, las personas que interactúan entre sí deben reafirmar viejos significados o negociar otros de manera continua.

Central a la interacción social se encuentra el proceso de *toma de roles*, en donde el individuo imagina cómo se ve desde el punto de vista de la otra persona. Por medio de visualizarse a sí mismo y las acciones potenciales desde la perspectiva de la otra persona, es frecuente que podamos anticipar las conductas que nos permitirán alcanzar nuestro objetivo. Una

Medicalización de la sexualidad: proceso mediante el cual ciertas conductas o condiciones sexuales se definen en términos de salud y enfermedad y en que las experiencias o prácticas problemáticas reciben tratamiento médico.

Teoría de la interacción simbólica: teoría que se basa en la premisa de que la naturaleza humana y el orden social son productos de la comunicación entre personas.

Figura 2.8 Según los guiones sexuales de algunas personas, el que un hombre lleve a una mujer a cenar es una escena del primer acto de un guión sexual que incluye el coito como Quinto Acto.



consecuencia de la toma de roles es el autocontrol; nos vemos a nosotros mismos desde el punto de vista de los demás y así nos esforzamos por satisfacer sus estándares y, en el proceso, ejercemos control sobre nuestra propia conducta.

Esta perspectiva enfatiza la importancia de la comunicación simbólica (véase capítulo 10). También nos alerta al esfuerzo mutuo que se requiere para llegar a la definición de una situación. Las críticas a esta teoría incluyen el hecho de que enfatiza el pensamiento racional y conciente, mientras que existe la posibilidad que en el terreno de la sexualidad las emociones sean de suma importancia en las interacciones. Así también, este enfoque muestra a los seres humanos como *individuos dirigidos por otros*, preocupados de manera primordial con satisfacer los estándares de los demás. Una tercera crítica es que no siempre asumimos un rol y nos comunicamos de manera conciente en un esfuerzo por llegar a un acuerdo. En ocasiones, dependemos de nuestras experiencias pasadas y de nuestros hábitos. Las situaciones como las que aquí se describen entran al terreno de la teoría de los guiones.

Guiones sexuales

El resultado de estas influencias sociales es que cada uno de nosotros aprendemos un conjunto de *guiones sexuales* (Gagnon, 1977, 1990; Gagnon y Simon, 1973). La idea es que la conducta sexual (y prácticamente

toda la conducta humana, en dado caso) sigue muchos guiones como lo hace una obra de teatro. Es decir, la conducta sexual es el resultado de un complejo aprendizaje anterior que nos enseña la etiqueta de la conducta sexual. De acuerdo con este concepto, poco en la conducta sexual humana es espontáneo. En lugar de esto, hemos aprendido un elaborado guión que nos dice con quién, qué, cuándo, dónde y por qué hacemos lo que hacemos en términos sexuales. Por ejemplo, la parte de “con quién” del guión nos dice que el sexo debe suceder con alguien del otro género, aproximadamente de nuestra edad, de nuestra misma raza, y así sucesivamente. Incluso la secuencia de nuestra actividad sexual sigue un guión. Entonces, los *guiones* son planes que las personas tienen en la cabeza en cuanto a lo que están haciendo y lo que van a hacer; también son mecanismos que ayudan a las personas a recordar lo que han hecho en el pasado (Gagnon, 1977, p. 6)

¿De qué manera podríamos estudiar estos guiones? ¿Cómo podríamos averiguar si son creencias ampliamente sostenidas acerca de la manera en que nos deberíamos comportar en una situación específica? Una manera de hacer esto es preguntarles a las personas que describan lo que se debería hacer en dicha situación. Unos investigadores preguntaron a estudiantes universitarios varones y mujeres que hicieran una lista de lo que en forma típica harían un hombre o una mujer en una primera cita (Rose y Frieze, 1993). El guión hipotético escrito por muchos de los partici-

pantes incluyó una secuencia central de actos: vestirse, pasar por la persona, llegar a conocerla, evaluarla, comer, establecer contacto físico, e irse a casa. Éste es el guión de la primera cita. El guión también se ve influido por las perspectivas contemporáneas de los roles de género. A los varones se les describió como proactivos y tomando la iniciativa: pasar por la mujer, pagar por la cita, intentar tener algún tipo de contacto físico y pedir una segunda cita. A las mujeres se les caracterizó como reactivas: pasaban por ellas, se les trataba, aceptaban o rechazaban los intentos de contacto físico en la cita y aceptaban o rechazaban una segunda invitación. La naturaleza ampliamente compartida de este guión permite que gente relativamente desconocida interactúe sin complicaciones en una primera cita.

Un estudio intentó identificar la secuencia de conductas sexuales que aparece en el guión para varones y mujeres dentro de la cultura estadounidense (Jemal y Geer, 1977). A diferentes personas se les dieron 25 oraciones, cada una de las cuales describía un suceso dentro de una relación heterosexual. Se les pidió que reordenaran las oraciones en una secuencia que fuese “lo más sexualmente excitante” y después volver a hacerlo para indicar “lo que más probablemente sucedería”. Hubo un elevado grado de acuerdo entre los participantes en cuanto a lo que sería la secuencia. También existió un elevado acuerdo entre varones y mujeres. La secuencia estándar fue besarse, estimulación manual de los senos, estimulación manual de los genitales, estimulación oral de los genitales, coito y orgasmo. ¿Le suena conocido? De manera interesante, no sólo es ésta la secuencia dentro de un encuentro sexual, sino que también es la secuencia que ocurre a medida que una pareja progresa dentro de una relación. Estos resultados sugieren que existen secuencias de conductas determinadas por la cultura que todos hemos aprendido, en mucho como lo sugiere la idea de los “guiones”.

¿Puede usted imaginarse a un hombre joven, en su primera cita, tratando de llevar a cabo la estimulación oral de los genitales de una jovencita antes de que la haya besado? La idea parece sorprendente, e incluso humorística o escandalosa. ¿Por qué? Porque el jovencito está representando el Cuarto Acto antes del Primero.

Los guiones también nos indican el significado que deberíamos darle a un suceso sexual específico (Gagnon, 1990). Los programas de televisión y las películas con frecuencia sugieren, pero no muestran, actividades sexuales entre las personas. ¿Cómo es que le damos sentido a estas caracterizaciones implícitas? Un estudio acerca de la manera en que las mujeres interpretan estas escenas cinematográficas encontró que utilizan guiones. Si la cinta mostraba a una pareja participando en dos acciones que son parte del guión aceptado para el acto sexual (p. ej., besarse y desvestirse entre sí) y después se difuminaba, las observadoras inferían que había ocurrido el coito (Meischke, 1995).

La importancia social de la sexualidad

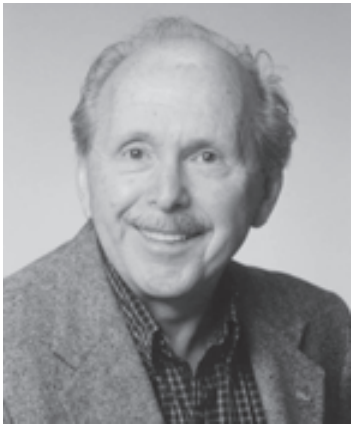
Ira Reiss (1986) ha propuesto una teoría sociológica de la sexualidad humana. Tomando elementos de la teoría de guiones, él define la sexualidad como “respuestas eróticas y genitales producidas por los guiones culturales de una sociedad” (p. 37). Como señala, una teoría sociológica, por el hecho de que presta atención a las influencias sociales sobre la sexualidad, debe poder explicar tanto las variaciones transculturales en sexualidad, como universales transculturales en sexualidad.

Una universal transcultural es que todas las sociedades creen que la sexualidad es importante. Incluso dentro de culturas sexualmente represivas, a la sexualidad se le da gran importancia como algo que es peligroso y que se debe controlar. ¿Por qué se le da tanta importancia a la sexualidad? Muchos teóricos han afirmado que se debe al vínculo entre la sexualidad y la procreación, lo que indudablemente es importante para cualquier sociedad. Sin embargo, Reiss argumenta en contra de esta idea, citando ejemplos de sociedades que no comprenden la conexión entre el sexo y la reproducción, y que aún así dan importancia al sexo. De hecho, hoy en día dentro de Estados Unidos los métodos efectivos de control natal

Figura 2.9 De acuerdo con la teoría sociológica de Reiss, el sexo es importante para nosotros debido a que se asocia con un gran placer físico y con la autodivulgación.



Figura 2.10 Ira Reiss, quien propuso una teoría de las influencias sociales y culturales sobre la sexualidad.



nos han permitido separar gran parte de la sexualidad de la reproducción pero aún así pensamos que el sexo—incluso el sexo no reproductivo—es importante.

La explicación de Reiss para la importancia universal del sexo tiene dos componentes: (1) la sexualidad se asocia con un gran placer físico y (2) las interacciones sexuales se asocian con una gran autodivulgación que implica no sólo mostrar el propio cuerpo, sino también hacerlo en íntima interacción con los propios pensamientos y sentimientos. Los humanos parecemos encontrar un valor intrínseco en los placeres físicos del sexo y en la satisfacción psíquica de las autodivulgaciones que se asocian con el mismo: de

allí su importancia.

Según Reiss, la sexualidad se vincula a las estructuras de cualquier sociedad en tres áreas: el sistema de parentesco, la estructura de poder y la ideología de la sociedad.

Primero, dado que la sexualidad es la fuente de la reproducción, siempre se liga con el *parentesco*, y todas las sociedades buscan mantener el orden social por medio de sistemas estables de parentesco. Este vínculo es la explicación de los celos sexuales, que son universales en un sentido transcultural aunque existen en diversas formas. Los celos son una manera de establecer los límites de una relación que se considera de gran importancia, lo suficientemente esencial como para no deberse vulnerar. De manera típica, el matrimonio es una relación de este tipo y los celos dentro del matrimonio a causa de aventuras extramaritales existen en todas las sociedades humanas. Los parientes definen cuáles relaciones son aceptables o no e imponen las reglas resultantes. Más que esto, todas las sociedades cuentan con formas estructuradas para manejar este tipo de celos. Aún en las sociedades que practican la poligamia, se desarrollan rituales para minimizar los celos entre las esposas: por ejemplo, el marido debe dormir una noche con una esposa, la siguiente con otra,

y así sucesivamente, y ha violado las normas si pasa dos noches con la misma esposa. Por tanto, Reiss discute que ninguna sociedad podrá eliminar los celos sexuales ya que los celos son una afirmación de la importancia que los grupos de parentesco y los individuos le dan a una relación específica tal como el matrimonio.

Segundo, la sexualidad siempre se liga con la *estructura de poder* de una sociedad. Reiss define el poder como la capacidad de influir en otros y lograr los propios objetivos aún cuando exista oposición de otra persona. Los grupos de poder de cualquier sociedad generalmente intentan controlar la sexualidad de los menos poderosos. Los varones son más poderosos que las mujeres en la mayoría de las sociedades, de modo que la sexualidad se vincula con los roles de género y los varones ejercen control sobre la sexualidad femenina. De manera interesante, las investigaciones transculturales muestran que mientras más se acerquen las mujeres en poder a los varones, más libertad sexual tendrán las mujeres; en sociedades en las que las mujeres tienen poco poder, su sexualidad está enormemente restringida.

Tercero, la sexualidad se vincula cercanamente con las *ideologías* de una cultura. Reiss define la *ideología* como las suposiciones fundamentales acerca de la naturaleza humana. Las sociedades definen cuidadosamente cuáles prácticas sexuales son normales o anormales y cuáles son correctas o incorrectas. Algunas sociedades definen a la homosexualidad como anormal, mientras que otras la definen como normal, pero el punto es que toda cultura la define en un sentido u otro. De manera similar, algunas sociedades toman una actitud permisiva hacia el sexo premarital tanto para varones como para mujeres, algunas son permisivas hacia los varones, pero no hacia las mujeres, y algunas no son permisivas en lo absoluto. Las ideologías de una cultura definen lo que es sexualmente correcto e incorrecto.

En resumen, la teoría sociológica de Reiss acerca de la sexualidad argumenta que las sociedades consideran que la sexualidad es importante porque se asocia con placer físico y autodivulgación. La sexualidad está fuertemente entrelazada con la estructura de cualquier sociedad debido a sus conexiones con el sistema de parentesco, a las estructuras de poder y a las ideologías de la sociedad.

RESUMEN

Las teorías proporcionan explicaciones para los fenómenos sexuales. Los sociobiólogos suponen que las conductas sexuales humanas son producto de la selección natural dentro de la evolución y así consideran que estos patrones conductuales están bajo un control genético. Los teóricos evolutivos contemporáneos consideran que la conducta es el resultado de la interacción entre mecanismos evolutivos e influencias ambientales.

Entre las teorías psicológicas, la teoría psicoanalítica de Freud supone que la energía sexual, o libido, es la principal influencia sobre la personalidad y la conducta. La teoría del aprendizaje enfatiza la forma en que la conducta sexual se aprende y modifica a través de reforzadores y castigos según los principios del condicionamiento operante. Las técnicas de modificación conductual—terapias que se basan en la teoría

del aprendizaje— se utilizan en el tratamiento de variaciones sexuales y de trastornos sexuales. La teoría del aprendizaje social añade los conceptos de imitación, identificación y eficacia propia a la teoría del aprendizaje. La teoría del intercambio destaca el papel de las recompensas y costos dentro de las relaciones. Los psicólogos cognitivos se centran en los pensamientos y percepciones de las personas, ya sea positivos o negativos, y la manera en que éstos influyen a la sexualidad.

Los sociólogos estudian las formas en que la sociedad influye sobre nuestra expresión sexual. A un nivel

macro de análisis, los sociólogos investigan las maneras en que las instituciones tales como la religión, la economía, la familia, la medicina y la ley influyen a la sexualidad. La teoría de la interacción simbólica enfatiza los procesos de comunicación e interacción. Los guiones sexuales nos proporcionan pautas de conducta en diversas situaciones. Reiss argumenta que toda sociedad considera que la sexualidad es importante a causa de que se asocia con un gran placer físico y con la autodivulgación.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Compare y contraste la manera en que un sociobiólogo, un psicoanalista y un sociólogo explicarían las razones por las cuales la gente interviene en el coito premarital.
2. De las teorías que se describen en el presente capítulo, ¿cuál cree usted que proporciona el mayor discernimiento en cuanto a la sexualidad humana? ¿Por qué?
3. Usted está visitando a su hermana casada y a su familia durante las fiestas. Su hijo de seis años de edad le hace una pregunta: “¿Por qué las mamás se quedan en casa con los niños?” Utilizando los conocimientos que usted ha extraído del capítulo 2, ¿cómo contestaría esta pregunta? ¿Qué ideas acerca de la inversión parental, aprendizaje social o normas sociales y guiones utilizaría para explicar las razones por las cuales, en la mayoría de las culturas, las mujeres llevan a cabo las actividades de crianza infantil?
4. Desde el punto de vista del sociólogo, ¿cómo es que las instituciones sociales han controlado la sexualidad femenina?
5. ¿La teoría de los guiones podría explicar el patrón de conducta homosexual y heterosexual de los varones enambia que se describe en el apartado de tema central 2.1? Explique su respuesta.
6. En el capítulo 1, identificamos un número de diferencias en las conductas sexuales de blancos, afroestadounidenses, latinos y asiaticostatounidenses (véase cuadro 1.2, página 15). ¿Cuál de las teorías que se discutieron en el capítulo 2 puede explicar estas diferencias con mayor facilidad? Escoja una diferencia específica y construya una explicación de la misma que utilice esa teoría. ¿Qué tan bien le sirve la teoría para ayudarle a comprender las diferencias culturales en sexualidad?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Baker, Robin (1996). *Sperm wars: The evolutionary logic of love and lust*. Nueva York: Basic Books. Baker utiliza una serie de viñetas que describen interacciones sexuales a fin de ilustrar las diversas maneras en que es posible que los mecanismos evolutivos hayan influido nuestra selección de parejas, frecuencia de coito, éxito y fracaso de la concepción e infidelidad.

Buss, David M. (1994). *The evolution of desire*. Nueva York: Basic Books. Una presentación detallada de la teoría de las estrategias sexuales y datos consistentes con dicha teoría.

Freud, Sigmund (1943). *A general introduction to psychoanalysis*. Garden City, NY: Garden City Publishing. (Original en alemán, 1917.) Bueno para el lector que quiere una introducción básica a Freud. Para un buen resumen de un solo capítulo, véase Hall, C.S., y Lindzey, G. (1970). *Theories of personality* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.

Gagnon, John H., y Simon, William (1987). Guiones sexuales de contactos oral-genitales. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 1-26. Una interesante discusión y aplicación de la teoría de los guiones.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.psychology.org>

Enciclopedia de psicología; incluye vínculos a lecturas acerca de diversas teorías psicológicas.

<http://www.freud.org.uk>

Museo Freud en Londres; incluye vínculos e información acerca de Freud y de la teoría psicoanalítica.

<http://www.psych.ucsb.edu/research/cep>

Center for Evolutionary Psychology; incluye lecturas acerca de psicología evolutiva.

C A P Í T U L O

3

Investigación sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Temas en la investigación sexual

Muestreo
Confiabilidad de los autoinformes de comportamiento sexual
Evidencia sobre la confiabilidad de los autoinformes
Entrevistas en comparación con cuestionarios
Encuestas con base en la red
Autoinformes en comparación con observaciones directas
Factores externos
Asuntos éticos

Principales encuestas sexuales

El informe Kinsey
La NHSL
Comportamiento sexual en Francia y Gran Bretaña
Una encuesta de sexualidad de los jóvenes afroestadounidenses e hispanos
Encuestas de revistas

Estudios con poblaciones especiales

Coxon: Comportamiento sexual de los hombres gay
Bell, Weinberg y Hammersmith: Homosexuales y heterosexuales

Análisis de contenido en los medios de comunicación

Estudios de laboratorio que utilizan observaciones directas a la conducta sexual

Masters y Johnson: fisiología de la respuesta sexual

Estudios de participantes-observadores

Humphreys: el trato de salón de té
Fiestas S/M

Investigación sexual experimental

Algunos conceptos estadísticos

Promedio
Variabilidad
Promedio comparado con norma
Incidencia comparada con frecuencia
Correlación

Qué es la investigación sino una cita a ciegas con el conocimiento.

—William Henry

En los últimos decenios, la investigación sexual ha logrado avances cada vez mayores y los nombres de Kinsey, y Masters y Johnson se han vuelto palabras de uso común. ¿De qué manera hacen su trabajo los investigadores sexuales? ¿Qué tan válidas son sus conclusiones?

Existen muchos tipos diferentes de investigaciones sexuales, pero básicamente las técnicas varían en cuanto a lo siguiente: (1) si dependen de los autoinformes de las personas acerca de su comportamiento sexual o si el científico observa directamente esta conducta; (2) si se estudia a grandes números de personas (encuestas) o a un pequeño número o, incluso, a un solo individuo (en estudios de laboratorio o estudios de caso); (3) si los estudios se realizan en el laboratorio o en el campo y (4) si la conducta sexual se estudia simplemente según ocurre de manera natural o se realiza algún intento por manipularla de manera experimental.

Posteriormente en este capítulo se considerarán y evaluarán ejemplos de estudios que utilizan todas estas técnicas. Primero se discutirán algunas cuestiones relacionadas con la investigación sexual.

Es importante comprender las técnicas de la investigación al igual que sus fortalezas y limitaciones. Este conocimiento le ayudará a evaluar los estudios que se citan como evidencia para las diversas conclusiones en capítulos posteriores y también le ayudarán a decidir qué tan dispuesto está a aceptar tales conclusiones. Algo que quizás es más importante es que este conocimiento le ayudará a evaluar la investigación sexual futura. Gran parte de la investigación sexual ya se ha llevado a cabo, pero en el futuro se hará mucho más. La información en este capítulo le ayudará a comprender y evaluar la información sexual que aparece dentro de 10 o 20 años. Lo que es más, es frecuente que los medios masivos reporten investigación de poca calidad de manera tan entusiasta como la información de alta calidad. Usted debería estar equipado para percatarse de la diferencia.

Temas en la investigación sexual

Muestreo

Uno de los primeros pasos para realizar investigación sexual es identificar la **población** apropiada que debe estudiarse. ¿La población en cuestión consiste de todos los seres humanos adultos, todos los adultos en el país, todos los adolescentes en el país, todas las personas culpables de delitos sexuales o todas las parejas casadas que son *swingers*? En general, por supuesto, los científicos no pueden obtener datos de todas las

personas dentro de la población y, por ende, toman una **muestra**.

En este punto, las cosas comienzan a ponerse difíciles. Si la muestra es una **muestra aleatoria** o representativa de la población en cuestión y si es una muestra razonablemente amplia, entonces los resultados obtenidos de ella pueden generalizarse con seguridad a la población que se identificó inicialmente. Es decir, si un investigador ha seleccionado realmente de manera aleatoria a 1 de cada

50 adolescentes en el país, entonces es probable que los resultados obtenidos de la muestra sean verdaderos para todos los adolescentes de ese país. Una técnica que se utiliza en ocasiones para obtener tal muestra es un **muestreo probabilístico**.¹ Pero si la muestra incluye solamente a adolescentes con ciertas características —por ejemplo, sólo aquellos cuyos padres estarían de acuerdo en permitirles la participación en una investigación— entonces los resultados obtenidos de esa muestra quizá no sean verdaderos de todos los adolescentes. El muestreo ha sido un grave problema en la investigación sobre sexualidad.

De manera típica, el muestreo se realiza en tres fases: se identifica la población, se adopta un método para obtener la muestra y se contacta a las personas en la muestra y se solicita su participación. Las técnicas científicas de la segunda fase —obtención de una muestra—

¹Una discusión detallada del muestreo probabilístico va más allá del espectro de este libro. Para una buena descripción de este método según se aplica a la investigación sexual, véase Cochran *et al.* (1953). En resumen, con una muestra aleatoria, cada individuo de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido. Con una muestra probabilística, los investigadores pueden determinar una mayor probabilidad de incluir a ciertos grupos, una técnica llamada *sobremuestreo*. Por ejemplo, si tuviésemos financiamiento para entrevistar a 1 000 personas en Estados Unidos, una muestra aleatoria produciría sólo aproximadamente 120 personas negras y 130 personas latinas, porque estos grupos constituyen cerca del 12 y 13 por ciento de la población, respectivamente. No tendríamos confianza en llegar a conclusiones sobre los afroestadounidenses o los latinos con base únicamente en 120 o 130 personas, de modo que podríamos decidir que utilizaremos un muestreo probabilístico y daríamos a afroestadounidenses y latinos una doble probabilidad de inclusión en comparación con los blancos. La muestra resultante de 1 000 personas incluirá a 240 afroestadounidenses, 260 latinos y 500 euroestadounidenses y podríamos sentirnos más confiados en llegar a conclusiones acerca de cada grupo. Podemos realizar un sobremuestreo todavía mayor en el caso de los estadounidenses de origen asiático y de origen indígena, quienes constituyen porcentajes aún menores de la población de Estados Unidos.

Población: un grupo de personas que un investigador desea estudiar y sobre el que desea hacer inferencias.

Muestra: una parte de la población.
Muestra aleatoria: un excelente método de muestreo en investigación, en el que cada miembro de la población tiene la misma oportunidad de ser incluido dentro de la muestra.

Muestreo probabilístico: excelente método de obtención de muestras en una investigación, en el que cada miembro de la población tiene una probabilidad conocida de ser incluido dentro de la muestra.

Problema de negativa o falta de respuesta:

el problema de que algunas personas se negarán a participar en una encuesta sobre sexo, por lo cual se dificulta la obtención de una muestra aleatoria.

Sesgo del voluntario: sesgo en los resultados de una encuesta sobre sexo que surge cuando algunas personas se niegan a participar, de modo que aquellos que permanecen en la muestra son voluntarios que en ciertos sentidos pueden diferir de aquellos que se niegan a participar.

están, para este momento, bastante bien desarrolladas y no deberían representar un problema, siempre y cuando los investigadores las usen. Sin embargo, lo que resulta ser el problema más espinoso ocurre en la última fase: obtener la participación de las personas identificadas para la muestra. Si cualquiera de esas personas se niega a participar, entonces se arruina la gran muestra

de probabilidad. A esto se le denomina el **problema de negativa o falta de respuesta**. Como resultado, el investigador está estudiando esencialmente a voluntarios; es decir, a personas que están de acuerdo en participar en la investigación. Por ende, los resultados de la investigación pueden contener un **sesgo del voluntario**. En las investigaciones realizadas de manera informal, como el informe Hite (Hite, 1976, 1981), la tasa de respuesta fue únicamente del 3 por ciento, lo cual hace imposible que se llegue a ninguna conclusión acerca de la población en la que se basó la muestra. El problema de la negativa en la investigación sexual es difícil, dado que no existe una manera ética de forzar a las personas a participar cuando no desean hacerlo.

El problema del sesgo del voluntario no sería tan grande si aquellos que se niegan a participar fueran idénticos en su comportamiento sexual a aquellos que participan. Pero parece probable que aquellos que se niegan a participar difieran en ciertos sentidos de quienes sí están de acuerdo en hacerlo, y eso implica que la muestra está sesgada. La evidencia sugiere que los voluntarios que participan en investigación sexual tienen actitudes más positivas sobre la sexualidad y tienen mayor experiencia sexual que las personas que no desean participar; por ejemplo, se masturban con mayor frecuencia y tienen más parejas sexuales (Morokoff, 1986; Strassberg y Lowe, 1995; Wiederman, 1993; Wiederman *et al.*, 1994). Además, las mujeres

están en menor probabilidad de prestarse como voluntarias para la investigación sexual en comparación con los varones (p. ej., Wiederman *et al.*, 1994), de modo que las muestras de mujeres tienen una selección aún más elevada que las muestras masculinas. En suma, el sesgo del voluntario tiene el potencial de convertirse en un problema grave cuando intentamos llegar a conclusiones basadas en la investigación sexual.

El cuadro 3.1 muestra qué tan diferentes pueden ser los resultados de las encuestas sexuales, dependiendo del cuidado que se ponga en realizar el muestreo (Greeley, 1994). El cuadro muestra resultados del informe Janus (Janus y Janus, 1993), en el cual se utilizaron métodos de muestreo tan casuales que los investigadores terminaron con lo que algunos llaman una "muestra de conveniencia". Incluyeron a voluntarios que acudieron a los consultorios de terapeutas sexuales y a amigos reclutados por los voluntarios originales. Este informe contrasta con la muestra de probabilidad obtenida en la General Social Survey (Encuesta social general) realizada en 1993 por la Universidad de Chicago. Nótese que en la muestra de conveniencia del informe Janus se reporta un nivel considerablemente superior de actividad sexual, en comparación con la muestra de probabilidad. Esta diferencia es especialmente pronunciada entre los ancianos. Las muestras de conveniencia simplemente no nos proporcionan una imagen muy precisa de lo que está sucediendo en la población general.

Confiabilidad de los autoinformes de comportamiento sexual

La mayoría de los investigadores sexuales no han observado directamente la conducta sexual de los participantes en sus investigaciones. En lugar de ello, la mayoría han dependido de los autoinformes de los participantes acerca de sus prácticas sexuales. La pregunta es: ¿qué tan precisos son los informes de las personas acerca de su comportamiento sexual? Es posible que ocurran diversos tipos de imprecisiones y éstas representan un problema para las encuestas sexuales. Estos problemas se discuten a continuación.

Cuadro 3.1 Porcentaje de personas que informan haber tenido relaciones sexuales cuando menos una vez por semana: comparación de una muestra de conveniencia con una muestra de probabilidad

| Edad | Hombres | | Mujeres | |
|----------------|-------------------------|--|-------------------------|--|
| | Muestra de conveniencia | Muestra probabilística (Encuesta social general) | Muestra de conveniencia | Muestra probabilística (Encuesta social general) |
| 18–26 | 72% | 57% | 68% | 58% |
| 27–38 | 83 | 69 | 78 | 61 |
| 39–50 | 83 | 56 | 68 | 49 |
| 51–64 | 81 | 43 | 65 | 25 |
| Más de 65 años | 69 | 17 | 74 | 6 |

Fuente: Greeley (1994).

Distorsión propositiva

Si usted fuera un entrevistador en un proyecto de investigación sobre sexualidad y un hombre de 90 años le dijera que él y su esposa hacen el amor dos veces al día, ¿le creería o sospecharía que es posible que esté exagerando un poco? Si una mujer de 35 años le dijera que nunca se ha masturbado, ¿le creería o sospecharía que se ha masturbado pero que no está dispuesta a admitirlo?

Es posible que los encuestados en investigaciones sexuales realicen, por una razón u otra, una **distorsión propositiva**, dando de manera intencional autoinformes que son distorsiones de la realidad. Estas distorsiones pueden ir en una de dos direcciones. Es posible que las personas exageren su actividad sexual (una tendencia hacia la *amplificación*) o pueden minimizar su actividad sexual u ocultar el hecho de que han hecho ciertas cosas (*ocultamiento*). Por desgracia, no sabemos si la mayoría de la gente tiende hacia la amplificación o hacia el ocultamiento.

La distorsión es un problema básico cuando se utilizan autoinformes. Para reducir al mínimo la distorsión, se debe insistir a los participantes sobre el hecho de que, debido a que el estudio se utilizará para propósitos científicos, sus informes deben ser tan precisos como sea posible. También debe garantizárseles que sus respuestas serán totalmente anónimas; esto es necesario, por ejemplo, para que un político no se

sienta tentado a ocultar una aventura extramarital o antecedentes de sexo con animales por temor a que la información se utilice para chantajearlo.

Pero incluso si todos los encuestados fuesen muy veraces e intentaran dar información tan precisa como fuera posible, dos factores podrían seguir causando que sus autoinformes sean imprecisos: la memoria y las dificultades con las estimaciones.

Memoria

Algunas de las preguntas hechas en encuestas sobre sexualidad requieren que los encuestados recuerden cómo era su comportamiento sexual muchos años atrás. Por ejemplo, algunos de los datos que tenemos acerca de la conducta sexual en la infancia provienen del estudio de Kinsey, en el que se preguntó a los adultos acerca de su conducta sexual infantil. Esto podría implicar pedirle a un hombre de 50 años que recuerde a qué edad comenzó a masturbarse y con cuánta frecuencia lo hacía cuando tenía 16 años de edad. Podría ser difícil recordar con precisión tales datos. La alternativa es preguntarle a la gente acerca de su comportamiento sexual actual, aunque obtener datos como estos de los niños hace surgir graves problemas éticos y prácticos.

Distorsión propositiva: proporcionar información falsa de manera propositiva en una encuesta.

Figura 3.1 Confiabilidad de los autoinformes de la conducta sexual. Si usted estuviera entrevistando a este hombre en una encuesta sobre sexualidad y él le dijera que nunca se ha masturbado, ¿le creería o pensaría que está ocultando un comportamiento que se considera tabú?



Dificultades con las estimaciones

Una de las preguntas que han hecho los investigadores sexuales es: ¿cuánto tiempo, en promedio, ocupa usted en el preámbulo erótico antes del coito? Si a usted se le hiciera esta pregunta, ¿qué tan precisa sería la respuesta que considera que podría dar? De inicio, es bastante difícil estimar el tiempo e incluso es más difícil hacerlo cuando se está realizando una actividad absorbente. La cuestión es que en algunas encuestas sexuales, a las personas se les pide que proporcionen estimados de aspectos que probablemente no pueden estimar con mucha precisión. Esto puede ser otra fuente de imprecisión en los datos de los autoinformes.

Evidencia sobre la confiabilidad de los autoinformes

Los científicos han desarrollado varios métodos para evaluar qué tan confiables o precisos son los informes de las personas (Catania *et al.*, 1995). Uno de los métodos es la **confiabilidad test-retest**, en donde al encuestado se le hace una serie de preguntas y después se le hace el mismo conjunto de preguntas luego de que ha transcurrido cierto periodo; por ejemplo, una semana o un mes. La correlación² entre las respuestas en ambas ocasiones (test y retest) mide la confiabilidad de las respuestas. Si las personas responden de manera

Confiabilidad test-retest: método para examinar si los autoinformes son confiables o precisos; se entrevista a los participantes (o se les aplica un cuestionario) y luego se les entrevista una segunda vez algún tiempo después para determinar si sus respuestas son iguales en ambas ocasiones.

Autoentrevista asistida por computadora (AEAC): método de obtención de datos en el que la persona responde a cuestionarios en una computadora. En el caso de niños pequeños o individuos con capacidades deficientes para la lectura se pueden añadir audífonos y una pista de sonido.

idéntica en ambas ocasiones, la correlación sería de 1.0, lo cual significa una confiabilidad perfecta. Si no existiera ninguna relación en absoluto entre lo que dijeron la primera vez y lo que dijeron la segunda, la correlación sería de 0, lo cual significa que las respuestas no tendrían ninguna confiabilidad.

En un estudio, se entrevistó a muchachas afroestadounidenses y latinas entre los 12 y 14 años de edad acerca de sus experiencias sexuales y después se les volvió a entrevistar luego de transcurrir tres semanas (Hearn *et al.*,

2003). La confiabilidad test-retest fue de 0.84 con respecto a la edad que tenían cuando se enamoraron por primera vez y de 0.95 para la edad en la que tocaron por primera vez un pene, lo cual indica una excelente confiabilidad. Otra investigación indica en general que los entrevistados proporcionan sus mejores estimaciones acerca de intervalos cortos y recientes de tiempo (Catania *et al.*, 1990a).

Otro método para evaluar la confiabilidad implica obtener informes independientes de dos personas que comparten la actividad sexual, como maridos y esposas. Kinsey fue el primero en utilizar este método y a

finales de los decenios de 1930 y 1940, entrevistó a 706 parejas. Los informes de datos objetivos —como el número de años que llevaban casados, cuánto tiempo estuvieron comprometidos antes de casarse y cuánto tiempo transcurrió entre su matrimonio y el nacimiento de su primer hijo— mostraron una concordancia perfecta o casi perfecta. Sin embargo, como se señala antes, algunas otras preguntas requerían estimaciones de cosas que podrían ser difíciles de estimar y la coincidencia fue menor para tales preguntas.

De manera más reciente, los autores utilizamos el mismo método para verificar la coincidencia entre cónyuges (Hyde *et al.*, 1996). En un reactivo sencillo como si habieran tenido relaciones sexuales en el último mes, hubo un acuerdo del 93 por ciento. Al informar sobre algo que requiere una estimación un poco más difícil, el número de veces que realizaron el coito en el último mes, la correlación fue de 0.80, lo cual todavía indica una buena confiabilidad.

Entrevistas en comparación con cuestionarios

En las encuestas sexuales a gran escala se han utilizado tres métodos para obtener los datos: entrevista frente a frente, entrevista telefónica y cuestionario por escrito. Cada uno de estos métodos tiene ciertas ventajas en comparación con los demás (Catania *et al.*, 1995).

La ventaja del método de entrevista, en particular la entrevista frente a frente, es que el entrevistador puede establecer *rapport* con el respondiente e intentar convencer a la persona que la investigación vale la pena y sobre la necesidad de ser honesto. Un entrevistador también puede variar la secuencia de las preguntas, dependiendo de la respuesta de la persona. Por ejemplo, si un individuo mencionó haber tenido una experiencia homosexual, a esta respuesta le seguirían una serie de preguntas acerca de la experiencia; tales preguntas se omitirían si la persona informase que no ha tenido ninguna experiencia homosexual. Es difícil obtener este tipo de flexibilidad en un cuestionario impreso. Por último, es posible aplicar las entrevistas a personas que no pueden leer o escribir.

Los cuestionarios son mucho menos costosos, ya que no requieren de la contratación de entrevistadores para ocupar las muchas horas que se necesitan para entrevistar de manera individual a los entrevistados. También es posible que los entrevistados sean más honrados al responder a un cuestionario porque son más anónimos.

Una reciente innovación es el método de **autoentrevista asistida por computadora (AEAC)**, que se puede combinar con un componente de audio, de modo que el respondiente no sólo lee sino que también escucha las preguntas. Este método ofrece la privacidad del cuestionario por escrito mientras que, al mismo tiempo, permite la participación de individuos con capacidades deficientes para la lectura. La computadora puede programarse para seguir secuencias diversas de preguntas dependiendo de las respuestas de los entrevistados, al igual que lo hace un entrevistador humano.

²El concepto estadístico de correlación se analiza en la última sección de este capítulo.

¿Qué dicen los datos acerca de cuál método funciona mejor para los investigadores sexuales? Varios investigadores han comparado los resultados obtenidos utilizando los dos métodos diferentes de entrevista. Por ejemplo, en un estudio, la tasa de informe de la violación fue casi del doble (11 por ciento) en una entrevista frente a frente en comparación con una entrevista por teléfono (6 por ciento) (Koss *et al.*, 1994, p. 174). Este hallazgo parece indicar que los entrevistadores pueden establecer mejor el *rapport* y la confianza en persona que por teléfono. En un estudio que evaluaba la conducta sexual riesgosa entre hombres gay, se aplicaron tanto entrevistas frente a frente como cuestionarios por escrito a todos los participantes (Siegel *et al.*, 1994). Fue más probable que se informaran las conductas más riesgosas cuando se trataba de un cuestionario que en la entrevista. Fue evidente que las personas se sentían un poco más libres de reportar información particularmente confidencial en un cuestionario escrito, que era más privado, que ante un entrevistador. Muchos expertos en la investigación sexual recomiendan que se utilice una entrevista frente a frente para obtener *rapport* y que ésta se combine con un cuestionario por escrito durante la entrevista para detectar información particularmente confidencial (Laumann *et al.*, 1994; Siegel *et al.*, 1994).

Encuestas con base en la Red

La posibilidad de tener encuestas que se puedan aplicar en sitios de Internet ha abierto toda una nueva época en la investigación sexual. En comparación con otros métodos de aplicación de entrevistas, las encuestas con base en la Red tienen muchas ventajas pero también algunas desventajas (Gosling *et al.*, 2004; Kraut *et al.*, 2004; Mustanski, 2001; Ochs *et al.*, 2002).

Las encuestas sexuales con base en la Red pueden reclutar a muestras mucho más amplias que los estudios tradicionales con entrevistas o cuestionarios. Por ejemplo, una encuesta de Internet dirigida a lesbianas, varones gay y personas bisexuales produjo 2 800 encuestas completas en dos meses (Mustanski, 2001). Y las encuestas por la Red tienen el potencial de producir muestras más amplias que los métodos tradicionales de encuesta. Por ejemplo, si usted estuviera realizando una encuesta con métodos tradicionales sobre la sexualidad de los estudiantes universitarios, es probable que tomase una muestra de estudiantes en su propia escuela o universidad. En caso contrario, si usted aplicase el cuestionario en la Red, podría tener una muestra de escuelas y universidades de todo su país y, de hecho, de todo el mundo. Estos nuevos métodos abren emocionantes posibilidades en cuanto a la investigación transcultural.

Las encuestas con base en la Red tienen ventajas particulares para estudiar a poblaciones especiales definidas por su comportamiento sexual, en particular si el comportamiento se considera tabú. Por ejemplo, los estudios tradicionales con lesbianas y varones gay

han utilizado métodos como el reclutamiento de la muestra a través de organizaciones de activismo gay y bares para homosexuales. Estos métodos han sido criticados debido a que omiten de la muestra a los varones gay que están “en el clóset” y a aquellos que no participan activamente en organizaciones o asisten a los bares. Los homosexuales “de clóset” tienen el mismo acceso a las encuestas de Internet y pueden responderlas de manera sumamente anónima, respetando sus propias decisiones de no revelar su orientación sexual. Por ende, los métodos en la Red pueden acceder a esta población que antes se había estudiado muy poco y pueden producir una muestra mucho más amplia de lesbianas y varones gay. Los métodos en la red también pueden localizar a minorías sexuales estigmatizadas, como aquellos implicados en sadomasoquismo, ataduras y disciplina, mediante reclutar a los participantes a través de comunidades virtuales y sitios de Internet diseñados para ese grupo sexual particular.

Por tanto, las encuestas con base en la Red tienen fortalezas sustanciales en lo tocante al muestreo. No obstante, siguen dependiendo de los autoinformes que, como hemos visto antes, pueden tener cierto grado de imprecisión.

Las encuestas con base en la Red tienen la capacidad de eliminar influencias externas sobre las respuestas (las cuales se analizan en la siguiente sección). Por ejemplo, el género u origen étnico del entrevistador pueden influir en las respuestas de un individuo, pero estos factores se eliminan en un cuestionario aplicado por Internet.

En comparación con los métodos tradicionales de encuesta, las encuestas con base en la Red tienen ventajas sustanciales en cuanto a costos y eficiencia. El costo básicamente implica el trabajo de diseñar el cuestionario y colocarlo de manera efectiva en la Red. No hay necesidad de contratar entrevistadores o imprimir y enviar por correo los cuestionarios.

¿Todas estas ventajas tienen aparejada cualquier desventaja? Se introduce cierto sesgo porque no todo el mundo tiene acceso a Internet. El acceso aumenta cada día, pero los usuarios de Internet siguen teniendo, en promedio, ingresos económicos mayores que el promedio nacional. No obstante, las muestras de Internet son considerablemente más diversas que las muestras de estudiantes universitarios utilizados en la mayoría de las investigaciones. El investigador carece de control sobre el ambiente en el que la persona responde al cuestionario, algo que se puede controlar en las entrevistas personales, pero no en los cuestionarios enviados por correo. Por ejemplo, es posible imaginarnos que un grupo de universitarios pertenecientes a una fraternidad respondan juntos una encuesta sexual de Internet y que se diviertan falseando las respuestas. Los individuos podrían responder en múltiples ocasiones o podrían, de hecho, tratar de sabotear o sesgar los datos para mostrar un resultado particular. Es posible incluir verificaciones internas dentro de la secuen-

cia de preguntas para detectar los patrones de falseamiento de respuestas y se han diseñado métodos para detectar la repetición de los encuestados. Sin embargo, estos problemas continúan siendo una fuente de preocupación.

Por ende, en términos generales, las encuestas con base en la Red ofrecen ventajas sustanciales con respecto a los métodos tradicionales de encuesta. Los investigadores tendrán que continuar vigilando y controlando los problemas potenciales, como la repetición de respondientes.

Autoinformes en comparación con observaciones directas

Como señalamos antes, una de las principales maneras de clasificar las técnicas de investigación sexual es a través de saber si el científico dependió de los autoinformes de las personas acerca de su conducta sexual o de si ha observado directamente ese comportamiento.

Los problemas de los autoinformes se acaban de discutir hace un momento. En una palabra, los autoinformes pueden ser poco precisos. Las observaciones directas —como las realizadas por Masters y Johnson en su trabajo acerca de la fisiología de la respuesta sexual— tienen una importante ventaja sobre los autoinformes en cuanto a que son precisas. No puede intervenir la distorsión propositiva o los recuerdos poco veraces. Por otro lado, las observaciones directas pueden tener su propio conjunto de problemas. Son costosas en términos de dinero y tiempo, con el resultado de que, en general, sólo se estudia a una muestra más bien pequeña. Lo que es más, la obtención de una muestra aleatoria o de probabilidad dentro de la población es incluso más difícil que en la investigación

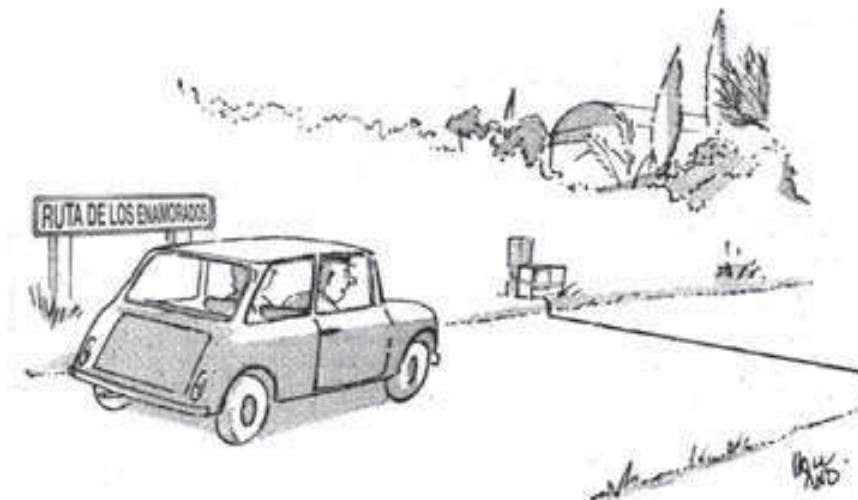
con encuestas. En tanto que algunas personas están reticentes a responder a un cuestionario sobre su conducta sexual, se mostrarán incluso menos dispuestas a acudir a un laboratorio donde un científico observará su comportamiento sexual o donde se les conectará a instrumentos de registro mientras realizan el acto sexual. Por tanto, los resultados obtenidos del grupo poco común de voluntarios que estarían dispuestos a hacer esto no se podrían generalizar al resto de la población. Un estudio mostró que los voluntarios para un estudio de laboratorio acerca de excitación sexual masculina se sentían menos culpables, eran menos temerosos en sentido sexual y tenían más experiencia sexual que aquellos que no se prestaron como voluntarios (Farkas *et al.*, 1978; para resultados similares con mujeres, véase Wolchik *et al.*, 1983).

Las observaciones directas de la conducta sexual en el laboratorio, como las realizadas por Masters y Johnson, implican otro problema: ¿el comportamiento sexual en el laboratorio es el mismo que en la privacidad del propio dormitorio? Por ejemplo, ¿la conducta sexual en el laboratorio podría estar un tanto inhibida?

Factores externos

Diversos factores externos también pueden influir en los resultados de la investigación sexual. Por ejemplo, en las entrevistas sobre comportamiento sexual, existe cierta indicación de que tanto los participantes hombres como las mujeres prefieren a una entrevistadora mujer (DeLamater y MacCorquodale, 1979). Por tanto, factores externos como el género, raza o edad del entrevistador pueden influir en el resultado de la investigación sexual. Los cuestionarios no logran evitar estos problemas, dado que factores tan simples

Figura 3.2 Los investigadores sexuales han intentado diseñar algunos métodos ingeniosos para superar los problemas de los autoinformes.



“Supongo que es otra de esas malditas encuestas de sexo”

Fuente: © Punch/Rothco

como el fraseo de una pregunta, pueden influir en los resultados. En un estudio, a los encuestados se les proporcionó el fraseo estándar o un fraseo de apoyo para algunos reactivos (Catania *et al.*, 1995). Para una pregunta sobre el sexo extramarital, el fraseo estándar era el siguiente:

En cualquier momento mientras ha estado casado (casada) durante los últimos 10 años, ¿tuvo relaciones sexuales con otra persona que no fuese su (esposo/esposa)?

El fraseo de apoyo era el siguiente:

Muchas personas sienten que ser sexualmente fiel con el cónyuge es importante y algunas personas no lo creen así. Sin embargo, incluso aquellos que piensan que ser fieles es importante se han encontrado en situaciones donde terminaron teniendo relaciones sexuales con otra persona que no era su (esposo/esposa). En cualquier momento mientras ha estado casado (casada) durante los últimos 10 años, ¿tuvo relaciones sexuales con otra persona que no fuese su (esposo/esposa)?

El fraseo de apoyo aumentó de manera significativa los informes de sexo extramarital, del 12 por ciento con el fraseo estándar al 16 por ciento con el fraseo de apoyo, si el entrevistador era del mismo género que el entrevistado; el fraseo no hizo diferencia cuando entrevistador y entrevistado eran de géneros diferentes. Los investigadores sexuales deben tener cuidado de controlar estos factores externos de modo que influyan lo menos posible en los resultados.

Asuntos éticos

Existe la posibilidad de problemas éticos implicados en la realización de investigaciones. Los problemas éticos son particularmente difíciles en la investigación sexual debido a que es más probable que las personas sientan que se ha invadido su vida privada cuando se les hacen preguntas de carácter sexual que cuando se les pide que nombren a su candidato presidencial favorito o que memoricen una lista de palabras. Las normas éticas especificadas por el gobierno de Estados Unidos y los reglamentos universitarios implican tres principios básicos: el consentimiento informado, la protección contra el daño y la justicia (véase, por ejemplo, U.S. National Commission, 1978).

Consentimiento informado

Según el principio del **consentimiento informado**, los participantes tienen derecho a que se les informe, antes de participar, cuál es el propósito de la investigación y qué se les pedirá hacer. No se les puede forzar a participar o a continuar. Un investigador no puede coaccionar a las personas a estar en un estudio y el científico tiene la responsabilidad de ocuparse de que todos los participantes comprendan exactamente qué es lo que han acordado hacer. En el caso de niños demasiado

pequeños para dar un consentimiento verdaderamente informado, en general éste se obtiene de los padres.

El principio del consentimiento informado fue adoptado por las organizaciones científicas en el decenio de 1970. Como se discutirá más adelante en este capítulo, en algunos de los estudios más viejos sobre sexualidad se violó este principio.

Protección contra el daño

Los investigadores deben minimizar la cantidad de estrés físico y psicológico ejercido sobre las personas que participan en investigación. Así, por ejemplo, si un investigador debe aplicar choques a sus participantes durante un estudio, debe haber buenas razones para ello. Interrogar a las personas acerca de su comportamiento sexual puede ser psicológicamente estresante y es concebible suponer que se les podría causar cierto daño, de modo que los investigadores deben tener cuidado en reducir al mínimo el estrés implicado en su procedimiento. El principio del *anonimato* de la respuesta es importante para garantizar que los participantes no sufran consecuencias por su participación en la investigación.

Justicia

El principio de justicia en la ética de investigación sostiene que los riesgos de participar en investigación y los beneficios de los resultados de la investigación deberían distribuirse justamente entre los grupos de la sociedad. Por ejemplo, las primeras pruebas de las píldoras anticonceptivas se realizaron con mujeres pobres en Puerto Rico y no con mujeres ricas de Manhattan. Los riesgos no se distribuyeron de manera justa y un grupo particular soportó una carga desproporcionada. Como un segundo ejemplo, la investigación sobre los beneficios potenciales de tomar aspirina para prevenir los infartos al miocardio, se llevó a cabo con muestras totalmente masculinas. Quedó en duda si estos efectos funcionaban también para las mujeres. Por ende, los beneficios de la investigación no se extienden de manera justa a todos. Los investigadores tienen la obligación de asegurarse que realizan su trabajo de una manera que beneficie a un rango de personas lo más amplio posible.

Enfoque de costo-beneficio

Si consideramos los peligros posibles implicados en la investigación sexual, ¿es ético realizarla? Los funcionarios de universidades e instancias de gobierno que patrocinan la investigación sexual deben responder a esta pregunta en todos los estudios propuestos de investigación sobre la sexualidad. De manera típica emplean un **enfoque de costo-beneficio**.

Consentimiento informado:

principio ético en la investigación según el cual las personas tienen derecho a que se les informe, antes de su participación, acerca de lo que se les pedirá hacer en la investigación.

Enfoque costo-beneficio: un enfoque para analizar los aspectos éticos de un estudio de investigación, basado en la ponderación de los costos de la investigación (tiempo de los participantes, estrés para los participantes y demás) contra los beneficios de la misma (obtener conocimiento sobre la sexualidad humana).

Esto es, el estrés para los participantes de la investigación debe minimizarse lo más posible, pero algunas fuentes de estrés siguen existiendo; éstos son los costos. Entonces, la pregunta se vuelve: ¿los beneficios que sean resultado de la investigación serán mayores que el costo? Es decir, ¿los participantes se beneficiarán en algún sentido de participar en el estudio y la ciencia y la sociedad en general se beneficiarán del conocimiento que resulte del estudio? ¿Estos beneficios superan los costos? En ese caso, la investigación es justificable; en caso contrario, no lo es.

Como ejemplo, Masters y Johnson consideraron cuidadosamente estos problemas y concluyeron que los participantes en su investigación se beneficiarían de estar incluidos en ella; recolectaron datos de participantes anteriores que confirmaron esta creencia. Por tanto, el análisis de costo-beneficio sugeriría que su investigación era ética, aunque sus participantes podrían haber sufrido estrés temporal debido a ella. Incluso en un estudio tan cuestionable en sentido ético como el estudio de Laud y Humphreys sobre el trato de salón de té (que se analiza posteriormente en este capítulo), el costo potencial para los participantes deberían ponderarse contra los beneficios que acumula la sociedad por estar informada acerca de este aspecto de la conducta sexual.

Principales encuestas sexuales

En las principales encuestas sobre sexualidad, los datos se obtuvieron de una amplia muestra de personas a través de cuestionarios o entrevistas. El estudio más conocido de este tipo lo realizó Alfred C. Kinsey, de modo que lo consideraremos primero. Sus datos se obtuvieron a finales del decenio de 1930 y durante el decenio de 1940 y, por ende, los resultados son ahora de interés principalmente histórico. Sin embargo, Kinsey documentó sus métodos con extraordinario cuidado, de modo que su investigación es un buen ejemplo a estudiar tanto por los elementos buenos como por los elementos malos de las encuestas.



Observe el video "Alfred Kinsey" en el capítulo 3 de su CD para aprender más acerca de este polémico investigador.

El informe Kinsey

La muestra

Kinsey (véase Tema central 3.1) y sus colaboradores entrevistaron a un total de 5 300 varones y sus respuestas se informaron en *Sexual Behavior in the Human Male* (1948); 5 940 mujeres contribuyeron a *Sexual Behavior in the Human Female* (1953). Aunque se entrevistó a algunas personas negras, en las publicaciones sólo se incluyeron

entrevistas con personas blancas. Las entrevistas se llevaron a cabo entre 1938 y 1949.

De inicio, a Kinsey no le preocupaban mucho los asuntos relativos al muestreo. Su finalidad era simplemente obtener historias sexuales de una variedad de personas tan amplia como fuese posible. Comenzó a realizar sus entrevistas en el campus de la Universidad de Indiana y después avanzó a las grandes ciudades, como Chicago.

Posteriormente, a Kinsey le preocupó más el tema del muestreo y desarrolló una técnica a la que llamó *muestreo del 100 por ciento*. Con este método, contactó a un grupo, obtuvo su cooperación y después logró que cada uno de sus miembros le diera una historia. Una vez que se había obtenido la cooperación de un grupo, la presión entre compañeros garantizó que todos los miembros participarían. Por desgracia, aunque tuvo éxito en obtener una muestra completa de tales grupos, la obtención de los grupos en sí no fue de ninguna manera aleatoria. Así, entre los grupos de los que se obtuvieron muestras al 100 por ciento se encontraban dos hermandades universitarias femeninas, nueve fraternidades universitarias masculinas y 13 grupos profesionales.

En el volumen de 1953 acerca de las mujeres, Kinsey dijo que él y sus colaboradores habían elegido de manera deliberada no utilizar los métodos de muestreo probabilístico debido al problema de la falta de respuesta. Ésta es una suposición legítima. Pero como resultado, casi no tenemos información sobre qué tan adecuada fue la muestra. Se podría decir que el muestreo fue azaroso, pero no aleatorio. Por ejemplo, había más encuestados de Indiana que de ningún otro estado. En general, en la muestra había una representación excesiva de los siguientes tipos de personas: estudiantes universitarios, personas jóvenes, personas con alto nivel educativo, protestantes, personas que vivían en grandes ciudades y personas que vivían en Indiana y en la zona noreste del país. Los grupos con poca representación incluyeron a trabajadores manuales, personas con nivel educativo menor, personas ancianas, católicos romanos, judíos, miembros de minorías raciales y personas que habitaban áreas rurales.

Las entrevistas

Aunque en general los científicos ven con consternación los métodos de muestreo de Kinsey, sus técnicas de entrevista personal son sumamente apreciadas. Más del 50 por ciento de las entrevistas las realizaron Kinsey en persona y el resto de sus colaboradores, a quienes él había entrenado de manera cuidadosa. Los entrevistadores hicieron su mejor intento por establecer rapport con las personas con quienes hablaban y trataban todos los informes con una actitud neutral. También eran hábiles para frasear las preguntas en un lenguaje que fuera fácilmente comprensible. Las preguntas se frasearon de tal manera que alentarán a los

entrevistados a informar cualquier cosa que hubiesen hecho. Por ejemplo, en lugar de preguntar “¿Alguna vez se ha masturbado?”, los entrevistadores preguntaban “¿A qué edad comenzó a masturbarse?” También desarrollaron varios métodos para obtener verificaciones cruzadas del informe de una persona, de modo que se pudiera detectar la información falsa. Wardell Pomeroy nos narra un ejemplo:

Kinsey ilustró esta cuestión con el caso de un varón afroestadounidense de mayor edad quien al principio se mostraba cauteloso y evasivo en sus respuestas. Desde el hecho en que listó varios trabajos inferiores cuando se le preguntó su ocupación y pareció renuente a tratar sobre ninguno de ellos, [Kinsey] dedujo que podría haberse desenvuelto en los bajos fondos, de modo que dio seguimiento preguntándole al hombre si había estado casado. Éste lo negó, a lo cual Kinsey respondió en lenguaje vernáculo e inquirió si alguna vez había “vivido en amasiato”. El hombre admitió que sí lo había hecho y que esto había ocurrido por primera vez cuando tenía 14 años de edad.

“¿Qué edad tenía la mujer?” preguntó [Kinsey]

“Treinta y cinco” admitió, sonriendo.

Kinsey no mostró sorpresa. “Era una prostituta, ¿no es cierto?”, le dijo de manera franca.

Ante esto, los ojos del sujeto se agrandaron. Entonces sonrió por primera vez de manera amistosa y dijo: “Bueno, señor, ya que usted parece saber un poco de estas cosas, se lo diré francamente.”

Después de eso, [Kinsey] obtuvo datos extraordinarios de la historia de este hombre como proxeneta. (Pomeroy, 1972, pp. 115-116)

Kinsey tomó estrictas precauciones para garantizar que las respuestas fueran anónimas y siguieran siéndolo. Los datos se almacenaron en tarjetas IBM, pero con un código que nunca se escribió y que memorizaron solamente unas cuantas personas implicadas de manera directa en el proyecto. Incluso, el equipo de investigación hizo planes de contingencia para destruir los datos en caso de que la policía intentara demandar acceso a los registros para procesar a los participantes.

Dicho en términos sencillos, es probable que las técnicas de entrevista minimizaran la distorsión propositiva. Sin embargo, continuaron existiendo los otros problemas de los autoinformes: los problemas de memoria y de incapacidad para estimar algunos de los números solicitados.

¿Qué tan precisos fueron los datos estadísticos presentados por Kinsey?

Dicho todo esto, ¿qué tan precisos fueron los datos estadísticos presentados por Kinsey? La American Statistical Association designó a un panel de expertos para evaluar los informes de Kinsey (Cochran *et al.*, 1953; para otras evaluaciones, véase Terman, 1948; Wallin, 1949). Aunque en general los miembros del panel consideraron que las técnicas de entrevista habían sido excelentes, se sintieron consternados con la incapacidad de

Kinsey para emplear el muestreo probabilístico y concluyeron, de manera un tanto pesimista, que:

En ausencia del parámetro de un muestreo probabilístico, debe considerarse que los presentes resultados están sujetos a errores sistemáticos de magnitud desconocida, debido al muestreo selectivo (a través del voluntariado y similares). (Cochran *et al.*, 1953, p. 711)

No obstante, también concluyeron que éste era un problema casi irresoluble para la investigación sexual en cuanto a que, incluso si se utilizara un muestreo probabilístico, la negativa a participar seguiría creando problemas graves.

Los estadísticos que evaluaron los métodos de Kinsey consideraron que un aspecto de sus hallazgos podría haber estado particularmente sujeto al error: los niveles generalmente elevados de actividad sexual y, en particular, la elevada incidencia de comportamiento homosexual. Según la opinión de los expertos, estas conclusiones podrían haber estado gravemente influidas por los problemas de muestreo, en particular por la tendencia de Kinsey a buscar personas con prácticas sexuales poco comunes.

Los colaboradores de Kinsey sintieron que el dato estadístico más cuestionable era la incidencia de homosexualidad masculina. Wardell Pomeroy comentó, “El porcentaje mágico de 37 por ciento de varones que habían tenido una o varias experiencias homosexuales fue, sin duda, una sobreestimación” (1972, p. 466).

En resumen, es imposible decir qué tan precisos son los datos estadísticos de Kinsey; quizá sean muy precisos o pueden contener graves errores. Es probable que la cifra más dudosa sea la elevada incidencia de homosexualidad. También, para este momento la encuesta de Kinsey tiene más de 50 años; para una información precisa sobre la sexualidad actual, necesitamos examinar la investigación más reciente.

La NHSL

Desde la época del informe Kinsey, se han realizado muchas encuestas sexuales. Algunas han utilizado métodos descuidados de muestreo; otras provienen de estudios hechos con más cuidado en poblaciones especiales, como adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Lo que se necesitaba era una encuesta nacional a gran escala acerca de la sexualidad, la cual utilizara métodos de muestreo probabilístico, para informarnos cuáles son actualmente los patrones de comportamiento sexual entre los estadounidenses. Tal estudio apareció en 1994. El equipo de investigación fue conducido por Edward Laumann, un distinguido sociólogo de la Universidad de Chicago, y se realizó a través del National Opinion Research Center (NORC), una de las organizaciones más respetadas de realización de encuestas en Estados Unidos. La encuesta se llamó National Health and Social Life Survey. Para simplificar las cosas, llamaremos NHSL a este estudio (Laumann *et al.*, 1994; Michael *et al.*, 1994).

Tema central 3.1

Alfred C. Kinsey

Alfred C. Kinsey nació en 1894 en Nueva Jersey. En secundaria no salió con chicas y sus compañeros recordaban que era el “muchacho más tímido con las niñas que se pudiera pensar”.

Su padre estaba determinado a que Kinsey se volviera ingeniero mecánico. Desde 1912 hasta 1914 intentó estudiar ingeniería mecánica en el Stevens Institute, pero mostró poco talento para esa profesión. En algún momento estuvo a punto de reprobar física, pero llegó a un acuerdo con su maestro, quien aceptó aprobarlo ¡si no intentaba proseguir con estudios avanzados en el campo! En 1914, Kinsey escapó y se inscribió en el Bowdoin College en Maine para seguir a su verdadero amor: la biología. Debido a que esto iba contra los deseos de su padre, Kinsey tuvo que ocuparse de sí mismo en términos económicos.

En 1916 comenzó sus estudios de posgrado en Harvard. Entonces desarrolló un interés en los insectos, especializándose en la avispa irascible. Mientras aún era estudiante de posgrado, escribió un libro decisivo acerca de las plantas comestibles en la parte este de Norteamérica.

En 1920 se dirigió a Bloomington, Indiana, para tomar el puesto de profesor asistente de zoología en la Universidad de Indiana. Ese otoño conoció a Clara McMillen, con quien se casó seis meses después. En poco tiempo tuvieron cuatro hijos.

Debido a su intensa curiosidad y a su enérgica ambición, Kinsey logró rápidamente el éxito académico. En 1926 publicó un texto de biología para educación media, el cual recibió reseñas entusiastas. Para 1936 había publicado dos libros importantes sobre la avispa irascible; éstos establecieron su reputación como la autoridad principal en el campo y contribuyeron no sólo al conocimiento de la avispa irascible sino también a la teoría genética.

Kinsey llegó al estudio de la conducta sexual humana como biólogo. Su viraje hacia el estudio de la sexualidad comenzó en 1938, cuando la Universidad

de Indiana comenzó un curso sobre el “matrimonio”; Kinsey dirigió al comité de académicos que prestaban la enseñanza. Parte del curso incluía conferencias individuales entre estudiantes y académicos, las cuales se volvieron las primeras entrevistas sexuales de Kinsey. Cuando se enfrentó a la enseñanza del curso, también adquirió conciencia de la pasmosa falta de información acerca del comportamiento sexual humano. Por tanto, su investigación fue el resultado, en parte, de darse cuenta de la necesidad de la gente, especialmente joven, en cuanto a información sexual. En 1939 realizó su primer viaje de campo para obtener historias sexuales en Chicago. Su meta vitalicia era obtener 100 000 historias sexuales.

Su trabajo culminó con la publicación de los informes Kinsey en 1948 (*Sexual Behavior in the Human Male*) y en 1953 (*Sexual Behavior in the Human Female*). Aunque la comunidad científica en general recibió este trabajo como una contribución sobresaliente, también provocó que recibiera muchas agresiones.

En 1947, Kinsey fundó el Institute for Sex Research (Instituto de investigación sexual) (también conocido como Kinsey Institute) en la Universidad de Indiana. El instituto fue financiado por una donación de la Fundación Rockefeller y, posteriormente, por las regalías de sus libros. Pero en el decenio de 1950, el Senador Joseph McCarthy, el hostigador de comunistas, estaba en el poder. Éste hombre realizó un ataque particularmente salvaje contra el Instituto y su investigación, afirmando que su efecto era debilitar la moral estadounidense y, con ello, hacer más susceptible al país de caer ante el embate comunista. Bajo su presión, la Fundación Rockefeller retiró su apoyo.

La salud de Kinsey comenzó a debilitarse, en parte como resultado de la enorme carga de trabajo que se había impuesto a sí mismo, en parte debido a que estaba tan involucrado con la investigación que tomó las agresiones de manera personal y en parte porque veía desvanecerse el apoyo financiero para su

El método de investigación implicó una muestra de probabilidad de los hogares en Estados Unidos. Esto excluyó a menos del 3 por ciento de los estadounidenses, así como también a personas que vivían en instituciones (por ejemplo, prisiones, dormitorios universitarios) y a los desamparados. Las personas elegibles eran adultos entre los 18 y 59 años de edad.

Los investigadores obtuvieron un impresionante 79 por ciento de tasa de cooperación. En apariencia, la gran mayoría de personas está dispuesta a responder

a una encuesta sexual cuidadosamente realizada. La tasa de respuesta es particularmente impresionante en vista del hecho de que, hoy en día, incluso las encuestas sobre temas más neutros como las opiniones políticas generalmente tienen una tasa de respuesta de sólo el 75 por ciento.

En un principio, los investigadores habían planeado tomar la encuesta con una muestra de 20 000 personas. Sin embargo, la subvención federal para el proyecto se bloqueó debido a los mismos procesos políticos que

Figura 3.3 a) Alfred C. Kinsey (segundo desde la derecha, sosteniendo el expediente), con sus colaboradores Martin, Gebhard y Pomeroy. b) Liam Neeson representa a Kinsey en la película de 2004, Kinsey.



a)



b)

trabajo. Murió en 1956 a la edad de 62 años debido a insuficiencia cardíaca mientras asistía a una conferencia cuando su médico le había recomendado reposo.

Para 1957, McCarthy enfrentaba el descrédito y los grandes fondos regresaron. En ese momento el Instituto estaba encabezado por Paul Gebhard, un antropólogo que había sido miembro del personal durante muchos años. El Instituto continúa haciendo investigación en la actualidad; también alberga una enorme biblioteca sobre sexualidad y una colección de archivos que incluyen incontables trabajos sobre arte sexual.

En su biografía muy publicitada y divulgadora, James Jones (1997) afirmó que, aunque la imagen pública de Kinsey era la de un hombre casado y esta-

ble, en realidad era homosexual (más precisamente, bisexual) y que practicaba el masoquismo. Según Jones, esto desacredita la investigación de Kinsey. No obstante, la lógica de Jones es fallida, porque es posible evaluar la calidad de los métodos de investigación independientemente de la vida sexual personal de Kinsey. Lo que es más, el hecho de que Kinsey experimentara con la sexualidad puede haber contribuido de manera importante a la calidad innovadora de su investigación.

Fuentes: Christensen (1971); Garhorne-Hardy (1998); Gebhard (1976); Jones (1997).

se describen en el Tema central 3.2. Pudieron obtener recursos de fundaciones privadas, pero sólo lo suficiente para entrevistar a 3 432 personas.

Los datos se obtuvieron a través de entrevistas personales complementadas con cuestionarios breves por escrito que se proporcionaron a los participantes para temas particularmente delicados (como la masturbación) y que se sellaron en un "sobre privado" luego de que se les respondiera. Los investigadores eligieron las entrevistas personales porque sentían que éstas producirían

una tasa mayor de respuesta que utilizar únicamente el cuestionario escrito y que permitirían que los investigadores hicieran secuencias más complejas y detalladas de preguntas de lo que hubiese sido posible utilizando sólo el cuestionario escrito o una entrevista por teléfono.

El equipo de Laumann fue cuidadoso en cuanto a obtener el consentimiento informado de los participantes. Aproximadamente una semana antes, un entrevistador acudía al hogar del participante y se enviaba una carta en la que se explicaba que el propó-

Figura 3.4 El sociólogo Edward Laumann, director del equipo de investigación que realizó el estudio NHLS.



sito de la encuesta era ayudar a “médicos, maestros y orientadores a comprender y prevenir mejor el contagio de enfermedades como el SIDA y a comprender mejor la naturaleza y grado de las conductas sexuales dañinas y sanas en nuestro país” (Laumann *et al.*, 1994, p. 55). Por ende, el propósito se describió de manera clara y honesta a los participantes antes de solicitar su consentimiento. A fin de proteger la confidencialidad, toda la información de identificación de los participantes se destruyó después de la entrevista. Cada participante recibió un pago de 35 dólares por entrevista, la cual duró, en promedio, 90 minutos.

La NHLS es la mejor encuesta sexual de la población general de Estados Unidos que tenemos en la actualidad y sus hallazgos se mencionarán en muchos de los capítulos de este libro. Los investigadores hicieron esfuerzos sobresalientes para utilizar los mejores métodos de muestreo y técnicas de entrevista.

Sin embargo, el estudio tiene algunas limitaciones. Únicamente tomó una muestra de personas entre 18 y 59 años, lo cual no nos proporciona información sobre la sexualidad de los adultos mayores. La muestra no incluyó a suficientes personas de algunos grupos minoritarios estadísticamente pequeños —en

particular, de los indígenas estadounidenses— para calcular estadísticas confiables sobre ellos, de modo que sus datos se omitieron de la mayoría de las tablas de resultados. Es probable que este problema no hubiera ocurrido si se hubiera obtenido financiamiento para la muestra completa de 20 000 personas. Por otro lado, en el caso de otros grupos étnicos minoritarios —afroestadounidenses, latinos y asiáticos estadounidenses— se obtuvo gran cantidad de hallazgos interesantes. Sin duda, hubo ocultación por parte de algunos participantes y tal vez también hubo exageración de su parte, debido a que se utilizaron autoinformes. La habilidad de los entrevistadores y su capacidad para obtener el rapport es crucial para superar tales problemas. Los investigadores informaron que se había entrenado ampliamente a los entrevistadores pero, no obstante, el grado de ocultación, o *subinforme*, se desconoce.

Una crítica a la NHLS es que algunas de las entrevistas ocurrieron con una tercera persona presente, lo cual, obviamente, no es una situación ideal para el informe honesto sobre la sexualidad. Un 79 por ciento completo de las entrevistas se realizaron en privado; 6 por ciento ocurrieron en presencia del cónyuge o pareja y el 15 por ciento restante se realizaron con otra persona presente, en general un hijo o hija de la persona entrevistada (Laumann *et al.*, 1994, p. 568). Los investigadores analizaron los datos para ver si la presencia de otra persona se asociaba con patrones diferentes de informe que podrían sugerir ocultación. De hecho, 17 por ciento de quienes fueron entrevistados en privado informaron dos o más parejas sexuales en el último año, mientras que sólo 5 por ciento de los entrevistados en presencia de otra persona admitieron haber tenido dos o más parejas sexuales. Sin embargo, antes de concluir que los resultados están gravemente distorsionados en esta submuestra en la que hubo un tercero presente durante la entrevista, es importante percatarse de que la presencia de una tercera persona probablemente se asociaba con otros factores. Específicamente, en muchos casos se entrevistó a mujeres que tenían a un hijo preescolar presente cuando no habían podido obtener que cuidara del niño. Por ende, puede ser que las madres de niños preescolares estuvieran simplemente en menor probabilidad de haber tenido parejas múltiples en el último año. Los análisis de Laumann apoyan este punto de vista: cuando se controlaron variables sociales simples, sólo permanecieron unas cuantas diferencias aleatorias en los informes entre aquellos entrevistados en presencia de un tercero y aquellos que fueron entrevistados en privado. Parece poco probable que este problema metodológico haya causado dificultades mayores con los resultados.

Irónicamente, el dato estadístico más polémico fue el mismo que en la investigación de Kinsey, la incidencia de homosexualidad. En el caso de Kinsey, se creyó que los números eran demasiado elevados. En el caso de la NHLS, algunas personas pensaron que eran demasiado bajos. Regresaremos al tema en el capítulo 15.

Tema central 3.2

La política contra la investigación sexual

En octubre de 2003, durante una importante reunión de comité, un miembro de la Casa de Representantes de Estados Unidos, el Representante Mike Ferguson (Republicano de Nueva Jersey), blandió una lista de proyectos de investigación subvencionados por los National Institutes of Health (NIH) que, según afirmaba, eran ridículos y un terrible uso del dinero de los contribuyentes. Según resultó, la lista negra había sido recopilada por la Traditional Values Coalition (Coalición por los valores tradicionales), un grupo religioso de derecha que afirmaba que los contribuyentes lamentarían estos proyectos “aduladores”. Antes de esto, en julio, el Representante Patrick Toomey (Republicano de Pensilvania) había introducido una medida denominada enmienda Toomey para detener el financiamiento de cinco subvenciones específicas, intentando efectivamente detener la investigación. La enmienda fue rechazada por un estrecho margen de dos votos.

Uno de los proyectos de la lista era un estudio realizado en el Kinsey Institute en la Universidad de Indiana, en el que se estudiaban en el laboratorio las respuestas fisiológicas de adultos excitados. Los métodos son similares a aquellos utilizados por Masters y Johnson (véase capítulo 9) y de Heiman (véase capítulo 14). La fundamentación para el estudio del Kinsey Institute implicaba el hecho de que algunos problemas graves en la sociedad actual, como la pedofilia, la atracción sexual de los adultos hacia los niños, implica a personas que se excitan ante estímulos inapropiados. Si hemos de hacer algo para evitar este mal social, debemos comprender los procesos básicos de la estimulación sexual e identificar los estímulos que provocan la excitación, que son exactamente los problemas de los que se ocupaba esta investigación. Sin embargo, la Traditional Values Coalition no podía comprender los méritos de la investigación.

Un segundo estudio implicaba una investigación sobre trabajadoras sexuales estadounidenses de origen asiático y que laboraban en San Francisco. El proyecto investigaba las conductas de riesgo de contraer el VIH que practicaban estas mujeres y su uso de drogas, y

evaluaba una intervención diseñada para reducir la probabilidad de transmisión del VIH. La Traditional Values Coalition consideró que el dinero de los contribuyentes no debería financiar investigaciones como ésta acerca de las trabajadoras sexuales asiaticoen estadounidenses. Sin embargo, los científicos consideran que debemos poner un alto a la epidemia del SIDA y que estas trabajadoras sexuales representan un vector de transmisión que no se ha estudiado y que merece esfuerzos de intervención.

Algunos miembros del Congreso se enfrentaron a sus colegas, especialmente el Representante Henry Waxman (Demócrata de California), quien acusó a la Traditional Values Coalition de McCarthismo científico. Y las organizaciones científicas como la American Association for the Advancement of Science (AAAS) y la American Psychological Association (APA) también estuvieron prestas a alinearse en apoyo de la investigación y en contra de la interferencia política.

También en el otoño de 2003, la División de investigaciones especiales del Comité sobre la reforma del gobierno de la Casa de Representantes de Estados Unidos emitió un informe intitulado *Politics and Science in the Bush Administration*. Este informe detalló el mal uso de los hallazgos científicos para adecuarlos a las metas políticas de la administración Bush, no sólo en áreas como VIH/SIDA y uso de condones, sino también en temas como salud ambiental, calentamiento global y envenenamiento por plomo.

Estos incidentes hacen surgir varias preguntas serias. ¿Cómo podemos vencer problemas tales como la epidemia de SIDA o la pedofilia cuando carecemos de conocimientos precisos sobre los factores que contribuyen a ellos? ¿Se debería permitir que los políticos interfieran con la integridad del proceso de revisión científica hecha por colegas? ¿Los funcionarios electos están calificados para juzgar la diferencia entre investigaciones de buena y de mala calidad?

Fuentes: Clark (2003); Kaiser (2003); Leshner (2003); U.S. House of Representatives Committee on Government Reform (2003), www.reform.house.gov/min.

Comportamiento sexual en Francia y Gran Bretaña

De nuevo, estimulado por una necesidad de obtener mejor información acerca de la conducta sexual para lidiar con la crisis del SIDA, un equipo de investigadores franceses, llamados los Investigadores ACSF, realizó una importante encuesta en Francia (ACSF Investigators, 1992). Los

datos se obtuvieron en 1991 y 1992. Estos investigadores eligieron el método de entrevistas telefónicas, precedidas por una carta que notificaba a los participantes potenciales que habían sido identificados para una muestra representativa. La tasa de respuesta fue del 76.5 por ciento. El resultado fue una muestra de 20 055 adultos cuyas edades abarcaban el rango entre 18 y 69 años.

Figura 3.5 La investigación realizada entre grupos de minoría racial y étnica en Estados Unidos debe ser culturalmente sensible. Por ejemplo, en términos ideales los entrevistadores deberían provenir de los mismos antecedentes culturales que los participantes de la investigación.



Los hallazgos indican que, por ejemplo, 13 por ciento de los hombres en Francia, en comparación con 6 por ciento de las mujeres francesas, tuvieron dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses y, por ende, estuvieron en un riesgo más alto de contraer la infección por VIH.

Una encuesta británica similar fue realizada por Anne Johnson y colaboradores (1992), obteniendo datos de 18 876 hombres y mujeres entre 16 y 59 años que vivían en Inglaterra, Gales y Escocia. Los datos indicaron que, para la muestra completa, 14 por ciento de los varones y 7 por ciento de las mujeres habían tenido múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses. Estas cifras son bastante similares a las obtenidas en la encuesta francesa. Sin embargo, cuando se examina solamente a los jóvenes entre 16 y 24 años, el 27 por ciento de los hombres y 16 por ciento de las mujeres habían tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses, una proporción considerablemente mayor.

Muchos de los datos estadísticos de las encuestas francesa y británica son bastante cercanos a los obtenidos en el estudio NHSL de Estados Unidos.

Una encuesta sexual de los jóvenes afroestadounidenses e hispanos

Kathleen Ford y Anne Norris (1997) llevaron a cabo una encuesta sexual importante con jóvenes afroestadounidenses y latinos de entre 15 y 24 años, residentes de áreas de bajos ingresos en Detroit. Las investigadoras utilizaron excelentes métodos de sondeo, obteniendo una muestra de probabilidad de los hogares en vecindarios de bajos ingresos. Más del 95 por ciento de los 60 entrevistadores eran residentes de Detroit provenientes de minorías étnicas. Los entrevistadores recibieron extenso entrenamiento en habilidades para entrevistar a las personas acerca de temas delicados como la sexualidad.

El estudio se enfocó en las redes de relaciones sexuales de los entrevistados. Aunque se encontró que, en la mayoría de los casos, tanto los latinos como los afroestadounidenses formaban parejas sexuales con otro miembro de su mismo grupo étnico, los latinos estaban en una probabilidad mucho mayor de tener una pareja fuera de su grupo étnico que los afroestadounidenses. En ambos grupos, fue más probable que las mujeres tuvieran parejas de mayor edad que ellas. En estos resultados vemos un patrón de diferencias al igual que de semejanzas en los grupos étnicos.

En otros trabajos, Ford y Norris (1991) han proporcionado extensas discusiones sobre las cuestiones metodológicas que deben tenerse en mente a medida que los investigadores cambian de estudiar a muestras total o mayoritariamente blancas para enfocarse cada vez más en las minorías étnicas en Estados Unidos (véase también Matsumoto, 1994). A continuación presentamos algunos de los temas que estas autoras destacan.

Los participantes deben ser entrevistados por un entrevistador del mismo género y antecedentes étnicos iguales a ellos. Esta práctica es importante para formar rapport y para establecer confianza en la entrevista, elementos que son críticos para obtener respuestas honestas.

El lenguaje es otro problema importante al construir las entrevistas. Muchas personas, incluyendo a aquellas de origen anglosajón, no conocen los términos científicos para los conceptos sexuales. Por tanto, los entrevistadores deben contar con la cantidad adecuada de términos vulgares o de jerga, de modo que puedan ocuparlos si el entrevistado no comprende una pregunta. Cuando se entrevista a personas cuya lengua materna no es el inglés, el problema se vuelve más complejo. Ford y Norris obtuvieron la traducción experta al español de las preguntas de la entrevista. Estas traducciones fueron verificadas por personas tanto mexicanas como puertorriqueñas.

Las diferencias culturales pueden significar que las personas que provienen de grupos étnicos diversos adjudican diferentes significados a los conceptos sexuales. Un ejemplo es la pregunta aparentemente simple: “¿Se clasificaría usted como homosexual, bisexual o heterosexual?” En las culturas de origen

hispano, los hombres que realizan coito anal con otros hombres no son catalogados típicamente como homosexuales en tanto que ellos sean los que realizan la penetración (el receptor definitivamente se cataloga como homosexual) (véase capítulo 15). Por ende, un varón latino que tiene sexo frecuente con otros hombres pero que siempre es él quien realiza la penetración, podría responder de manera bastante veraz que no se clasifica a sí mismo como homosexual.

Las mujeres latinas presentaron algunos desafíos especiales para estas investigadoras. La cultura hispana se caracteriza por roles de género establecidos de manera muy rígida, la concesión de alto valor a la virginidad de las mujeres solteras, y la protección de la mujer al aislarla de las discusiones y conocimientos de índole sexual. De conformidad con estas tradiciones culturales, las latinas de esta muestra parecieron tener el menor conocimiento sexual entre todos los grupos y eran especialmente sensibles acerca de los temas sexuales, lo cual dificultó que se les entrevistara.

En conclusión, la realización de investigación sexual con minorías étnicas en Estados Unidos requiere más que la simple aplicación de las mismas entrevistas a muestras de minorías. También dicta revisiones de metodología que sean sensibles culturalmente a problemas como el origen étnico del entrevistador, el lenguaje utilizado durante la entrevista y la sensibilidad especial de algunos grupos en cuanto a ciertos temas.

Encuestas de revistas

Muchas encuestas sexuales a gran escala han sido realizadas a través de revistas. A menudo la encuesta se publica en un número de la revista y se solicita que los lectores la respondan. Los resultados pueden constituir una enorme muestra, quizá de 20 000 personas, lo cual suena impresionante. ¿Pero estas encuestas de revista son realmente lo que afirman ser?

En las encuestas de las revistas el muestreo simplemente está fuera de control. La encuesta está distribuida sólo entre lectores de la revista y las diferentes revistas tienen clientelas diferentes. Ninguna revista llega a una muestra aleatoria de estadounidenses. Si la encuesta apareció en *Redbook*, estará dirigida a ciertos tipos de mujeres; si apareciera en *Ladies' Home Journal*, iría a otras. Sería arriesgado suponer que las mujeres que leen *Redbook* tienen los mismos patrones que las lectoras de *Ladies' Home Journal*. Para empeorar las cosas, se desconoce la tasa de respuesta. No podemos saber cuántas personas vieron la encuesta y no la respondieron, en comparación con quienes sí lo hicieron. La tasa de respuesta podría ser de algo así como el 3 por ciento. Por ende, ni siquiera se tiene una muestra aleatoria de los lectores de esa revista.

Por ejemplo, consideremos una encuesta que se informó en el número de agosto de 2000 de la revista *Cosmopolitan* (Gilbert, 2000). El encabezado de la portada anuncia "Nuestra mayor encuesta sexual jamás publicada. Miles de chicos revelan qué les hacen tirarse

por la borda (Y sus respuestas te sorprenderán)". La descripción de los métodos en el artículo dice que *Cosmo* encuestó a 60 000 "hombres y mujeres boquiflojos". Esa es una muestra mucho más grande que la del NHLS, pero en las encuestas sexuales, al igual que en otros aspectos de la sexualidad, más grande no significa mejor. ¿Cómo distribuyó *Cosmo* las encuestas? Si se imprimieron en el número anterior, lo cual parece ser una buena suposición, ¿cómo podemos saber la tasa de respuesta? ¿Y cómo fue que tantos hombres recibieron la encuesta, dado que *Cosmo* es una revista dirigida cuidadosamente a un público femenino? Entre quienes respondieron ¿cuántos estaban casados? ¿Cuántos eran solteros? ¿Qué hay con respecto a sus antecedentes étnicos? ¿Qué edades tenían? Por supuesto, estos detalles no son el tipo de situación que *Cosmo* probablemente piensa que interesa a sus lectores. No obstante, podrían haber impreso la información en un pequeño apartado al final del artículo. Más importante aún es el hecho de que estos detalles son cruciales para evaluar si se pueden tomar con seriedad sus afirmaciones.

Por ejemplo, una pregunta inquiría qué pensaba un chico de una chica que tiene sexo en la primera cita. De los hombres encuestados, 44 por ciento dijeron que estaban felices cuando una mujer daba rienda suelta a sus deseos y que no pensarían negativamente de ella, en tanto que estuviera cómoda con su decisión. A partir de esto, ¿podemos concluir que 44 por ciento de los varones estadounidenses no piensan mal de una mujer que se va a la cama con ellos en la primera cita? Esta conclusión requeriría un salto lógico que es demasiado grande como para aventurarse a él. *Cosmo* no estuvo ni siquiera cerca de tener una muestra aleatoria en esta encuesta. Por ejemplo, quizás la muestra fue 99 por ciento blanca. Por tanto, los resultados podrían ser totalmente diferentes para los afroestadounidenses, los asiáticos estadounidenses o los nativos estadounidenses. O quizás los encuestados estaban en su segunda década de vida; entonces los resultados podrían ser totalmente diferentes para los varones mayores de 30 y 40 años.

Por todas estas razones, no sería legítimo inferir que estas estadísticas caracterizan a los varones estadounidenses en general. Podemos continuar con más ejemplos de encuestas de revistas pero, para este momento, la conclusión debería haber quedado clara. Aunque pueden parecer impresionantes debido a su gran número de participantes, las encuestas sexuales de las revistas son, en realidad, deficientes en calidad debido a que la muestra generalmente está gravemente sesgada.

Estudios con poblaciones especiales

Además de los estudios a gran escala de la población estadounidense que se discutieron antes, se han realizado muchos estudios con poblaciones especiales.

Aquí se proporcionan dos ejemplos: el estudio Coxon sobre varones gay en la era del SIDA y el estudio de Bell, Weinberg y Hammersmith sobre lesbianas, varones gay e individuos heterosexuales.

Coxon: comportamiento sexual de los varones gay

El sociólogo británico Tony Coxon (1996) realizó un estudio, llamado Proyecto SIGMA, para comprender el comportamiento sexual de los hombres homosexuales en la era del SIDA. Enfrentó dos problemas excepcionalmente difíciles: el muestreo y la precisión de los autoinformes.

Con respecto al muestreo, primero definió a la población no como varones gay (es decir, hombres que se consideraban a sí mismos gay, que estaban “fuera del clóset” y demás) sino más bien como hombres que tenían sexo con hombres (HSH) en Inglaterra y Gales. ¿Cómo es que un investigador obtiene una muestra aleatoria de tal población cuando nadie tiene una lista conveniente de todos los miembros de la población? Para superar esta dificultad, Coxon subdividió conceptualmente a la población en dos subgrupos: aquellos que estaban relativamente “fuera del clóset” y que eran más activos, a los cuales se podría localizar a través de bares gay, organizaciones de activistas homosexuales y demás; y aquellos que estaban ocultos, quizás en un matrimonio heterosexual, y que no eran de fácil localización. Reclutó a los encuestados del primer grupo, a quienes denominó como fácilmente accesibles, a través de bares y clubes gay. Después utilizó a estos participantes para que nominaran a las personas en la segunda categoría, aquella de más difícil acceso. Una vez que obtuvo a unas cuantas personas en esa segunda categoría, les pidió que nominaran a otros dentro de la misma categoría, una técnica que se conoce como *método “bola de nieve”*. Con estos métodos se reclutó a un total de 385 varones.

A fin de superar algunas de las dificultades de los autoinformes, que se discutieron antes en este capítulo, y para maximizar la precisión, Coxon utilizó el método del *diario continuo*. A cada participante se le proporcionó un diario con múltiples páginas, con una página para cada semana y casillas horizontales para registrar los sucesos de cada día. Las instrucciones en la parte superior de la página le recordaban al encuestado que registrara, en el caso de cada sesión sexual, la hora, el lugar y la pareja (de una lista de parejas que conservaba el encuestado pero a la que se hacía referencia únicamente como P1, P2 y demás en el diario, para preservar el anonimato), una descripción escrita en sus propias palabras acerca de la sesión, la anotación de si había tenido un orgasmo, si había utilizado condones o si se habían utilizado otros “accesorios”, como drogas o juguetes sexuales.

El método del diario supera los problemas de los autoinformes en cuanto a depender de la memoria. También permite una descripción más plena y con-

textualizada de las experiencias sexuales de las personas. En este caso, el libro resultante proporciona un recuento fascinante de las vidas sexuales de los varones gay. Analizaremos en más detalle este estudio en el capítulo 15.

Bill, Weinberg y Hammersmith: homosexuales y heterosexuales.

Bajo el patrocinio del Kinsey Institute en la Universidad de Indiana, los investigadores Allan Bell, Martin Weinberg y Sue Hammersmith realizaron una importante encuesta acerca de los homosexuales y heterosexuales, informando los resultados en su libro *Sexual Preference* (1981). Como lo implica el título del libro, su meta era descubrir qué factores determinan la orientación sexual, ya sea heterosexual u homosexual, de las personas.

Los datos provinieron de entrevistas personales con 979 hombres y mujeres homosexuales y 477 hombres y mujeres heterosexuales, todos ellos habitantes del Área de la Bahía, en San Francisco. Aunque el muestreo tiene una limitación geográfica obvia, Bell y colaboradores justificaron su elección de trabajar en el área de la Bahía ya que les permitía obtener una amplia muestra de homosexuales que podían ser suficientemente abiertos como para cooperar y participar en la investigación. A fin de encontrar a los posibles participantes, los reclutadores —la mitad de ellos también eran gay— visitaron lugares como bares gay; el reclutamiento se realizó asimismo a través de carteles, anuncios en periódicos locales, anuncios por televisión y canalización por parte de personas que ya habían sido entrevistadas para el estudio. Los participantes heterosexuales se obtuvieron con una técnica de muestreo aleatorio.

La entrevista contenía 200 preguntas y requería de tres a cinco horas. Las preguntas se enfocaron en una diversidad de sucesos en la infancia y adolescencia de los entrevistados, donde la meta era utilizar las respuestas para examinar diversas teorías que se habían propuesto para explicar por qué las personas se vuelven homosexuales o heterosexuales. En varios casos, dos preguntas sobre el mismo tema aparecían en diferentes momentos de la entrevista, de modo que se pudiera verificar la confiabilidad de las respuestas del individuo. Algunos encuestados fueron entrevistados de nuevo seis meses después de la entrevista original, para verificar la confiabilidad de los autoinformes. Bell y colaboradores no informaron resultados específicos sobre estas verificaciones de la confiabilidad, pero los investigadores parecieron estar satisfechos con los resultados.

Para el análisis de datos utilizaron una técnica llamada análisis de trayectoria. Para explicar aquí el análisis de trayectoria nos tendríamos que alejar demasiado de nuestra discusión sobre la sexualidad, pero brevemente, ésta es una técnica estadística que permite que se llegue a conclusiones sobre factores causales a partir de datos de correlación. Bell y colaboradores deseaban poner a prueba diversas hipóte-

sis sobre las experiencias y factores ambientales que podrían causar la homosexualidad, sin embargo, sus datos de encuesta eran evidentemente correlativos, por lo que el análisis de trayectoria era una buena solución. Los resultados de este estudio se analizarán en detalle en el capítulo 15, pero como resumen breve de ellos diremos que los investigadores encontraron que los factores ambientales usuales que se han utilizado para explicar la homosexualidad —la relación padre-hijo, la identificación parental y el trauma heterosexual temprano— no se confirmaron con sus datos.

Al evaluar este estudio, se puede ver que se realizó con mayor cuidado y según mejores normas científicas que muchas otras encuestas. Las entrevistas parecen haber satisfecho los mismos estándares elevados que el informe Kinsey que le precede. Se realizaron verificaciones internas de confiabilidad, pero de todos modos se utilizó el método de autoinforme y podrían haber existido problemas de memoria en cuanto a los sucesos ocurridos años antes en la infancia. A pesar de que el muestreo se realizó de manera cuidadosa, sigue siendo problemático. La muestra no se puede considerar aleatoria o representativa de todas las personas gay en Estados Unidos; omite a todos aquellos fuera del “escenario de San Francisco”. Excluye a los homosexuales encubiertos, a aquellos que no frecuentan bares o fiestas gay y que no estuvieron dispuestos a participar en la entrevista de investigación. Este estudio hace surgir el tema de que las investigaciones de poblaciones especiales definidas por su comportamiento sexual —como homosexuales, bisexuales o fetichistas— son esencialmente imposibles de realizar de manera representativa. En primer término, no podemos identificar a todos los individuos de la población y, por ende, es imposible tomar una muestra apropiada de ellos. En contraste, las muestras de la población general, como la utilizada por el NHSL, son más factibles de obtener, aunque no fáciles.

Análisis de contenido en los medios de comunicación

Hasta este punto nos hemos enfocado en los métodos utilizados para analizar las respuestas de las personas. Sin embargo, también hemos reconocido el profundo impacto de los medios masivos de comunicación en la sexualidad de los estadounidenses. Para poder comprender este impacto, necesitamos ser capaces de analizar los medios de comunicación; la técnica estándar para lograr esto se denomina **análisis de contenido** (Reinharz, 1992; Weber, 1990).

El análisis de contenido se refiere a un conjunto de procedimientos utilizados para hacer inferencias válidas sobre un texto. El “texto” podría ser las novelas románticas, las columnas de consejos en la revista *Cosmopolitan*, las letras de la música *rap* o los pro-

gramas televisivos de horarios estelares. Resulta ser que muchos de los mismos problemas metodológicos que se analizan antes también tienen un papel dentro del análisis de contenido.

El muestreo es uno de esos problemas. Supongamos que usted desea hacer un análisis de contenido de las columnas de consejos en la revista *Playboy*. Primero, necesita definir a la población. ¿Desea obtener la muestra del *Playboy* o quiere tomar una muestra de todas las revistas con orientación sexual? Si desea enfocarse únicamente en *Playboy*, entonces seguramente deseará obtener su muestra de columnas de más de un tema. Tendrá que definir el periodo en años de los números de la revista a fin de definir la población. Por último, tendrá que decidir si analizará todas las columnas de consejos de esos años, tomará una muestra únicamente de ciertos años o si su muestra incluirá algunas columnas de algunos números.

El siguiente paso es crear un sistema de codificación. Primero deberá definir la unidad de registro: ¿es la palabra, la oración, el texto completo o quizás temas que se presentan en varias oraciones? Entonces, algo que quizá es más importante, necesitará definir las categorías de codificación. Crear el esquema de codificación implica definir las categorías de contenido básico, cuya presencia o ausencia se registrará, por ejemplo, en las columnas de consejos. Estas categorías de codificación dependerán de la pregunta que usted desee hacer. Por ejemplo, supongamos que su pregunta acerca de un programa televisivo de horario estelar es, ¿cuál es la frecuencia de sexo no marital en comparación con el sexo marital en estos programas? Al crear un esquema de codificación, tendría que definir cuidadosamente cuáles comportamientos observables en televisión se incluyen como “sexo”. Supongamos que usted incluye besos, caricias de las mamas o genitales, coito explícito y coito implícito. Entonces podría codificar cada uno de estos comportamientos según ocurran en una muestra de programas televisivos de horario estelar e indicar, para cada acto, si ocurrió entre personas casadas o no casadas.

La confiabilidad de los datos debe demostrarse en el análisis de contenido de igual manera que debe hacerse en la investigación con participantes humanos. Sin una demostración de la confiabilidad, un crítico podría acusarle de ser tendencioso, por ejemplo al observar bastantes más actos de sexo en los programas de los que realmente ocurrieron. En general se utiliza una medición llamada **confiabilidad intercodificadores**. El investigador adiestra a otra persona en el uso exacto del esquema de codificación. Entonces el investigador y el codificador entrenado codifican, cada uno de manera independiente, una muestra de los textos en el estudio; por ejemplo, 20 de las columnas

Análisis de contenido: conjunto de procedimientos utilizados para hacer inferencias válidas sobre un texto.
Confiabilidad intercodificadores: en el análisis de contenido, la correlación o porcentaje de acuerdo entre dos codificadores que califican de manera independiente los mismos textos.

Figura 3.6 Se han desarrollado métodos precisos para el análisis del contenido en los medios de comunicación.



de consejos o 20 de los programas de horario estelar. A continuación, el investigador calcula una correlación o porcentaje de acuerdo entre los resultados de los dos codificadores, lo cual da la medida de la confiabilidad intercodificadores. Si dos codificadores concuerdan exactamente, la correlación será de 1.0.

El análisis de contenido es una técnica científica poderosa que nos permite saber la manera en que los medios de comunicación presentan a la sexualidad. Por ejemplo, supongamos que su amiga Raquel le dice que está profundamente perturbada de que en los programas estelares de televisión a las mujeres se les represente únicamente en sus roles tradicionales y que esta situación no ha mejorado en absoluto a lo largo de los años. Su otra amiga Tanisha está en desacuerdo, ya que, según dice, es posible que existan todavía algunas imágenes tradicionales de las mujeres, pero hay muchos ejemplos de mujeres en roles poco tradicionales, como los de médicos, y que las representaciones de las mujeres en los medios de comunicación han cambiado mucho a lo largo de los años. ¿Cómo puede decidir quién tiene la razón? Discutirlo no resolverá el debate. Lo que se necesita es un análisis de contenido de los programas estelares en la televisión actual, en el que se cuenten los casos de mujeres en roles tradicionales y no tradicionales, junto con un análisis de los programas estelares de archivo de hace 10 y 20 años. En el capítulo 14 veremos ejemplos de análisis de contenido como estos.

Estudios de laboratorio que utilizan observaciones directas de la conducta sexual

Se han discutido los numerosos problemas asociados con el uso de autoinformes de la conducta sexual en la investigación científica. La principal alternativa para el uso de autoinformes es realizar observaciones directas de la conducta sexual en el laboratorio. Estas observaciones directas superan los principales problemas de los autoinformes: la distorsión propositiva, la memoria imprecisa y la incapacidad de las personas para estimar correctamente o para describir ciertos aspectos de su comportamiento. El ejemplo pionero de este abordaje es el trabajo de Masters y Johnson acerca de la fisiología de la respuesta sexual.

Masters y Johnson: fisiología de la respuesta sexual

William Masters comenzó su investigación sobre la fisiología de la respuesta sexual en 1954. Nadie antes había estudiado la conducta sexual humana en el laboratorio, de modo que este investigador tuvo que desarrollar todas las técnicas necesarias de investigación desde un inicio. Comenzó entrevistando a 188 prostitutas, al igual que a 27 sexoservidores que daban servicio a clientela homosexual. Estas personas le dieron

importantes datos preliminares en los que “describieron muchos métodos para elevar y controlar las tensiones sexuales y demostraron innumerables variaciones en técnicas de estimulación”, algunas de las cuales fueron útiles en el programa posterior de terapia para los trastornos sexuales.

Mientras tanto, Masters inició estableciendo su laboratorio y equipándolo con los instrumentos necesarios: un electrocardiógrafo para medir los cambios en frecuencia cardíaca a lo largo del ciclo sexual, un electromiógrafo para medir las contracciones musculares en el cuerpo durante la respuesta sexual y una medición del pH para estimar la acidez de la vagina durante las diversas etapas de la respuesta sexual.

Muestreo

Masters realizó un avance muy importante cuando decidió que debería ser posible reclutar a participantes normales de la población general y lograr que contribuyeran con ejemplos de su conducta sexual dentro del laboratorio, donde su comportamiento y las respuestas fisiológicas se podrían observar y medir con cuidado. Este abordaje nunca se había utilizado antes, ya que incluso el audaz Kinsey se había conformado con los reportes verbales de las personas acerca de su conducta.

La mayoría de los participantes para la investigación se obtuvieron de la comunidad local simplemente a través de comunicaciones verbales. Masters hizo público en la facultad de medicina y en la comunidad universitaria que necesitaba voluntarios para estudios de laboratorio acerca de la respuesta sexual humana. Algunas personas acudieron debido a que creían en la importancia de la investigación. Algunos, por supuesto, acudieron por curiosidad o porque eran exhibicionistas; a éstos se les descartó en las entrevistas iniciales. A los participantes se les pagó por sus horas en el laboratorio, como es típico en las investigaciones médicas, de modo que muchos estudiantes de medicina y de posgrado participaron porque era una manera de ganar dinero.

De inicio, Masters y su colaboradora, Virginia Johnson, entrevistaron detalladamente a todos los posibles participantes. Las personas que tenían antecedentes de problemas emocionales o que parecían incómodos con el tema del sexo dejaron de acudir después de esta entrevista o fueron eliminados si estaban dispuestos a proseguir. Los participantes también recibieron garantía de que se protegerían cuidadosamente el anonimato y la confidencialidad de su participación. En total, 694 personas participaron en los estudios de laboratorio que se informaron en *Human Sexual Response*. Los hombres tenían edades entre 21 y 89 años, mientras que las mujeres tenían edades entre 18 y 78 años. Participó también un total de 276 parejas casadas, al igual que 106 mujeres y 36 hombres que eran solteros al ingresar al programa de investigación. Las personas

solteras fueron útiles principalmente en los estudios que no requerían del coito, como por ejemplo en los estudios de los mecanismos de eyaculación en los varones y de los efectos de la excitación sexual en la colocación del diafragma en la vagina.

Con toda seguridad, el grupo de personas que estudiaron Masters y Johnson no eran una muestra aleatoria de la población de Estados Unidos. De hecho, se podría imaginar que las personas que estarían de acuerdo en participar en tal investigación serían muy poco comunes. Los datos indican que tenían un mayor nivel de escolaridad que la población general y que la muestra era principalmente blanca, ya que contaba sólo con unas cuantas personas de minorías étnicas. Es probable que dar una retribución económica a los participantes haya ayudado a ampliar la muestra, dado que atrajo a algunas personas que simplemente necesitaban el dinero. La muestra omitió a dos tipos notables de personas: aquellas que no tenían experiencia sexual o que no respondían a la estimulación sexual y aquellas que no estaban dispuestos a que se estudiara su comportamiento sexual en el laboratorio. Por tanto, es posible que los resultados que obtuvieron Masters y Johnson no se puedan generalizar a tales personas.

¿Exactamente qué tan crítico es este problema de muestreo para la validez de la investigación? Masters y Johnson no estaban particularmente preocupados de ello, porque supusieron que los procesos que estaban estudiando eran normativos; es decir, que funcionan esencialmente del mismo modo en todas las personas. Ésta es una suposición común en la investigación médica. Por ejemplo, un investigador que estudia el proceso digestivo no se preocupa de que la muestra esté formada únicamente de estudiantes de medicina, dado que supone que la digestión funciona de la misma manera en todos los seres humanos. Si esta suposición también es cierta con respecto a la fisiología de la respuesta sexual, entonces todas las personas responden de modo similar y no importa que la muestra no sea aleatoria. Todavía queda por verse si esta conjetura es correcta (véase el capítulo 9 para críticas adicionales). No obstante, el problema del muestreo implica que Masters y Johnson no pueden llegar a conclusiones estadísticas con base en su investigación; por ejemplo, no pueden afirmar que X porcentaje de todas las mujeres tienen orgasmos múltiples. Cualesquiera porcentajes tendrían que ser específicos de su muestra y no se pueden generalizar al resto de la población.

En defensa de sus técnicas de muestreo, incluso si hubiesen identificado una muestra probabilística ini-



Observe el video sobre “Masters y Johnson en el capítulo 3 de su CD para aprender más sobre este innovador equipo de investigación.

cial, casi con toda seguridad habrían seguido teniendo una tasa muy alta de negación a participar y se habría arruinado su muestra de probabilidad. En la actualidad, éste parece ser un problema irresoluble para este tipo de investigación.

Técnicas de obtención de los datos

Después de que se les aceptaba para el proyecto, los participantes procedían a la fase de laboratorio del estudio. Primero, tuvieron una “sesión práctica” en la que participaron en actividad sexual dentro del laboratorio en un ambiente de privacidad total, sin que se registrara ningún dato y sin la presencia de ninguno de los investigadores. El propósito de esto era permitir que los participantes se sintieran cómodos con la realización de la conducta sexual en el entorno de laboratorio.

Técnica del observador

participante: método de investigación en el que el científico se vuelve parte de la comunidad que se estudia y hace observaciones desde el interior de la comunidad.

Entonces se registraron las respuestas físicas de los participantes durante el coito, la masturbación y el “coito artificial”. Masters y Johnson lograron un avance técnico importante con el desarrollo de la técnica de coito artificial. En ella, la participante mujer se estimula con un pene artificial construido de plástico transparente, el cual está impulsado por un motor eléctrico, y la mujer puede ajustar la profundidad y frecuencia de la penetración. Dentro del pene artificial hay una luz y un aparato de registro, de modo que se puedan fotografiar los cambios que ocurren dentro de la vagina.

Medidas como ésta evitan los problemas de la distorsión que son posibles con los autoinformes. Es decir, sería imposible que tales medidas dijeran si la persona había tenido cualquier experiencia homosexual o la frecuencia con la que se masturbó. En lugar de ello, establecen la manera en que responde el cuerpo ante la estimulación sexual, con el tipo de precisión y detalle que serían imposibles de obtener a través de los autoinformes.

Un último problema potencial también merece señalarse y tiene que ver con los estudios de laboratorio: ¿las personas responden sexualmente del mismo modo en el laboratorio que en la privacidad de sus propios hogares?

Consideraciones éticas

Masters y Johnson prestaron atención a los principios éticos. Tuviron cuidado en utilizar el consentimiento informado. A los participantes potenciales se les dieron explicaciones detalladas de los tipos de aspectos que se les pediría hacer en la investigación y en todas las etapas se les dieron amplias oportunidades de retirarse de la investigación si así lo deseaban. Lo que es más, Masters y Johnson eliminaron a las personas que parecieron demasiado ansiosas o angustiadas durante las entrevistas preliminares.

También es posible que la participación en la investigación misma pudiera haber sido dañina de alguna manera para algunas personas. A Masters y Johnson les preocupaban particularmente los efectos a largo plazo de la participación en la investigación. De conformidad con ello, realizaron contactos de seguimiento con los participantes a intervalos de cinco años. En ningún caso hubo algún participante que informara haber desarrollado un trastorno sexual (por ejemplo, impotencia). De hecho, muchas de las parejas informaron maneras específicas en la que su participación en la investigación enriqueció sus matrimonios. De este modo, los datos disponibles parecen indicar que tal investigación no daña a los participantes y, en ciertos sentidos, puede beneficiarlos, sin mencionar el beneficio para la sociedad que es resultado de obtener información sobre un área tan importante.

En resumen, las observaciones directas del comportamiento sexual del tipo realizado por Masters y Johnson tienen algunas notables ventajas pero también tienen algunas desventajas en comparación con la investigación de tipo encuesta. La investigación de Masters y Johnson evita los problemas de los autoinformes y puede responder a preguntas fisiológicas mucho más detalladas que los autoinformes. Pero este tipo de investigación es costoso y consume demasiado tiempo, lo cual hace que las grandes muestras sean poco prácticas; lo que es más, es probable que sea inevitable la ocurrencia de una elevada tasa de negativas a participar, de modo que es imposible obtener muestras de probabilidad.

Estudios participante-observador

Un método de investigación que utilizan los antropólogos y sociólogos es la **técnica del observador participante**. En este tipo de investigación, el científico se vuelve, de hecho, una parte de la comunidad a estudiar y hace sus observaciones desde el interior de la comunidad. Por ende, en el estudio sobre el comportamiento sexual, el investigador puede obtener observaciones directas de la conducta en combinación con datos de entrevista.

Ejemplos de este tipo de investigación son los estudios sobre el comportamiento sexual en otras culturas, como aquellos realizados en Mangaia, Mehinaku e Inis Beag, que se analizaron en el capítulo 1. Otros dos ejemplos son el estudio de Laud Humphreys acerca del trato de salón de té y el estudio de Charles Moser sobre las fiestas S/M (sodomasochistas).

Humphreys: el trato de salón de té

El sociólogo Laud Humphreys (1970) llevó a cabo un estudio de observador participante acerca del sexo impersonal entre varones en lugares públicos.

El estudio se analiza a detalle en el Tema central 15.2 del capítulo 15. En resumen, Humphreys actuó como vigía mientras los hombres realizaban actos sexuales en baños públicos (“salones de té”); su trabajo era dar la alarma si se acercaba la policía u otros intrusos. Esto permitió que Humphreys realizara observaciones directas de la conducta sexual. También obtuvo los números de placa de los automóviles de los hombres implicados, los rastreó y posteriormente los entrevistó en sus hogares bajo el pretexto de llevar a cabo una encuesta rutinaria.

Humphreys obtuvo una gran cantidad de información del estudio, pero al hacerlo de este modo, violó diversos principios éticos de la investigación conductual. No obtuvo el consentimiento informado de sus sujetos; éstos nunca estuvieron conscientes del hecho de que estaban participando en una investigación, mucho menos de la naturaleza de la misma. Por tanto, este estudio fue bastante polémico.

Fiestas S/M

El investigador Charles Moser observó interacciones S/M en ambientes semipúblicos, al asistir a más de 200 fiestas S/M (Moser, 1998). Por lo regular, estas fiestas tienen guiones específicamente definidos. La persona que da la fiesta puede anunciarla de manera general, por ejemplo a través de la Internet, o enviar invitaciones personales únicamente a una lista muy selecta. Las fiestas pueden tener un tema particular, como sólo mujeres dominantes con hombres sumisos o sólo para mujeres. Puede ocurrir en casa de una persona o en un espacio rentado; algunas ciudades tienen lugares dedicados para rentar espacios a las fiestas S/M.

Cada fiesta tiene un conjunto particular de reglas—que pueden variar de una fiesta a otra—y es posible que se requiera que los comensales firmen un convenio por escrito en donde las acepte. Los temas que se cubren en estas reglas incluyen quién puede hablar con quién (¿se puede dirigir la palabra a un sumiso?), quién puede jugar con quién, quién puede tener sexo con quién, los comportamientos S/M o sexuales prohibidos, qué constituye sexo más seguro, no bloquear equipo sentándose en él, y así sucesivamente. La embriaguez nunca es aceptable; algunas fiestas permiten vino o cerveza, pero otras prohíben cualquier tipo de bebida alcohólica.

Algunos individuos planean tener una primera “cita” en una fiesta. Es evidente que las fiestas tienen la función de garantizar la seguridad de los participantes, dado que siempre hay otras personas presentes si una interacción llega demasiado lejos. Las parejas potenciales negocian el tipo de interacción que desean, por ejemplo, uso del dolor en comparación con humillación.

Quizás resulta más interesante el hecho de que, en muy pocas de estas fiestas, el coito o la actividad enfocada a los genitales está diseñada para producir el orgasmo. Los participantes describen las experiencias

S/M como sumamente sexuales, pero de manera típica el orgasmo no es la meta.

Moser no informó que haya obtenido el consentimiento informado de las personas a las que observó. Sin embargo, la conducta de estas personas fue pública, lo cual conduce a una relajación de los reglamentos en cuanto a sujetos humanos. En su informe, tuvo cuidado de no divulgar ningún tipo de información de identificación acerca de los individuos.

Estudio de correlación: un estudio en el que el investigador no manipula variables sino más bien que estudia las relaciones (correlaciones) que ocurren de manera natural entre variables.

Experimento: tipo de estudio de investigación en el que el experimentador manipula una variable (la variable independiente) mientras que otros factores permanecen constantes; entonces la investigación puede estudiar los efectos de la variable independiente sobre alguna variable medida (la variable dependiente); al investigador se le permite realizar inferencias causales sobre los efectos de la variable independiente sobre la variable dependiente.

Investigación sexual experimental

Todos los estudios analizados hasta aquí han tenido una cosa en común: todos fueron estudios sobre la conducta sexual de las personas según ocurre de manera natural y se realizaron por medio de autoinformes o de observaciones directas. Tal investigación es **correlativa**; es decir, en el mejor de los casos los datos

Figura 3.7 Una innovación en las encuestas para niños es el uso de “computadoras parlantes” para hacer preguntas, donde el niño ingresa sus respuestas utilizando el ratón o el teclado.



obtenidos pueden decirnos que ciertos factores están relacionados. No pueden decirnos que *causa* diversos aspectos de la conducta sexual.

Por ejemplo, supongamos que usted realiza una encuesta y descubre que las mujeres que se masturbaron hasta llegar al orgasmo antes del matrimonio están en mayor probabilidad de tener una alta consistencia de orgasmo en el matrimonio que las mujeres que no lo hicieron. A partir de esto, sería tentador concluir que la práctica de masturbarse hasta llegar al orgasmo causa que las mujeres tengan más orgasmos en el sexo heterosexual. Por desgracia, esa no es una conclusión legítima que se pueda derivar de los datos, dado que muchos otros factores también podrían explicar los resultados. Por ejemplo, puede ser que algunas mujeres tienen un impulso sexual mayor que otras, lo cual causa que se masturben y también que tengan orgasmos en el sexo heterosexual. Por ende, lo más que podemos concluir es que la experiencia de la masturbación se relaciona (o correlaciona) con la consistencia del orgasmo en el sexo marital.

Un método alternativo que permite que los investigadores determinen las causas de diversos aspectos de la conducta es el método **experimental**. Según su definición técnica, en un experimento debe manipularse uno de los factores mientras que todos los demás factores se mantienen constantes. Por tanto, cualesquiera diferencias entre grupos de personas que reciben diferentes tratamientos en ese factor único pueden considerarse causadas por ese factor. Por obvias razones, la mayoría de la investigación experimental se lleva a cabo en el laboratorio.

Como un ejemplo de un experimento, consideremos un estudio que investigó si la entrevista personal causa que los niños subinformen sus experiencias sexuales (Romer *et al.*, 1997). Los participantes eran aproximadamente 400 niños de bajos ingresos entre los 9 y 15 años de edad. Algunos fueron asignados a una entrevista personal con un entrevistador adulto experimentado de su propio género. Otros fueron asignados a entrevistas con una “computadora parlante”, que les hizo las mismas preguntas programadas dentro de ella. Las preguntas aparecían en una pantalla y, de manera simultánea, se transmitían a través de audífonos, para aquellos que no tenían buenas capacidades de lectura. Supuestamente, en la condición de la computadora parlante, el niño tiene una mayor sensación de privacidad y anonimato y, por ende, responde de manera más veraz.

Entre los varones de 13 años entrevistados por la computadora parlante, 76 por ciento dijeron que habían “hecho sexo” en comparación con sólo el 50 por ciento de los varones entrevistados personalmente. Cuarenta y ocho por ciento de las niñas de 13 años entrevistadas por la computadora dijeron haber tenido sexo, en comparación con 25 por ciento de las entrevistadas por un ser humano. Fue evidente que los

niños informaron mayor actividad sexual a la computadora que al entrevistador humano.

En el lenguaje del diseño experimental, la *variable independiente* (variable manipulada) fue el tipo de entrevista (por computadora o con un entrevistador humano). La *variable dependiente* (variable medida) fue si habían tenido sexo (hubo también varias otras variables dependientes, pero un análisis de ellas nos llevaría demasiado lejos del tema).

Los resultados indicaron que aquellos niños entrevistados por humanos informaron significativamente menos actividad sexual que los entrevistados por computadora. Debido a que el diseño de investigación fue experimental, podemos llegar a inferencias causales. Podemos decir de manera confiada que el tipo de entrevista influyó la cantidad de informes. Es decir, podemos decir que el tipo de entrevista tuvo un efecto sobre las respuestas de los niños. También podríamos afirmar que una entrevista personal provoca que los niños subinformen su actividad. Esa afirmación es un poco más difícil de probar que la anterior, porque supone que las respuestas dadas a la computadora parlante fueron “verdaderas”. Es posible que los niños informen de manera excesiva o exagerada al responder a la computadora y que sus respuestas ante el entrevistador humano hayan sido precisas, aunque esta interpretación parece muy poco probable.

La investigación sexual experimental nos permite hacer afirmaciones mucho más poderosas acerca de las causas de diversos tipos de fenómenos sexuales. En cuanto a las desventajas, gran parte de la investigación sexual experimental que se describe aquí sigue dependiendo de los autoinformes. Este tipo de investigaciones consume demasiado tiempo y dinero y, en general, sólo pueden realizarse con pequeñas muestras de participantes. En ocasiones, en sus esfuerzos por controlar todas las variables excepto la variable independiente, los investigadores controlan demasiado. Por último, los experimentos no pueden atender a algunas de las preguntas más interesantes, pero más complejas, en el campo de la conducta sexual, como qué factores causan que las personas desarrollen orientaciones heterosexuales u homosexuales.

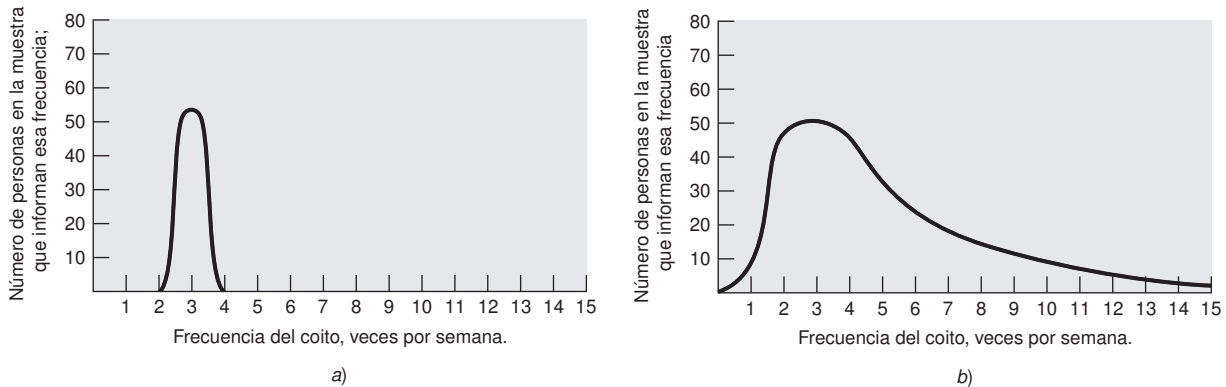
Algunos conceptos estadísticos

Antes de que usted pueda comprender los informes sobre investigación sexual, debe entender algunos conceptos estadísticos básicos.

Promedio

Supongamos que obtenemos datos de una muestra de parejas casadas con respecto a cuántas veces por semana tienen relaciones sexuales. ¿Cómo podemos resumir los datos? Una manera de hacerlo es esti-

Figura 3.8 Dos gráficas hipotéticas de la frecuencia del coito en las parejas casadas dentro de la muestra. En ambas, la frecuencia promedio es aproximadamente de tres veces por semana, pero en a) existe poca variabilidad (casi todos tienen una frecuencia entre dos y cuatro veces por semana), mientras que en b) existe gran variabilidad (la frecuencia va desde cero hasta quince o más veces por semana). Las gráficas de la mayoría de los comportamientos sexuales se parecen a b), con gran variabilidad.



mando algún valor promedio; este nos dirá con cuánta frecuencia, en promedio, estas personas tienen relaciones sexuales. En la investigación sexual, el número que generalmente se calcula es la media o la mediana; ambos nos dan una indicación de aproximadamente dónde se encuentra el valor promedio para ese grupo de personas. La **media** es simplemente el promedio de puntuaciones de todas las personas. La **mediana** es la puntuación que divide a la muestra a la mitad, donde la mitad de los encuestados obtienen puntuaciones por debajo de ese número y la mitad obtienen puntuaciones por arriba del mismo.

Variabilidad

Además de tener una indicación del promedio para la muestra de personas, también es interesante saber cuánta variabilidad existe de un individuo a otro en los números informados. Es decir, una cosa es decir que el promedio de parejas casadas en la muestra tuvieron relaciones sexuales tres veces por semana, con un rango en la muestra de dos a cuatro veces por semana, y otra muy diferente afirmar que el promedio fue de tres veces por semana, con un rango desde cero hasta quince veces por semana. En ambos casos la media es la misma, pero en el primero existe poca variabilidad y en el segundo existe gran cantidad de variabilidad. Estas dos alternativas se muestran en la figura 3.8. En casi todos los tipos de comportamiento sexual existe gran variabilidad.

Promedio en comparación con normalidad

Es interesante e informativo reportar la frecuencia promedio de un comportamiento sexual particular, pero esto también introduce el peligro de que la gente confunda “promedio” con “normal”. Es decir, cuando se lee

un dato estadístico como “la persona promedio tiene relaciones sexuales dos veces por semana”, existe una tendencia a pensar en la propia conducta sexual, compararla con ese promedio y entonces concluir que es anormal si difiere grandemente del promedio. Si usted lee esa estadística y su frecuencia de coito es únicamente una vez por semana, es posible que comience a preocuparse de que es poco sexuado o que no está obteniendo todo lo que debería. Si usted tiene relaciones sexuales siete veces por semana, podría comenzar a preocuparse de que es excesivamente sexuado. Tales conclusiones son un error, primero porque pueden hacerle sentirse muy infeliz y, segundo, porque existe tanta variabilidad en el comportamiento sexual que cualquier conducta (o frecuencia o longitud de tiempo) dentro de un amplio rango es perfectamente normal. No confunda promedio con normal.

Media: promedio de puntuaciones de los respondientes.

Mediana: la puntuación de en medio.

Incidencia en comparación con frecuencia

En estadísticas sexuales, los términos *incidencia* y *frecuencia* se utilizan a menudo. **Inciden-**cia se refiere al porcentaje de personas que han participado en cierto comportamiento. **Frecuencia** se refiere a qué tan a menudo las personas hacen algo. Así, podríamos decir que la incidencia de masturbación entre los varones es del 92 por ciento (lo cual significa que 92 por ciento de todos los varones se masturban cuando menos una vez a lo largo de sus vidas), mientras que la frecuencia promedio de masturbación entre los varones de 16 a 20 años es aproximadamente de una vez por semana.

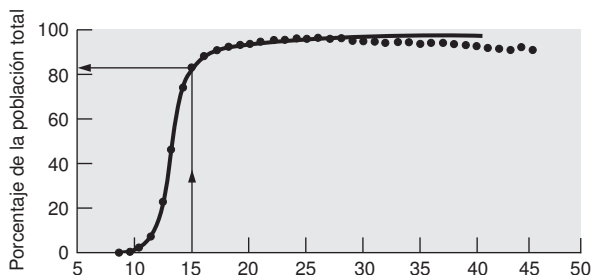
Un concepto estrechamente relacionado es el de la inciden-

Inciden-cia: porcentaje de personas que dan una respuesta particular.

Frecuencia: qué tan a menudo hace algo una persona.

Correlación: número que mide la relación entre dos variables.

Figura 3.9 Curva de incidencia acumulativa de la masturbación en los varones. En la gráfica se puede ver el porcentaje de varones que informan haberse masturbado al llegar a una determinada edad. Por ejemplo, para los 15 años de edad, cerca del 82 por ciento se han masturbado hasta obtener un orgasmo.



cia acumulativa. Si consideramos un comportamiento sexual según la edad en que la persona en la muestra lo realizó por primera vez, la *incidencia acumulativa* se refiere al porcentaje de personas que realizaron esa conducta antes de cierta edad. Así, la incidencia acumulativa de la masturbación en los varones podría ser 10 por ciento para la edad de 11 años, 25 por ciento para la edad de 12 años, 82 por ciento para la edad de 15 años y 95 por ciento para la edad de 20 años. Las gráficas de incidencia acumulativa siempre comienzan en el extremo inferior izquierdo y avanzan hacia el extremo superior derecho. Un ejemplo de curva de incidencia acumulativa se presenta en la figura 3.9.

Correlación

En este capítulo ya se ha mencionado varias veces el concepto de correlación —por ejemplo, la confiabilidad test–retest se mide a través de la correlación entre las respuestas de las personas a una pregunta y sus respuestas a la misma pregunta una semana o dos después— y el concepto de correlación volverá a aparecer en capítulos posteriores.

El término *correlación* es utilizado por los legos en contextos como el siguiente: “Parece haber una correlación aquí entre qué tan cálidos son los días y qué tan rápido crece el maíz.” Pero ¿qué quieren decir los expertos en estadística cuando utilizan el término *correlación*? Una **correlación** es un número que mide la relación entre dos variables. La correlación puede ser positiva o negativa. Una correlación positiva ocurre cuando existe una relación positiva entre dos variables; es decir, las personas que tienen altas puntuaciones en una variable tienden a tener altas puntuaciones en la otra variable; las bajas puntuaciones van con bajas puntuaciones. Una correlación negativa ocurre cuando existe la relación opuesta entre las dos variables; es decir, las personas con altas

puntuaciones en una variable tienden a tener bajas puntuaciones en la otra. Por ejemplo, es posible que quisiéramos saber si existe una correlación entre el número de años de matrimonio que tiene una pareja y la frecuencia con la que tienen relaciones sexuales. En este caso, podríamos esperar que hubiera una correlación negativa y eso es justo lo que han encontrado los investigadores. Es decir, a *mayor* es el número de años de matrimonio, *menor* es la frecuencia del coito. Como otro ejemplo, podríamos tener interés en saber si existe una correlación entre las actitudes sexuales de las personas y su comportamiento sexual, específicamente si las personas que tienen actitudes más permisivas sobre el sexo premarital tienen más parejas premaritales. En este caso la expectativa es de una correlación positiva, en el sentido de que se espera que las personas que obtienen altas puntuaciones en la medida de actitudes permisivas tendrán más parejas y que las personas con bajas puntuaciones en la medida de permisividad tendrán menos parejas.

Las correlaciones abarcan el rango entre +1.0 y -1.0. Una correlación de +1.0 indica una relación positiva perfecta entre dos variables, lo cual significa que, en la muestra, la persona que obtiene la puntuación más alta en una variable también obtiene la puntuación más alta en la otra, la persona que obtiene la segunda puntuación más alta en una variable también obtiene la segunda puntuación más alta en la otra variable, y así sucesivamente. Una correlación de 0 indica que no existe relación entre las dos variables. Conocer la puntuación de una persona en una variable no nos informa nada en cuanto a si tendrá una puntuación alta o baja en la otra. Las correlaciones positivas entre 0 y +1.0, por ejemplo +0.62, dicen que la relación es positiva, pero no perfecta. Una correlación de -1.0 significa que existe una correlación negativa perfecta entre las dos variables. Es decir, la persona dentro de la muestra que obtiene la puntuación más alta en la variable X tiene la puntuación más baja en la variable Y y la persona con la segunda puntuación más alta en la variable X tiene la segunda puntuación más baja en la variable Y, y así sucesivamente.

Regresando al ejemplo de la confiabilidad test–retest que se discutió antes en este capítulo, supongamos que aplicamos un cuestionario a una muestra de adultos. Una de las preguntas es “¿cuántas veces se masturbó usted hasta llegar al orgasmo durante el mes de septiembre?” Hacemos esta pregunta a la muestra el 1 de octubre y de nuevo la hacemos el 8 de octubre, la correlación entre ambas variables (el número obtenido el 1 de octubre y el número obtenido el 8 de octubre) sería de +1.0 y la confiabilidad test–retest sería un perfecto +1.0. De hecho, las confiabilidades test–retest para las preguntas sobre sexualidad típicamente abarcan entre +0.60 y +0.90, lo cual indica que las respuestas de las personas en ambas ocasiones no son idénticas, pero sí bastante similares.

RESUMEN

El conocimiento de los principales métodos que se han utilizado en la investigación sexual y de los problemas y méritos asociados con cada uno de ellos es necesario para comprender y evaluar la investigación sexual.

En un sentido ideal, la investigación sexual debería emplear técnicas de muestreo probabilístico.

Las encuestas a gran escala sobre el comportamiento sexual generalmente dependen de los autoinformes de las personas, los cuales pueden ser imprecisos debido a la distorsión propositiva, los problemas de memoria o la incapacidad para estimar parte de la información solicitada. Las observaciones directas de la conducta sexual evitan estos problemas, pero conducen a una muestra incluso más restringida. También responden preguntas que son un tanto diferentes de aquellas que se responden a través de las encuestas. Las encuestas basadas en la Red ofrecen nuevas oportunidades para la investigación sobre sexualidad.

En toda la investigación conductual, deben observarse los principios éticos del consentimiento informado, la protección contra el daño y la justicia, aunque históricamente algunos investigadores sexuales no lo hicieron.

Una de las principales encuestas sexuales fue el estudio a gran escala de Kinsey en el que se utilizaron entrevistas acerca del comportamiento sexual de los estadounidenses y que se realizó durante el decenio de 1940. La NHSLS es una encuesta reciente a gran escala

acerca del comportamiento sexual de los estadounidenses; se basó en un muestreo probabilístico. Se han realizado otras encuestas grandes, incluyendo algunas hechas a través de revistas; no obstante, las encuestas de las revistas están tan restringidas que no podemos arribar a conclusiones generales a partir de ellas.

Los estudios de poblaciones especiales incluyen el estudio del diario continuo de Coxon acerca de la conducta sexual de varones gay.

En el análisis de contenido de los medios de comunicación, los investigadores utilizan categorías sistemáticas de codificación para analizar lo que se representa en éstos medios, como la televisión, las novelas románticas o los anuncios de revistas.

En los estudios de observador participante, el científico se vuelve una parte de la comunidad a estudiar y utiliza una combinación de observaciones directas y entrevista. Ejemplos de éstos son los estudios de la conducta sexual en otras culturas y el estudio de Humphreys acerca del trato de salón de té.

En la investigación sexual experimental, la meta es descubrir qué factores causan o influyen en diversos aspectos del comportamiento sexual. El investigador manipula una variable independiente y mide una variable dependiente.

Se introdujeron los siguientes términos estadísticos: *media, mediana, variabilidad, incidencia, frecuencia y correlación.*

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Encuentre en una revista una encuesta sexual reciente. Evalúe la calidad del estudio, utilizando los conceptos aprendidos en este capítulo.
2. De las técnicas de investigación que se presentan en este capítulo —encuestas, estudios de laboratorio que utilizan observaciones directas, análisis de contenido de los medios de comunicación, estudios de observador participante, experimentos— ¿cuál considera usted que es el mejor para comprender la sexualidad humana? ¿Por qué?
3. Usted desea realizar una encuesta, utilizando entrevistas personales, para determinar si existen diferencias entre los adolescentes estadounidenses de origen asiático y los adolescentes estadounidenses blancos entre 15 y 19 años acerca de su conducta y actitudes sexuales. ¿De qué manera adaptaría los métodos de investigación para hacerlos culturalmente sensibles?
4. Imagine que su escuela o universidad le ha contratado para producir un informe sobre los patrones de comportamiento sexual de los alumnos, con la meta de ayudar a la administración a planear mejor las áreas como servicios médicos y orientación psicológica. Se le asigna un presupuesto generoso para la obtención de los datos. ¿Cómo obtendría los datos que necesitaría para producir un informe verdaderamente excelente?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Matsumoto, David. (1994). *Cultural influences on research methods and statistics*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Este libro conciso, escrito para estudiantes de pregrado, explica los principios de la investigación transcultural y la manera en que se deberían modificar los métodos de investigación dependiendo de la cultura que se estudie.
- Michael, Robert T., Gagnon, John H., Laumann, Edward O. y Kolata, Gina. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown. Este libro

informa los resultados de la NHLS y está dirigido al público en general.

- Wiederman, Michael W. (2001). *Understanding sexuality research*. Belmont, CA: Wadsworth. Este delgado volumen, escrito para estudiantes de pregrado, comienza en el punto donde termina este capítulo y ofrece un excelente análisis de los temas metodológicos en la investigación sexual, con ejemplos interesantes.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.indiana.edu/~kinsey>

Página de inicio del Kinsey Institute.

<http://www.sexscience.org>

The Society for the Scientific Study of Sexuality.

<http://www.guttmacher.org>

Página de inicio del Allan Guttmacher Institute.

http://www.rwjf.org/publications/publicationsPdfs/anthology1997/chapter_11.html

Resumen de la NHLS y de las implicaciones de salud pública del estudio.

<http://www.hsc.virginia.edu/hs-library/historical/apology>

Información acerca del estudio de sífilis en Tuskegee.

<http://www.bigeye.com/sexeducation/research.html>

Vínculos sobre educación sexual: investigación sexual.

<http://info.gradsh.wisc.edu/research/compliance/humansubjects/tutorial>

Este tutorial en línea le lleva a través de todos los detalles acerca de las consideraciones éticas en la investigación con seres humanos.

C A P Í T U L O

4

Anatomía sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Órganos sexuales femeninos

Órganos externos
Órganos internos
Las mamas

Órganos sexuales masculinos

Órganos externos
Órganos internos

Cáncer de los órganos sexuales

Cáncer de mama
Cáncer cervical, endometrial y ovárico
Cáncer de próstata
Cáncer testicular



En general, los hombres y las mujeres nos comportamos como nuestros elementos sexuales básicos. Si observas a los hombres solteros en alguna noche de fin de semana, en realidad se portan mucho como los espermatozoides: todos desorganizados, chocando contra sus amigos, nadando en la dirección incorrecta.

“Yo iba primero.”

“Déjame pasar.”

“Te estás parando sobre mi cola.”

“Allí iba yo.”

Somos como los Tres Mil Millones de Chiflados.

Pero el óvulo está de lo más tranquilo: “Bueno, ¿a quién le toca? Puedo dividirme.

Puedo esperar un mes. Yo no voy a nadar a ninguna parte.”*

*Jerry Seinfeld (1993). *SeinLanguage*. Nueva York: Bantam Books, p. 17.

Vulva: término colectivo para los genitales externos de la mujer.

Clítoris: órgano sexual pequeño y sumamente sensible en la mujer que se encuentra al frente de la entrada de la vagina.

El movimiento feminista de salud ha enfatizado que las mujeres necesitan saber más acerca de sus cuerpos. De hecho, es un principio sólido que todos deberíamos seguir. La tendencia actual se está alejando del punto

de vista elitista de que sólo un grupo selecto de personas —los médicos— deberían comprender el funcionamiento del cuerpo y se está acercando hacia la perspectiva de que todos necesitamos más información acerca de nuestros propios cuerpos. El propósito del siguiente capítulo es proporcionar información básica acerca de la estructura

y funciones de las partes del cuerpo implicadas en la sexualidad y reproducción. Tal vez algunos lectores anticipen que éste será un ejercicio aburrido. Todos, después de todo, sabemos lo que son un pene y una vagina. Pero aun hoy en día, encontramos a algunos estudiantes universitarios brillantes que piensan que la orina de la mujer pasa a través de su vagina. Y, ¿cuántas personas saben lo que son el epidídimo

y los túbulos seminíferos? Si usted no lo sabe, siga leyendo. Es posible que incluso se entere de algunas cosas interesantes acerca del pene y la vagina de las que no estaba consciente.

Órganos externos

Los órganos externos de la mujer consisten del clítoris, la eminencia del pubis, los labios internos, los labios externos y la abertura vaginal (véase figura 4.1). En forma colectiva, se les conoce como **vulva** (“entrepierna”; otros términos tales como “chocho” y “concha” pueden referirse bien a la vulva o a la vagina, y en algunas partes se utiliza “pucha” para referirse a la vulva; lástima, el caló no es tan preciso como el lenguaje científico).¹ *Vulva* es un término maravilloso pero, por desgracia, tiende a caer en desuso (el término, claro está). La apariencia de la vulva varía enormemente de mujer a mujer (véase figura 4.2).

El clítoris

El **clítoris** es un órgano sensible que es excepcionalmente importante para la respuesta sexual femenina (figura 4.3). Contiene una punta (glande), un nódulo de tejido situado hacia el exterior frente a la abertura vaginal y la abertura uretral; un cuerpo, que consiste de dos cuerpos cavernosos (cuerpos esponjosos similares a los del pene del varón), que se extiende tal vez unos 2.5 cm hacia el interior del cuerpo de la mujer; y dos pilares, cuerpos esponjosos más largos que se encuentran al interior del cuerpo del clítoris y que corren desde la punta de ésta hacia ambos lados de la vagina, bajo los labios mayores (Clemente, 1987). Algunas personas indican que la estructura completa tiene la forma de una y (ye, i griega). Cerca de los pilares se encuentran los bulbos vestibulares, mismos que se discutirán en la sección acerca de órganos internos.

Como veremos en el capítulo 5, los órganos sexuales femeninos y masculinos desarrollan tejidos similares antes del nacimiento; así, podemos decir que los órganos de un género son *homólogos* (en el sentido de que se desarrollan a partir del mismo origen) a los órganos



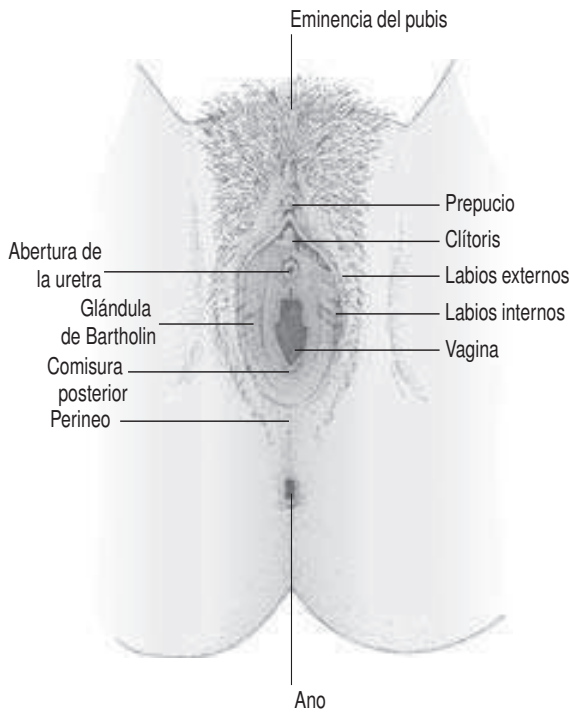
Para un ejemplo de cómo una mujer se puede familiarizar más con sus genitales externos, vea el video “Genital Self-Examination” en el capítulo 4 de su CD.

Órganos sexuales femeninos

Los órganos sexuales femeninos se pueden clasificar en dos categorías: los *órganos externos* y los *órganos internos*.

¹Un análisis de términos en caló para referirse a los genitales femeninos y masculinos en idioma inglés, se encuentra en Braun y Kitzinger (2001).

Figura 4.1 La vulva: los genitales externos de la mujer.



del otro género. El clítoris de la mujer es homólogo al pene del varón; es decir, ambos se desarrollan a partir del mismo tejido embrionario. El clítoris tiene una estructura similar a la del pene en cuanto a que ambos cuentan con cuerpos cavernosos. El clítoris varía en tamaño de una mujer a otra, del mismo modo en que el pene varía en tamaño de un hombre a otro. Asimismo, el clítoris, al igual que el pene, es eréctil. Su erección es posible debido a que su estructura interna contiene cuerpos cavernosos que se llenan de sangre, como lo

hacen las estructuras similares en el pene. Los cuerpos cavernosos y el mecanismo de la erección se considerarán en mayor detalle en la discusión acerca de los órganos sexuales masculinos. Como el pene, el clítoris tiene un amplio suministro de terminaciones nerviosas que lo hacen muy sensible a la fricción. La mayoría de las mujeres considera que es más sensible a la estimulación erótica que cualquier otra parte del cuerpo.

El clítoris es único en cuanto a que es la única parte de la anatomía sexual que no tiene función reproductiva que se conozca. Todos los demás órganos tienen funciones sexuales y reproductivas. Por ejemplo, la vagina no sólo se utiliza para el coito, sino que también recibe el esperma y sirve como el pasaje a través del cual viaja el bebé durante su nacimiento. El pene no sólo produce excitación sexual, sino que también es responsable de la eyaculación y la inseminación. Es claro que el clítoris desempeña una importante función al producir la excitación sexual. Sin embargo, a diferencia de otros órganos, parece no tener una función directa en cuanto a la reproducción.

La eminencia del pubis

Otras partes de la vulva son la eminencia del pubis, los labios internos y los labios externos. La **eminencia del pubis** (también llamada *monte del pubis*, *monte venéreo* o *monte de Venus*) es la redondeada almohadilla grasa de tejido, cubierta de vello púbico, que se encuentra al frente del cuerpo. Yace sobre los huesos púbicos (que se unen en un punto central llamado la *sinfisis del pubis*).

Los labios

Los **labios externos** (o *labios mayores*) son almohadillas redondeadas de tejido graso

Eminencia del pubis: almohadilla grasa de tejido debajo del vello púbico.

Labios externos: almohadillas redondeadas de tejido graso que se encuentran a cada lado de la entrada de la vagina.

Labios internos: pliegues delgados de piel a cada lado de la entrada vaginal.

Figura 4.2 La forma de la vulva varía enormemente de una mujer a otra.

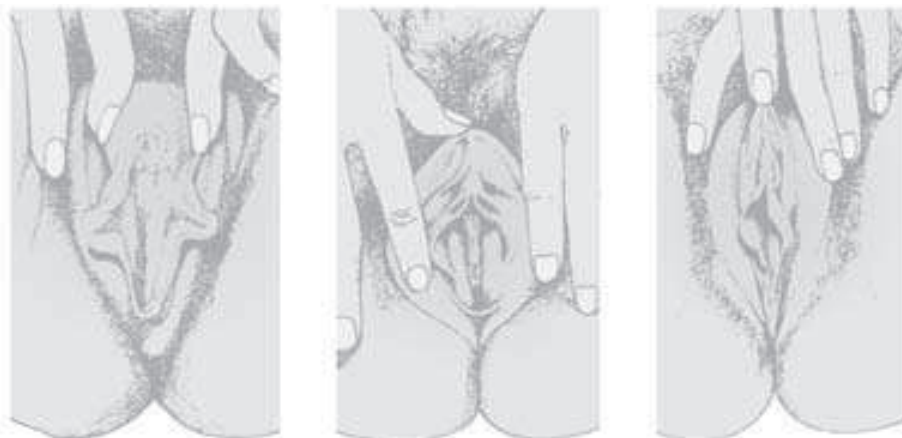
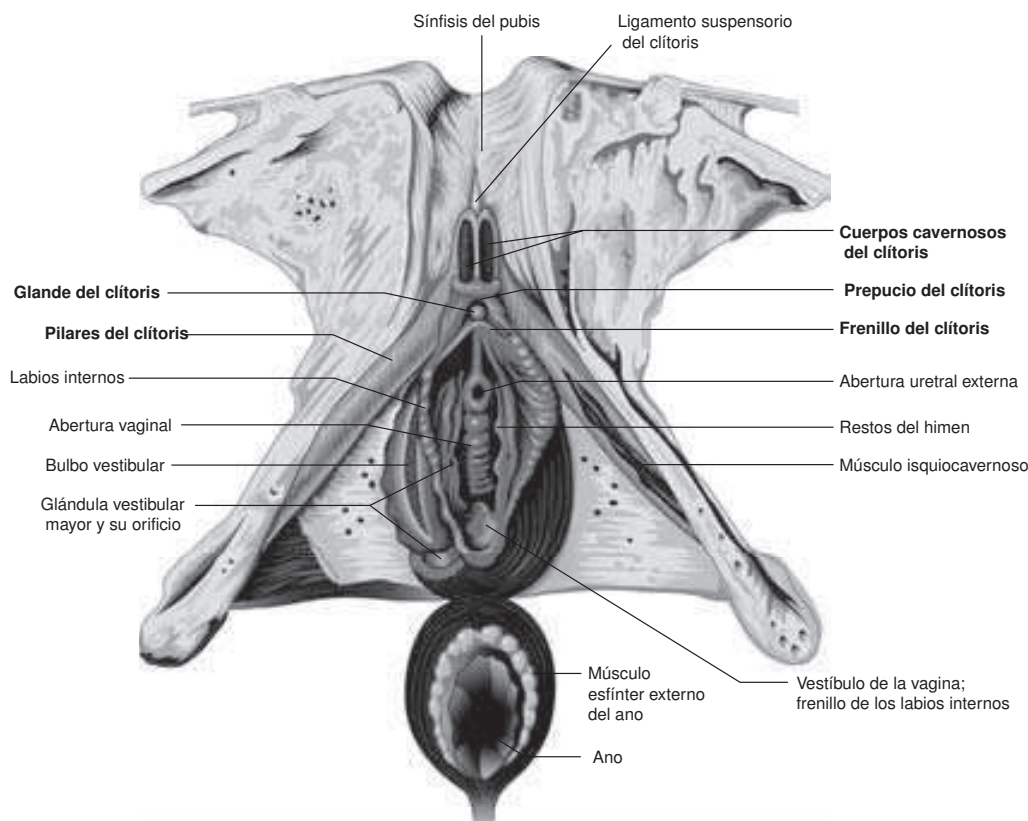


Figura 4.3 Estructura del clítoris.

Glándulas de Bartholin: dos glándulas diminutas localizadas a cada lado de la entrada de la vagina.

Perineo: piel entre la entrada de la vagina y el ano.

Introito: otra palabra para la entrada de la vagina.

Uretra: conducto a través del cual la orina sale de la vejiga y sale del cuerpo.

que se encuentran a cada lado de la abertura vaginal; se encuentran cubiertos de vello púbico. Los **labios internos** (o *labios menores*) son dos pliegues no vellosos de piel que yacen entre los labios externos y que corren justo a la orilla de la abertura vaginal. En ocasiones están doblados hacia adentro

o ocultan la abertura vaginal hasta que se les separa. Los labios internos se extienden hacia delante y se unen hacia el frente, formando el prepucio del clítoris. Tanto los labios externos como los internos están bien provistos de terminaciones nerviosas y, por tanto, también son importantes en la estimulación y excitación sexual.

Un par de pequeñas glándulas, las **glándulas de Bartholin**, se encuentran justo adentro de los labios internos (figura 4.1). Su función se desconoce y son de interés únicamente porque en ocasiones se infectan.²

²Y porque existe una rima jocosa acerca de ellas:

There was a young man from Calcutta/Who was heard in his beard to mutter,/“If her Bartholin glands/Don’t respond to my hands,/I’m afraid I shall have to use butter.”

Se deben señalar algunos otros puntos básicos (figura 4.1). El sitio en que los labios internos se juntan detrás de la abertura vaginal se denomina *comisura posterior*. El área de piel entre la abertura vaginal y el ano se llama **perineo** (palabra latina que significa “alrededor del ano”). La abertura vaginal misma en ocasiones se denomina **introito**. Nótese también que el orificio urinario se encuentra aproximadamente a medio camino entre el clítoris y la abertura vaginal. Por ende, la orina no sale a través del clítoris (como se podría esperar por la analogía con el varón) ni a través de la vagina sino, en lugar de esto, a través de una vía separada, la **uretra** que cuenta con una abertura propia.

Autoconocimiento

Una importante diferencia entre los órganos sexuales del varón y los de la mujer —y una diferencia que tiene algunas consecuencias psicológicas significativas— es que los genitales externos de la mujer son mucho menos visibles que los del varón. Un hombre puede

Una traducción muy libre sería:

A un tipo que venía de Calcuta,/Se le oyó mascullar en la orilla:/“Si sus glándulas de Bartholin/No responden al fin,/Tendré que usar mantequilla.”

De hecho, existe una falacia biológica dentro de la rima. ¿Puede usted detectarla? De no ser así, vea el capítulo 9.

Figura 4.4 Educación corporal: el ejercicio del espejo permite que las mujeres observen sus propios genitales.



observar sus genitales externos en forma directa, ya sea al ver hacia abajo o al contemplarse desnudo frente a un espejo. Sin embargo, para la mujer, cualquiera de estas dos estrategias dará por resultado una vista de la eminencia del pubis en el mejor de los casos. El clítoris, los labios externos e internos y la abertura vaginal permanecen ocultos. De hecho, muchas mujeres adultas nunca han visto su propia vulva de manera directa. Este obstáculo se puede superar mediante el sencillo método de utilizar un espejo. Los genitales se pueden observar ya sea por medio de colocar un espejo en el piso y sentarse delante de él o por medio de pararse, poner un pie sobre la orilla de una silla, cama, o algo similar, y sostener el espejo cerca de los genitales (véase figura 4.4). Recomendamos que toda mujer utilice un espejo a fin de identificar en su propio cuerpo todas las estructuras que se muestran en la figura 4.1.

El himen

Antes de entrar en el análisis de las estructuras internas, hay otra estructura externa que merece mencionarse: el himen.

El **himen** (“flor”, “doncellez”) es una membrana delgada que, si se encuentra presente, cubre la abertura vaginal de manera parcial. El himen puede ser de diferentes tipos (véase figura 4.5), aunque generalmente cuenta con orificios; de otro modo, el flujo menstrual no podría pasar a través de él.³ Al momento del primer coito, el himen puede romperse o estirarse a medida que el pene se introduce en la vagina. Es posible que esto ocasione cierto sangrado y algún dolor. Sin embargo, de manera habitual, éste es un suceso no traumático que pasa desapercibido durante la excitación del momento. Para una mujer que se encuentra muy preocupada acerca de su himen y de lo que le sucederá al momento del primer coito, hay dos posibles propuestas. Un médico puede cortar el himen con precisión de modo que no se rasgue al momento del primer acto sexual, o la mujer misma puede estirarlo insertando su dedo en la vagina y presionándolo en repetidas ocasiones.

El himen, y su destrucción durante el primer coito, han capturado el interés de las personas de diversas culturas. En Europa, durante la Edad Media, el señor feudal podía demandar el derecho de desflorar a la novia de un vasallo en su noche de bodas antes de entregársela a su marido (la práctica se denominaba *droit du seigneur*, “derecho del señor”, en francés, *jus primae noctis*, “ley de la primera noche”, en latín y “derecho de pernada”, en español). El himen se ha tomado como evidencia de virginidad. Así, el san-

³El padecimiento inusual en el que el himen es un tejido duro sin orificios se denomina *himen imperforado* y se puede corregir mediante una cirugía bastante sencilla.

Himen: membrana delgada que puede cubrir parcialmente la entrada de la vagina.

Figura 4.5 Existen diversos tipos de himen.



Himen anular

Himen tabicado

Himen cribiforme

Himen imperforado

Tema central 4.1

Ablación genital femenina

En la actualidad, existe una encarnizada controversia mundial sobre salud sexual acerca de la ablación genital femenina (AGF, también conocida como mutilación genital femenina, o MGF). La AGF se practica en 28 naciones africanas así como en diversos países del Medio Oriente y entre las poblaciones musulmanas de Indonesia y Malasia. Se calcula que afecta entre 80 y 110 millones de mujeres alrededor del mundo. De manera habitual, se somete a las niñas al procedimiento entre los 4 y 10 años de edad, aunque en algunas ocasiones se lleva a cabo durante la lactancia. Es frecuente que una mujer nativa lleve a cabo el procedimiento, sin ningún tipo de anestesia y bajo condiciones insalubres. Si estas prácticas parecen extrañas a muchos estadounidenses, es importante reconocer que mujeres inmigrantes de estos países ahora residen en Estados Unidos. Lo que es más, algunas de estas prácticas se llevaron a cabo en Gran Bretaña y Estados Unidos en el siglo XIX, durante la era victoriana, con el propósito de curar diversas “debilidades femeninas” tales como la masturbación. Y en la actualidad existe un culto dentro de Estados Unidos que practica cirugías genitales tales como la remoción de los labios externos, debido a que creen que la vulva es más bella y erótica de esa manera.

La AGF se practica en diversas formas, dependiendo de las costumbres de la cultura específica. La forma más leve, llamada *sunna*, se refiere sólo a la remoción del prepucio clitorídeo, no del clítoris; es el único procedimiento que de manera legítima se podría denominar “circuncisión femenina”, análoga a la circuncisión masculina. En su forma más inocua, puede implicar realizar únicamente una incisión en el prepucio, sin retirarlo. Una segunda forma de AGF es la *excisión* (en ocasiones conocida como *clitoridectomía*), que se refiere a la extirpación total del clítoris y posiblemente de parte de los labios internos. La forma más extrema es la *infibulación* o circuncisión faraónica (nombrada por los faraones de Egipto, durante cuyo reino se dice que se originó la práctica hace miles de años). Implica la extirpación del clítoris, de la totalidad de los labios internos y de parte de los labios externos; a continuación, se suturan los bordes abiertos de los labios externos entre sí a fin de cubrir la abertura uretral y la entrada vaginal, dejando sólo un pequeño orificio por el que pueden pasar la orina y el fluido menstrual.

La infibulación implica graves problemas de salud para la mujer. Pueden ocurrir hemorragias que conducen al choque, e incluso desangrarse hasta morir. A causa de las condiciones insalubres presentes durante el procedimiento, el tétanos y otras infecciones presen-

tan riesgos. Debido a que existe la posibilidad de que los mismos instrumentos se utilicen con una variedad de niñas, se pueden transmitir el VIH y la hepatitis B. Un problema común es que el dolor de la herida es tan intenso y las suturas tan apretadas que la niña evita orinar o no lo puede hacer de manera apropiada, lo que conduce a infecciones urinarias y a otras complicaciones. Una mujer con una infibulación apretada sólo puede orinar gota a gota y su periodo menstrual puede durar hasta 10 días, además de ser extremadamente doloroso.

Las consecuencias de salud reproductiva y sexual no son menos graves. La infibulación es un método efectivo para garantizar la virginidad hasta el matrimonio, pero en la noche de bodas el varón debe abrirse camino por la fuerza a través de las suturas y del tejido cicatrizal. Esto es doloroso y puede tardar días; es posible que se llame a una partera para que abra el tejido. Algunos hombres informan de heridas en el pene a consecuencia de sus intentos de coito con esposas que sufrieron una AGF. El orgasmo sería tan sólo una posibilidad remota para una mujer a la que le han extirpado el clítoris. Las mujeres infibuladas corren riesgos sustanciales de complicaciones durante el parto. Siempre es necesario cortar la cicatriz para abrirla a fin de permitir el parto y, si se hace demasiado tarde, el bebé puede morir.

Las mujeres a las que han sometido a la AGF están en mayor riesgo de infecciones tales como el herpes y vaginosis bacteriana. En un estudio realizado en Sudán, 90 por ciento de las mujeres afirmaron que habían sometido a sus hijas a estos procedimientos, o que lo harían, y cerca de la mitad de las mujeres estaban en favor de los procedimientos más extremos (Williams y Sobieszczyk, 1997). ¿Si estos procedimientos son tan dañinos, por qué siguen existiendo? ¿Por qué las niñas se someten a ellos, e incluso los piden, y cuál es la razón por la que sus padres los permiten o alientan? La respuesta se encuentra en la compleja y poderosa interacción entre cultura y género. El someterse a la infibulación indica no sólo virginidad, sino la lealtad e identificación de una mujer con su cultura y tradiciones, una cuestión especialmente sensible para aquellas personas que durante mucho tiempo se han encontrado dominadas por colonizadores europeos. Una mujer no infibulada no es casadera dentro de estas culturas, en las que el matrimonio es la única forma de vida aceptable para la mujer adulta. Cuando esas son las reglas del juego, es menos sorprendente que las niñas se sometan o incluso quieran ser circuncidadas y que sus padres se los requieran. También es posible que comunidades específicas tengan ciertas creencias que hagan que estos procedi-

Figura 4.6 Veintiocho naciones africanas practican alguna forma de ablación genital ritualizada en niñas jóvenes como iniciación a la feminidad. La clitoridectomía también se practica en países musulmanes fuera de África y se practicó en Estados Unidos durante la era victoriana.



mientos sean necesarios. Por ejemplo, en algunas áreas existe la creencia de que el clítoris contiene veneno y puede dañar al hombre durante el coito y matar a los niños durante su nacimiento. Algunos musulmanes tienen la creencia falsa de que su fe lo requiere, aunque no se menciona dentro del Corán.

La infibulación presenta una serie de dilemas para los estadounidenses. Dentro de las universidades, generalmente se alienta el enfoque del *relativismo cultural*, una apertura y respeto a las costumbres de otras culturas. En definitiva, la AGF es una costumbre de otras culturas. Si aplicamos los estándares del relativismo cultural, deberíamos decir, “Excelente, si eso es lo que esas personas quieren.” Pero, ¿no debería haber límites en cuanto al relativismo cultural? ¿Puede uno estar en contra de prácticas que presentan graves riesgos de salud que están bien documentados? El personal médico de Estados Unidos se enfrenta a difíciles disyuntivas. Un médico puede cortar la infibulación de una mujer a fin de permitir el parto. Pero, ¿qué pasa si a continuación la mujer le pide que la vuelva a suturar? ¿Debería acceder el cirujano, conociendo los riesgos? Las mujeres inmigrantes cuyas hijas nacen en Estados Unidos pueden pedirle a un médico que lleve a cabo una excisión o una infibulación, sabiendo que el procedimiento será mucho más seguro si lo realiza un médico dentro de un hospital. ¿Debería acceder el

cirujano, sabiendo que la alternativa realista es que el procedimiento se llevará a cabo bajo condiciones insalubres por alguien perteneciente a esa cultura que posiblemente no esté entrenado y no tenga experiencia?

Como anotación más esperanzadora, ha surgido un movimiento de base entre las mujeres de un número de naciones africanas, incluyendo Kenya, Gambia, Sudán, Somalia y Nigeria, dedicado a la eliminación de estas prácticas. Además, para ver la cuestión en perspectiva, sólo cerca del 15 por ciento de las culturas que practican la AGF lo hacen en su forma extrema, la infibulación. Las culturas restantes practican las formas más leves que van desde una incisión en el prepucio, hasta la clitoridectomía. Y para añadir una perspectiva aún más amplia, muchas más culturas practican modificaciones genitales masculinas que modificaciones genitales femeninas. Un ejemplo es Estados Unidos, donde la circuncisión masculina se utiliza ampliamente y donde la AGF es extremadamente inusual y ocurre casi de manera exclusiva entre un subgrupo de inmigrantes que provienen de culturas islámicas.

Fuentes: Almroth *et al.* (2001); Council on Scientific Affairs (1995); Gregersen (1996); Gruenbaum (2000); Horowitz y Jackson (1997); Kiragu (1995); Leonard (2000); Lightfoot-Klein (1989); Morison (2001); Schroeder (1994); Toubia (1994, 1995); Williams y Sobieszcyk (1997).

grado en la noche de bodas era prueba de que la novia se había entregado intacta al novio; la exhibición de las sábanas sangrientas en la noche de bodas, una costumbre de los kurdos de Medio Oriente, es un ritual que se basa en esta creencia.

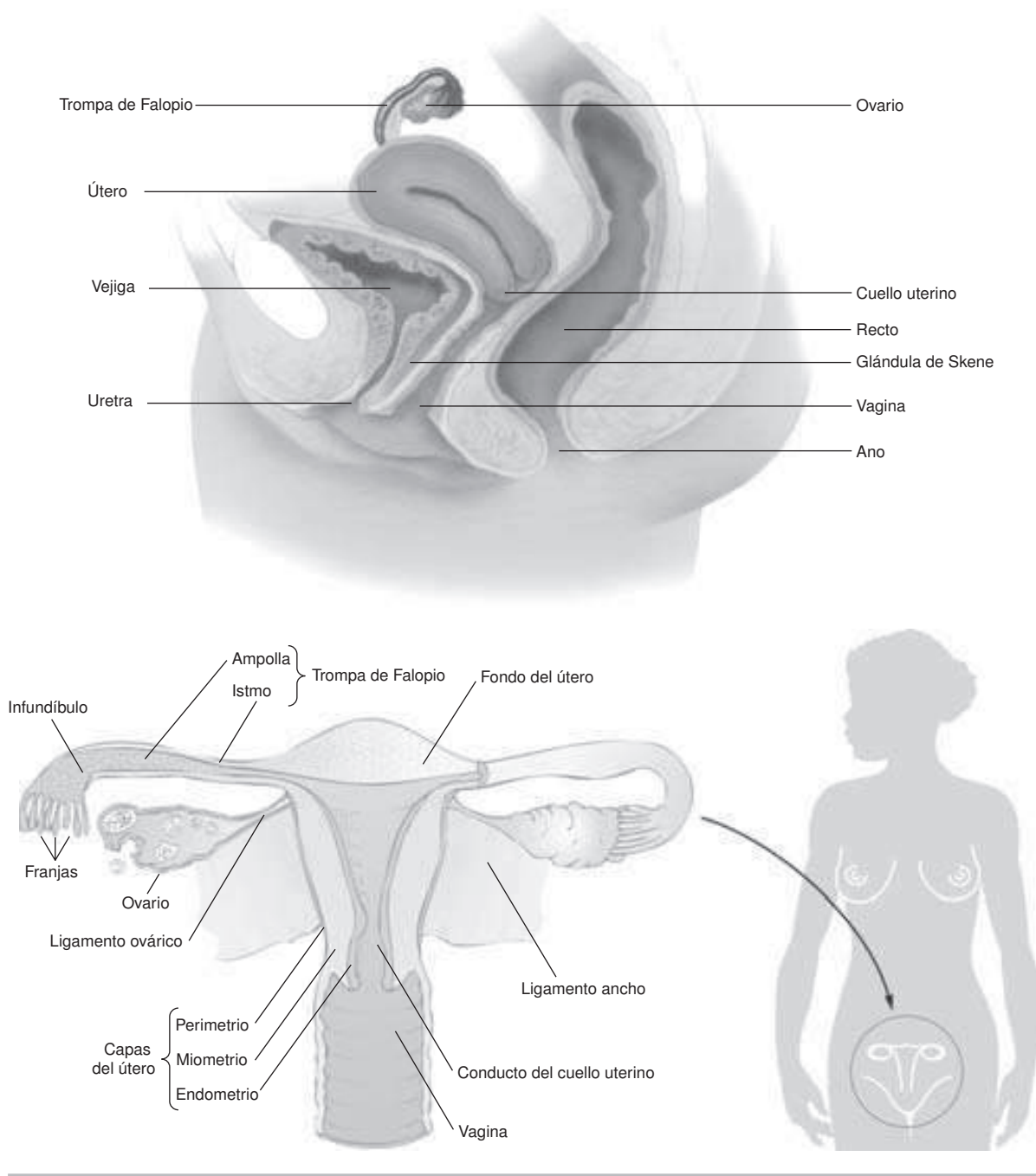
Tales prácticas descansan sobre la suposición de que una mujer que no tiene himen no es virgen. Sin embargo, ahora sabemos que esto no es cierto. Sencillamente, algunas niñas nacen sin himen, mien-

tras que otras pueden rasgarlo al hacer deportes activos tales como montar a caballo. Por desgracia, esto significa que algunas mujeres han sufrido humillaciones a causa de su falta de himen.

Órganos internos

Los órganos sexuales internos de la mujer constan de la vagina, bulbos vestibulares, glándulas de Skene,

Figura 4.7 Órganos internos sexuales y reproductivos de la mujer; vista lateral (arriba) y vista frontal.



útero, un par de ovarios y un par de trompas de Falopio (véase figura 4.7).

La vagina

La **vagina** es el órgano tubular dentro del cual se inserta el pene durante el coito; también recibe la eyaculación. Debido a que es el paso por el cual viaja el bebé al momento del nacimiento, en ocasiones también se le denomina *canal del parto*. En estado de reposo, o de falta de excitación, la vagina es de aproximadamente 8 a 10 centímetros de longitud y tiene una ligera inclinación hacia atrás desde la base hasta la parte superior. Al final, termina en la abertura vaginal o *introito*. En su parte superior se conecta con el cuello uterino (la parte baja del útero). Es un órgano muy flexible que funciona un tanto cuanto como globo. En estado de reposo sus paredes yacen juntas como los lados de un globo desinflado; durante la excitación se expande como globo inflado, abriendo un espacio para recibir al pene.

Las paredes de la vagina consisten de tres capas. La capa interna, la *mucosa vaginal*, es una membrana mucosa similar al recubrimiento interno de la boca. La capa media es muscular y la capa externa forma una cubierta. Las paredes de la vagina son extremadamente elásticas y son capaces de expandirse al grado necesario durante el coito y el parto, aunque con la edad se adelgazan y se vuelven menos flexibles.

El suministro de nervios de la vagina se encuentra en su mayoría en el tercio inferior, cerca del introito. Esa sección es sensible a la estimulación erótica. Los dos tercios internos de la vagina casi no contienen terminaciones nerviosas y por tanto son relativamente insensibles a excepción de sensaciones de presión intensa. Algunas mujeres tienen un punto en la pared

anterior de la vagina que es más sensible que el resto, pero incluso este punto no es tan sensible como los labios internos, los labios externos o el clítoris (Schultz *et al.*, 1989). En ocasiones, algunas personas se refieren a este punto como el punto G (véase capítulo 9).

El número de términos de caló para la vagina (por ejemplo, “coño”, “concha”) y la frecuencia de su uso atestiguan su poder de fascinación a lo largo del tiempo. Una preocupación ha sido acerca de su tamaño: el que si unas vaginas son demasiado pequeñas o grandes. Sin embargo, como se señaló con anterioridad, la vagina es extremadamente elástica y expansible. Así, al menos en principio, cualquier pene puede caber en cualquier vagina. Después de todo, el pene no se acerca en tamaño a la cabeza de un bebé, que se las arregla para pasar a través de la vagina. La parte de la vagina mayormente responsable de la sensación del varón de que es “estrecha”, “demasiado estrecha” o “demasiado amplia” es el introito. Una de las cosas que puede expandir el introito es el parto; de hecho, existe una notable diferencia en el aspecto de la vulva de una mujer que nunca ha tenido un bebé (*nulípara*) y la vulva de una mujer que ya lo ha hecho (*múltipara*) (véase figura 4.8).

Alrededor de la vagina, la uretra y el ano se encuentra un conjunto de músculos denominados *músculos del piso pélvico*. Uno de estos músculos, el **músculo pubococcígeo**, es de particular importancia. Es posible que se expanda durante el parto, o que sencillamente esté debilitado. Sin embargo, se puede fortalecer por

Vagina: órgano con forma tubular en la mujer dentro del cual se introduce el pene durante el coito y a través del cual pasa el bebé durante el nacimiento.

Músculo pubococcígeo: músculo alrededor de la entrada de la vagina.

Figura 4.8 Apariencia de la vulva de una mujer virgen; de una mujer que ha tenido relaciones sexuales pero que no ha tenido hijos (*nulípara*); y de una mujer que ya ha tenido un hijo (*para*).



medio del ejercicio, lo que recomiendan muchos terapeutas sexuales (véase capítulo 19), así como diversos manuales y revistas populares acerca de sexo.

Los bulbos vestibulares

Los **bulbos vestibulares** (o bulbos del clítoris) son dos órganos similares en tamaño y forma a una vaina de guisantes (figura 4.3). Yacen a cada lado de la pared vaginal, cerca de la entrada, debajo de los labios internos (O'Connell et al., 1998). Son de tejido eréctil y se encuentran cerca de los pilares del clítoris.

La glándula de Skene o próstata femenina

La **glándula de Skene**, o próstata femenina (también conocida como *glándula para-uretral*), se encuentra entre la pared de la uretra y la pared de la vagina (Zaviačić et al., 2000b). Sus conductos se descargan al interior de la uretra, pero se puede sentir en la pared anterior de la vagina. La evidencia indica que secreta un fluido bioquímicamente similar al fluido prostático masculino. Muchas mujeres hallan que es una región de sensibilidad erótica especial en la pared de la

vagina. El tamaño de la próstata femenina varía enormemente de una mujer a otra, así como la cantidad de sus secreciones. Algunas mujeres no experimentan secreción alguna, mientras que otras tienen una eyaculación verdadera cuando tienen un orgasmo. Éste es el órgano, denominado punto G, que es responsable de la eyaculación femenina que se discute en el capítulo 9.

El útero

El **útero** (matriz) es similar en tamaño y forma a una pera vuelta de cabeza. En general está inclinado hacia delante y fijado por ligamentos. El estrecho tercio inferior, llamado *cuello uterino* se abre en la vagina. La parte superior es el *fondo*, la sección principal el *cuerpo*. La entrada al útero a través del cuello uterino es muy estrecha, cerca del tamaño de un popote, y se denomina *conducto del cuello uterino*. La función principal del útero es contener y nutrir al feto en desarrollo.

El útero, como la vagina, consiste de tres capas. La capa interna, o *endometrio*, está ampliamente provista de glándulas y vasos sanguíneos. Su estado varía según la

edad de la mujer y la fase del ciclo menstrual. El *endometrio* es el que se desprende durante la menstruación y el que crea el flujo menstrual. La capa intermedia, el *miometrio*, es muscular. Los músculos son muy fuertes y crean las poderosas contracciones del trabajo de parto y del orgasmo, y también son extremadamente elásticos, capaces de estirarse para dar cabida al feto de nueve meses. La capa externa —el *perimetrio* o *capa serosa*— forma la cubierta externa del útero.

Las trompas de Falopio

Extendiéndose hacia el exterior de los lados de la parte superior del útero se encuentran las **trompas de Falopio**, también llamadas *oviductos* (“conductos para los óvulos”) o *trompas uterinas* (véase figura 4.7). Las trompas de Falopio son extremadamente estrechas y están recubiertas de proyecciones vellosas llamadas *cilios*. Las trompas de Falopio son la vía por la cual el óvulo viaja hacia el útero y los espermatozoides llegan al óvulo. De manera típica, la fertilización del óvulo ocurre en el infundíbulo, la sección de la trompa más cercana al ovario; después, el óvulo fertilizado viaja el resto del camino a través de la trompa hacia el útero. El infundíbulo se curva hacia el ovario; en su extremo se encuentran numerosas proyecciones como dedos denominadas *franjitas* que se extienden hacia el ovario.

Los ovarios

Los **ovarios** son dos órganos similares en tamaño y forma a almendras sin pelar; se encuentran a cada lado del útero. Los ovarios tienen dos importantes funciones: producen óvulos y fabrican las hormonas sexuales *estrógeno* y *progesterona*.

Cada ovario contiene numerosos folículos. Un *folículo* es una cápsula que rodea al óvulo (que no se deben confundir con los folículos pilosos, que son totalmente diferentes). Se estima que una mujer nace con cerca de 400 000 óvulos inmaduros. Al comienzo de la pubertad, uno o varios folículos maduran durante cada ciclo menstrual. Cuando el óvulo ha madurado, el folículo estalla y expulsa al óvulo. Los ovarios no se conectan de manera franca con las trompas de Falopio. Más bien, el óvulo es expulsado a la cavidad corporal y llega a la trompa al viajar hacia las franjas. Si el óvulo no alcanza la trompa, existe la posibilidad de que se le fertilice fuera de ella, lo cual puede dar por resultado un embarazo abdominal (véase la sección acerca de embarazo ectópico en el capítulo 7). También ha habido casos en que el óvulo migra hacia el extremo opuesto de la trompa.

Las mamas

Aunque en realidad no son órganos sexuales, *las mamas* merecen que se les discuta en la presente sección debido a su trascendencia erótica y reproductiva. Las mamas consisten de cerca de 15 o 20 racimos de

Bulbos vestibulares: tejido eréctil que recorre la parte inferior de los labios internos.

Glándula de Skene: próstata femenina.

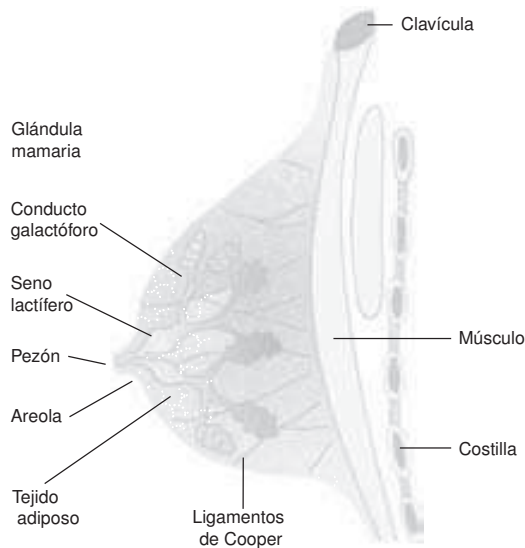
Útero: órgano de la mujer donde se desarrolla el feto.

Trompas de Falopio: conductos que se extienden desde el útero hasta los ovarios; también llamados oviductos.

Ovarios: dos órganos en la hembra que producen los óvulos y las hormonas sexuales.



Vea el video “Breasts” en el capítulo 4 de su CD para averiguar cómo algunas mujeres se sienten acerca de sus mamas.

Figura 4.9 Estructura interna de la mama.

glándulas mamarias, cada una con una abertura separada que va hacia el pezón y de tejido adiposo y fibroso que rodea a los racimos de glándulas (véase figura 4.9). El pezón, hacia el cual se abren los conductos galactóforos, se encuentra en la punta del seno. Se encuentra ampliamente provisto de terminaciones nerviosas y por tanto es muy importante en la estimulación erótica de muchas mujeres. El pezón consiste de fibras musculares lisas; al contraerse, el pezón se encuentra erecto. El área que rodea al pezón se denomina *areola*.

Existe gran variación entre mujeres en cuanto al tamaño y forma de las mamas. Sin embargo, existe algo que es bastante consistente: pocas mujeres se encuentran satisfechas con el tamaño de sus mamas. La mayoría de las mujeres cree que son demasiado pequeñas o demasiado grandes; casi ninguna mujer piensa que las suyas sean del tamaño justo. Sería bueno recordar que existe exactamente el mismo número de terminaciones nerviosas en las mamas pequeñas que en las grandes. De allí se sigue que, de hecho, las mamas pequeñas son más sensibles en términos eróticos por centímetro cuadrado de lo que son las grandes.

Las mamas pueden adquirir una trascendencia psicológica enorme; pueden ser símbolo de feminidad o un medio de atraer a los varones. La cultura estadounidense se encuentra muy orientada hacia las mamas. Muchos varones estadounidenses desarrollan un interés, y atracción, poderosos hacia las mamas de la mujer. La definición social de la belleza es una fuerza apremiante; muchas mujeres se esfuerzan por alcanzar tal ideal y algunas cuantas exageran en su adaptación, yendo demasiado lejos en sus intentos (Mazur, 1986). La

Figura 4.10a), b), c) Las mamas pueden tener diversos tamaños y formas.

a)

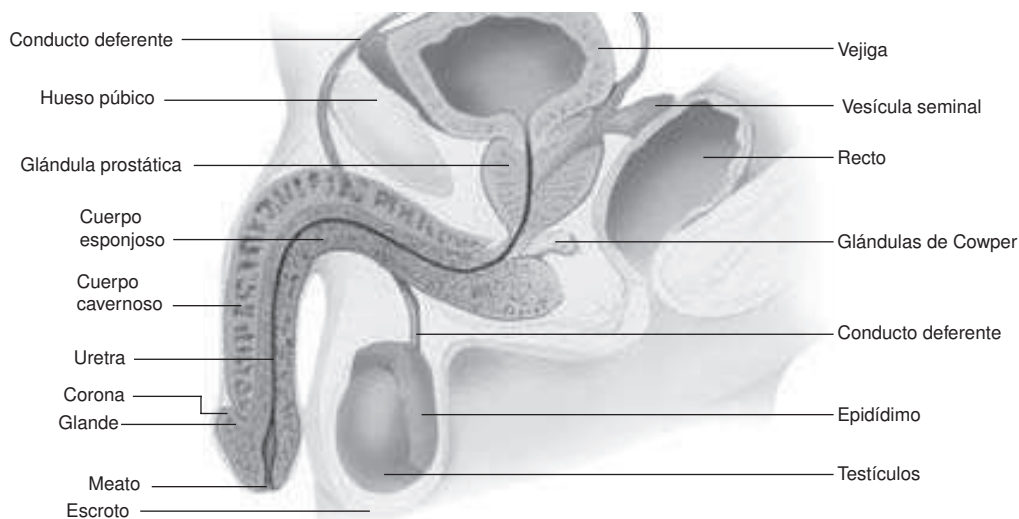


b)



c)

cirugía de aumento de mamas se ha elevado de manera consistente desde la década de 1960, mientras que otras mujeres se han estado sometiendo a intervenciones de reducción de mamas, en ambos casos tratando de ajustarse a un estándar de belleza socialmente definido.

Figura 4.11 Los órganos sexuales y reproductivos masculinos; vista lateral.

Órganos sexuales masculinos

A nivel externo, las partes más evidentes de la anatomía sexual masculina son el pene y el escroto, o bolsa escrotal, que contiene los testículos (véase figura 4.11).

Órganos externos

El pene

El **pene** (falo, “pito”, “verga”, “pajarito” y muchos otros términos de caló demasiado numerosos como para listarlos) desempeña funciones importantes en el placer sexual, la reproducción y la eliminación de desechos corporales por medio de la micción. Es un órgano tubular con un extremo o punta llamado *glándula*. La abertura al final del glándula es el *meato* o *abertura uretral*, a través del cual pasan la orina y el esperma. La parte principal del pene se denomina *cuerpo*. El borde elevado en la orilla del glándula se denomina *corona*.

Mientras que el pene completo es sensible a la estimulación sexual, la corona y el resto del glándula son la región más sexualmente excitable de la anatomía masculina.

A nivel interno, el pene contiene tres largos cilindros de tejido esponjoso que corren de manera paralela a la *uretra*, que es la vía a través de la cual pasan la orina y el esperma (véase figura 4.12). Las dos estructuras esponjosas

que se encuentran en la parte superior se denominan **cuerpos cavernosos** y la que se encuentra en la parte inferior del pene se llama **cuerpo esponjoso** (la uretra corre al centro de él). Durante la erección, el cuerpo esponjoso se puede observar como una columna elevada en el lado inferior del pene. Como su nombre lo sugiere, estos cuerpos son tejidos llenos de un gran número de espacios y cavidades muy parecidos a los de una esponja. Están ampliamente provistos de vasos sanguíneos y nervios. En el estado flácido (no excitado y no erecto), contienen poca cantidad de sangre. La *erección* o *tumescencia* ocurre cuando se llenan de sangre (se ingurgitan) y se expanden, haciendo que el pene se entiese.

Al contrario de la creencia popular, el pene no contiene un músculo y ningún músculo está implicado en la erección. Ésta es un fenómeno puramente vascular; es decir, es el resultado único del flujo sanguíneo. También se cree de manera común que el pene del varón contiene un hueso. Esto tampoco es cierto, aunque en algunas otras especies —los perros, por ejemplo— el pene sí contiene un hueso que ayuda en la intromisión (inserción del pene en la vagina). No obstante, en los varones humanos no existe hueso alguno.

Por lo general, la piel del pene es carente de pelo y se encuentra dispuesta en pliegues flojos, lo que permite su expansión al momento de la erección. El **prepucio** es una capa adicional de piel que forma una cubierta como funda sobre el glándula; puede estar presente o ausente en el varón adulto, dependiendo de si ha sido circuncidado (véase figura 4.13). Debajo del prepucio se encuentran unas pequeñas glándulas (glándulas de Tyson) que producen una sustancia llamada *esmegma*, de textura caseosa. El prepucio se retrae con facilidad,

Pene: órgano sexual externo en el varón que funciona tanto en la actividad sexual como en la micción.

Cuerpos cavernosos: cuerpos esponjosos que recorren la longitud total de la parte superior del pene.

Cuerpo esponjoso: un cuerpo esponjoso que abarca la longitud total de la parte inferior del pene.

Prepucio: capa de piel que cubre el glándula o punta del pene en el varón no circuncidado.

Figura 4.12 Estructura interna del pene.

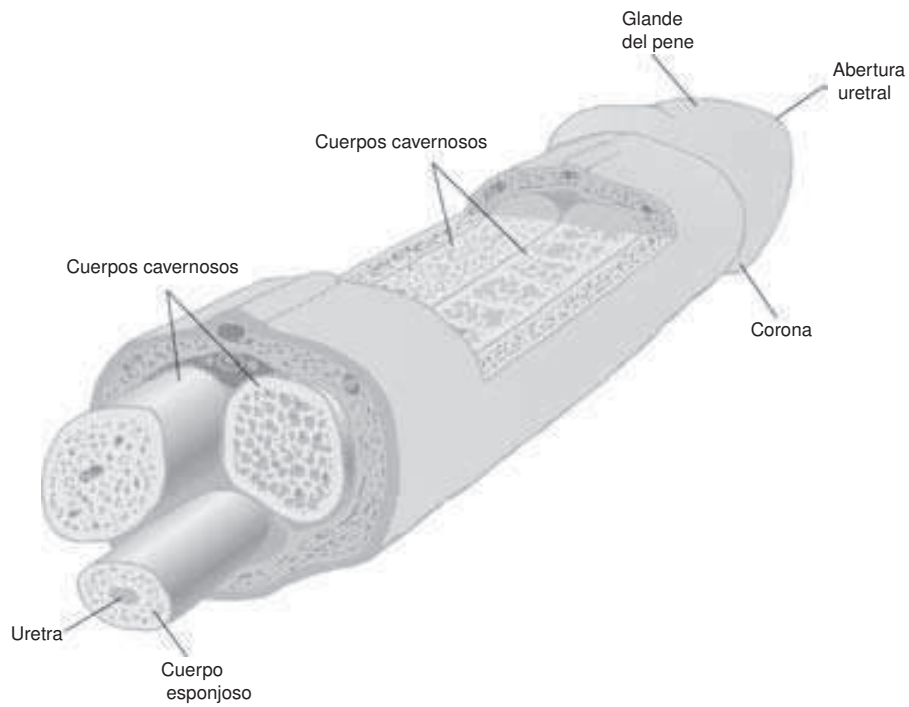


Figura 4.13 a) Pene circuncidado y b) pene sin circuncisión, mostrando el prepucio



a)



b)

Circuncisión: remoción quirúrgica del prepucio del pene.

Superincisión: forma de corte genital en el varón en el que se realiza una incisión a lo largo de la parte superior del prepucio.

Subincisión: forma de corte genital en el varón en el que se realiza una incisión a lo largo de toda la parte inferior del pene.

lo que es de gran importancia para la higiene adecuada.⁴ Si el prepucio no se retrae y se lava el glande de manera minuciosa, es posible que se acumule el esmegma, lo cual produce un olor muy desagradable.

La **circuncisión** se refiere a la extirpación o remoción quirúrgica del prepucio. La

circuncisión se practica en muchas partes del mundo y, cuando así lo deciden los padres, se lleva a cabo en Estados Unidos en niños varones unos días después de su nacimiento.

La circuncisión se puede realizar por razones culturales o religiosas. La circuncisión ha sido parte de las prácticas religiosas judías durante miles de años. Simboliza el pacto entre Dios y el pueblo judío y se realiza al octavo día después del nacimiento, de acuerdo con las enseñanzas de las escrituras (Génesis 17: 9-27). La circuncisión también es común en culturas musulmanas. En la mayoría de las culturas es posible que la circuncisión se lleve a cabo durante la pubertad como rito de iniciación o *rite de passage*. La capacidad del varón joven de soportar el dolor puede considerarse como prueba de su masculinidad.

Durante la década de 1980, un movimiento en contra de la circuncisión comenzó a cobrar auge en Estados Unidos. Sus proponentes argumentan que la circuncisión no aporta ningún beneficio a la salud y que implica algunos riesgos a la misma además de ocasionar trauma psicológico. Según este punto de vista, la circuncisión no es nada más que una cruel mutilación. (Para una afirmación relacionada con esta postura en contra de la circuncisión, véase Wallerstein, 1980.) De hecho, incluso desde 1971 la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría) había hecho una declaración formal en cuanto a que no existe una necesidad rutinaria para la circuncisión de varones recién nacidos. En consonancia con esta recomendación y con la creciente polémica acerca de la circuncisión, sólo se circuncidió al 59 por ciento de los lactantes varones en Estados Unidos en 1986, en comparación con 90 por ciento en 1970 (Lindsey, 1988).

No obstante, se realizó una nueva acumulación de evidencia y en 1989, la American Academy of Pediatrics cambió su declaración de 1971 y declaró que existen beneficios y ventajas médicas potenciales relacionadas con la circuncisión así como algunos posibles riesgos. Por ejemplo, la nueva evidencia indica que los bebés varones no circuncidados tienen 11 veces más probabilidades de contraer infecciones del tracto urinario que los bebés circuncidados

(Wiswell *et al.*, 1987). También existe cierta evidencia en cuanto a que los hombres que no han sido circuncidados tienen un mayor riesgo de infección de VIH, el virus del SIDA (Touchette, 1991). Se piensa que el prepucio puede albergar VIH y otros virus. En un estudio acerca de diferentes grupos geográficos y étnicos de África, algunos de los cuales practican la circuncisión y algunos de los cuales no lo hacen, se encontró que las tasas de infección de VIH eran muy bajas entre los grupos que practicaban la circuncisión y muy elevadas entre los grupos que no lo hacían (Moses *et al.*, 1990). En un estudio de cinco naciones, incluyendo España, Colombia, Brasil, Tailandia y las Filipinas, los hombres circuncidados mostraron tasas menores de infección por VPH (Cattelsagué *et al.*, 2002). El VPH es el virus que causa las verrugas genitales y que predispone a las mujeres al cáncer cervical (véase capítulo 20). En este mismo estudio, las parejas mujeres monógamas de los hombres circuncidados tenían tasas menores de cáncer del cuello uterino. Sin embargo, existen datos contradictorios que no demuestran ventaja médica alguna en cuanto a la circuncisión en países desarrollados tales como Australia y Estados Unidos (Donovan *et al.*, 1994; Laumann *et al.*, 1997).

En nuestra opinión, los datos científicos en cuanto a los beneficios sanitarios y riesgos de la circuncisión sencillamente no son concluyentes al momento presente. De acuerdo a esta misma perspectiva, en 1999 la American Academy of Pediatrics ha regresado a su postura de 1971 en cuanto a que no existe necesidad médica para la circuncisión.

Otros argumentos se han centrado en si el varón circuncidado y el no circuncidado reciben mayor placer de la relación sexual. De hecho, Masters y Johnson (1966) encontraron que no existe diferencia alguna en excitabilidad entre el pene circuncidado y el no circuncidado.

Otras formas de ablación genital masculina se realizan a lo largo del mundo. De hecho, la ablación genital masculina se lleva a cabo en más culturas que la ablación genital femenina (Gregersen, 1996). Una forma común que se lleva a cabo en la mayor parte de Polinesia es la **superincisión** (también conocida como *supercisión*), que implica hacer un corte a lo largo del prepucio por la parte superior, dejando el resto del prepucio intacto (Gregersen, 1996). En el caso de la **subincisión**, que es común entre algunas tribus en el centro de Australia, se hace un corte a lo largo de todo el pene por la parte inferior y a la profundidad de la uretra. Por lo anterior, la orina se excreta por la base del pene más que por la punta.

Como mínimo, se puede decir que el pene ha sido el centro de bastante atención a lo largo de la historia. En algunas culturas, esta atención se ha vuelto tan pronunciada que los genitales masculinos se han convertido en verdaderos objetos de culto religioso (idolatría fálica). No es de sorprender que los genitales masculinos frecuentemente se consideraran símbolos de fertilidad y por tanto se les idolatraba a causa de sus

⁴En un padecimiento poco común, el prepucio está tan apretado que no se puede retraer; este padecimiento, denominado *fimosis* , requiere de corrección por medio de una circuncisión.

poderes de procreación. En la antigua Grecia, la idolatría fálica se centraba en Príapo, hijo de Afrodita (diosa del amor) y de Dionisio (dios de la fertilidad y el vino). Por lo general, la representación de Príapo es un hombre sonriente con un pene enorme.

En la sociedad estadounidense contemporánea, es frecuente que la preocupación fálica se centre en el tamaño del pene. El *spam* de correo electrónico nos sonríe lascivamente con diversos productos que supuestamente aumentan el tamaño del pene. Comúnmente se cree que un hombre con un pene grande es mejor amante y que puede satisfacer más a la mujer que el hombre con un pene pequeño. Aún así, Masters y Johnson (1966) encontraron que esto no es cierto. Aun cuando existe una gran cantidad de variación de un varón a otro —en general, el pene promedio se encuentra entre los 6.4 y los 10 centímetros cuando está flácido— parece existir una tendencia a que el pene pequeño se agrande más durante la erección que el pene que de origen es más grande. Como resultado, existe poca correlación entre la longitud del pene flácido y su longitud cuando está erecto. Como dice el dicho, “La erección es el gran igualador.” El pene erecto promedio es de 15 centímetros de longitud, aunque se han medido penes erectos de más de 33 centímetros (Dickinson, 1949). Además, como se señaló con anterioridad, la vagina tiene relativamente pocas terminaciones nerviosas y es relativamente insensible. De aquí que la penetración hasta las mayores profundidades de la vagina por un pene muy largo no es esencial y es posible que ni siquiera se advierta. Muchos otros factores son de mayor importancia que el tamaño del pene al darle placer a una mujer (véanse capítulos 10 y 19).

La preocupación fálica también ha incluido un interés en las variaciones en la forma del pene cuando se encuentra flácido y erecto, como lo refleja la siguiente rima humorística:

Había un chaval del condado
Que tenía el pajarito doblado.
Para poder utilizarlo/Pretendió enderezarlo.
Y en lugar de venirse, se fue.

La preocupación fálica también se ha expresado en la teoría psicológica, en especial dentro de la teoría psicoanalítica. Como vimos en el capítulo 2, Freud consideraba que la preocupación acerca del pene y la ansiedad de castración relacionada eran el factor clave dentro del desarrollo psicológico masculino, conduciendo a la resolución del complejo de Edipo, a una mayor independencia en cuanto a los padres y a un incremento en madurez psicológica.⁵ ¡Todo esto a par-

⁵Las ansiedades acerca del pene se volvieron más que evidentes durante el ampliamente publicitado caso de John Wayne Bobbitt y Lorena Bobbitt y la inundación de chistes que provocó. Lorena Bobbitt, aparentemente después de un historial de abuso físico por parte de su marido, le cercenó el pene una noche. Más adelante, un cirujano lo readhirió. Los chistes revelaban la verdadera historia acerca de las ansiedades que esto provocó entre la gente de todo el país.

tir de una parte tan pequeña del cuerpo! (De hecho, la teoría dice, incluso, que el factor clave en el desarrollo psicológico femenino es la falta de pene.)

El escroto

La otra importante estructura genital externa del varón es el **escroto**; ésta es una bolsa suelta de piel, ligeramente cubierta de vello que contiene los testículos (“huevos” o “pelotas” en caló).⁶ Los testículos en sí se consideran como parte de los genitales internos.

Escroto: bolsa de piel que contiene los testículos en el varón.
Testículos: par de glándulas en el escroto que fabrican esperma y hormonas sexuales.
Túbulos seminíferos: túbulos en los testículos que fabrican el esperma.

Órganos internos

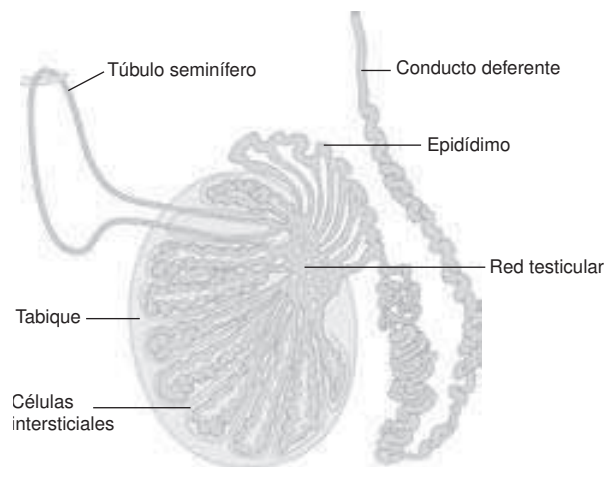
Los **testículos** son las *gónadas*, o glándulas reproductivas, del varón y que, por ende, son análogas a los ovarios de la mujer. Así como los ovarios, tienen dos funciones principales: fabricar células germen (espermatozoides) y hormonas sexuales, en particular *testosterona*. Ambos testículos son aproximadamente del mismo tamaño, aunque en general, el izquierdo cuelga más abajo que el derecho.

Dentro de la estructura interna de los testículos existen dos partes importantes: los túbulos seminíferos y las células intersticiales (véase figura 4.14). Los **túbulos seminíferos** llevan a cabo la importante función de fabricar y almacenar los espermatozoides, un proceso denominado *espermatogénesis*. Son una serie larga de túbulos como hilos que están enroscados y empacados de manera apretada dentro de los testículos. Hay cerca

⁶Esto nos recuerda otra rima jocosa:

Estaba el pirata Horcaditas
Patinando el idiota en lomitas.
Sobre su sable voló,
Ambas bolas se cortó
Y ya de nada sirve para citas.

Figura 4.14 Corte transversal esquemático de la estructura interna del testículo.



Células intersticiales: células en los testículos que fabrican la testosterona.

Espermatozoide: célula reproductiva masculina madura, capaz de fertilizar al óvulo.

Epidídimo: conducto sumamente enroscado que se localiza en el borde de los testículos; sitio donde madura el esperma.

Conductos deferentes: conductos a través de los cuales pasa el esperma desde los testículos por el epidídimo, fuera del escroto y hacia la uretra.

de 1 000 de estos túbulos los cuales, si se estiraran de punta a punta, serían de varios cientos de metros de longitud.

Las **células intersticiales** (o *células de Leydig*) llevan a cabo la segunda función importante de los testículos, la producción de testosterona. Estas células se encuentran en el tejido conectivo que yace entre los túbulos seminíferos. Las células se encuentran cerca de los vasos sanguíneos de los testículos

y vierten las hormonas que fabrican directamente a éstos. Así, los testículos son glándulas endocrinas (que secretan hormonas).

Cada testículo está rodeado de una cobertura rígida y blancuzca (la *túnica albugínea*). Esta cobertura es responsable del problema de esterilidad ocasionado por las paperas en el varón adulto. Cuando el virus de las paperas invade los testículos, ocasiona que se inflamen. Sin embargo, la túnica albugínea es apretada y no permite la expansión. Se aplastan los delicados túbulos, lo cual impide su función de producción de espermatozoides. Las paperas no provocan problemas en la mujer ya que los ovarios no se encuentran en una cobertura apretada similar.

Uno de los interesantes trucos que pueden hacer el escroto y los testículos, como podrá testificar cualquier varón, es acercarse o alejarse del cuerpo. Estos cambios suceden principalmente a causa de cambios en temperatura (aunque también los pueden producir factores emocionales). Si un hombre brinca dentro de un lago frío, el escroto se encogerá y se acercará al cuerpo. Si el hombre se encuentra trabajando en un lugar sumamente cálido, el escroto se alargará y alejará del cuerpo. Este mecanismo es importante debido a que los testículos deberían permanecer a una temperatura bastante constante, un poco por debajo de la temperatura corporal normal. La constancia de la temperatura es necesaria para proteger a los espermatozoides, que pueden resultar dañados a causa de temperaturas extremas. Así, si el aire está frío, los testículos se acercan al cuerpo para conservar el calor, pero si el aire está demasiado caliente, se alejan para enfriarse. La mecánica de este movimiento es posible gracias al *reflejo cremasteriano*, nombrado por el músculo cremáster que conecta al escroto con el cuerpo. La contracción refleja de este músculo es la que eleva a los testículos.

Muchas personas creen que tomar baños calientes, utilizar suspensorios apretados o tener una fiebre elevada puede ocasionar la infertilidad. De hecho, existen países en que los varones toman largos baños calientes como método anticonceptivo. Tal práctica tiene cierto fundamento biológico, ya que los espermatozoides se pueden destruir a causa del calor. Sin embargo, como método de control natal esta práctica no ha sido espe-

cialmente efectiva. En un estudio, se encontró que el uso de un suspensorio especial elevaba la temperatura corporal en casi 1°C y que utilizar el dispositivo todos los días durante siete semanas ocasionaba una reducción de cerca del 25 por ciento en el número de espermatozoides producidos (Robinson y Rock, 1967). Así, tales prácticas podrían reducir la fertilidad del varón hasta cierto punto, pero se alejan mucho de una efectividad del 100 por ciento como métodos anticonceptivos. Por otra parte, los varones con problemas de infertilidad en ocasiones se pueden curar si dejan de utilizar suspensorios y ropa interior apretada.

Después de la división celular inicial en los túbulos seminíferos, las células germen del varón pasan por diversas etapas de maduración. En la etapa más inicial, la célula se denomina *espermato gonio*. Más adelante se convierte en *espermato cito* (primero primario y después secundario) y después en *espermátide*. Por último, cuando se encuentra totalmente maduro se conoce como **espermatozoide**. La *espermato génesis*, la fabricación de espermatozoides, ocurre de manera continua en los varones adultos. La eyaculación promedio contiene cerca de 300 millones de espermatozoides.

Un espermatozoide maduro es muy pequeño, cerca de 60 micrómetros o 60/10 000 de milímetro en longitud, y consiste de una cabeza, un cuello, una parte media y una cola. Un espermatozoide humano normal lleva 23 cromosomas en la cabeza. Estos 23 son la mitad del número normal de las otras células del cuerpo humano. Cuando el espermatozoide se une con el óvulo, que también contiene 23 cromosomas, se produce el complemento completo de 46 para la cría. (Véase el capítulo 7 para una discusión acerca del papel del espermatozoide en la concepción.)

Después de que los espermatozoides se fabrican en los túbulos seminíferos, pasan a la *red testicular*, una red convergente de conductos en la superficie del testículo cerca de la porción superior. Entonces, los espermatozoides pasan al exterior del testículo hacia un solo conducto, el epidídimo. El **epidídimo** es un conducto largo (de cerca de 6 metros de longitud) enroscado en una pequeña región en forma de media luna al tope y lado del testículo. Los espermatozoides se almacenan en el epidídimo, donde maduran, posiblemente durante seis semanas.

Al momento de la eyaculación, los espermatozoides pasan del epidídimo al **conducto deferente** (es el conducto que se secciona en una vasectomía; véase capítulo 8). El conducto pasa hacia arriba y hacia afuera del escroto y después sigue una curiosa vía circular a medida que da vuelta sobre el hueso púbico, cruza junto a la vejiga urinaria y después baja hacia la próstata. Mientras el tubo pasa a través de la próstata, se estrecha y, en este punto, se le denomina *conducto eyaculatorio*. El conducto eyaculatorio se abre hacia la *uretra*, que tiene la doble función de transportar el esperma y la orina; los espermatozoides se eyaculan por el pene a través de la uretra.

Los espermatozoides tienen poca motilidad (capacidad de movimiento) por sí mismos mientras se encuentran en el epidídimo y en el conducto deferente. Es sólo hasta que se mezclan con las secreciones de la próstata que son capaces de moverse por sí solos (Breton *et al.*, 1996). Hasta ese momento, son transportados por los cilios y contracciones del epidídimo y del conducto deferente.

Las **vesículas seminales** son dos estructuras en forma de bolsa que se encuentran arriba de la próstata, detrás de la vejiga, y en frente del recto. Producen cerca del 70 por ciento del fluido seminal o eyaculación. La próstata produce el 30 por ciento restante. Vacían su fluido al conducto eyaculatorio para que se combine con los espermatozoides.

La **próstata** se encuentra debajo de la vejiga y es similar en tamaño y forma a una castaña. Está compuesta de tejido tanto muscular como glandular. La próstata segrega un líquido alcalino lechoso que es parte de la eyaculación. Se piensa que la alcalinidad de la secreción proporciona un ambiente propicio para los espermatozoides y ayuda a prevenir su destrucción a causa de la acidez de la vagina. La próstata es bastante pequeña al momento del nacimiento, aumenta en tamaño durante la pubertad y normalmente se encoge durante la ancianidad. Sin embargo, puede agrandarse lo suficiente como para interferir con la micción, en cuyo caso se requiere de un tratamiento quirúrgico o medicamentoso. Su tamaño se puede determinar por medio de una exploración rectal.

Las **glándulas de Cowper**, o *glándulas bulbouretrales*, se localizan justo debajo de la próstata y se vacían en la uretra. Durante la excitación sexual estas glándulas secretan una pequeña cantidad de líquido alcalino transparente que aparece en forma de pequeñas gotas en la punta del pene antes de que ocurra la eyaculación. Se piensa que la función de esta secreción es neutralizar la acidez de la uretra, permitiendo el paso seguro del espermatozoide. En general no se produce en cantidad suficiente para servir como lubricante durante el coito. Es frecuente que este líquido contenga algunos espermatozoides aislados. Por ende, es posible (aunque no probable) que una mujer se embarace a causa de los espermatozoides que se encuentran en este líquido aun cuando el varón no haya eyaculado.

aquellas mujeres cuyas madres, hermanas o abuelas hayan padecido de cáncer de mama.

Causas

Cerca del 5 por ciento de los casos de cáncer de mama en mujeres se deben a factores genéticos (Couzin, 2003). Es posible que los casos restantes se relacionen con un virus en particular o con la dieta. En países tales como Japón y Rumania, donde la dieta es baja en grasas, las tasas de cáncer de mama son menos de la mitad que la de Estados Unidos, donde la dieta es alta en grasas. La evidencia también sugiere que el tabaquismo aumenta el riesgo de cáncer en mujeres con ciertos antecedentes genéticos (Ambrosone *et al.*, 1996).

En los últimos años ha habido grandes avances en la investigación de la genética del cáncer de mama. Los científicos han identificado dos genes de cáncer de mama: BRCA1 (para *BR*east *C*ancer *1*, Cáncer de Mama 1) en el cromosoma 17 y BRCA2 en el cromosoma 13 (Ezzell, 1994; Miki *et al.*, 1994; Shattuck-Eidens *et al.*, 1995). Las mutaciones en estos genes ocasionan un elevado riesgo de cáncer de mama. Las mutaciones en BRCA1 y BRCA2 también aumentan la susceptibilidad al cáncer de ovarios (Miki *et al.*, 1994). En un estudio, de las mujeres con mutaciones en BRCA1 o BRCA2, 82 por ciento desarrollaron cáncer de mama con el tiempo y 54 por ciento desarrolló cáncer ovárico (King *et al.*, 2003). De hecho, entre los varones con mutaciones en estos genes, 16 por ciento desarrolló cáncer de próstata. Hoy en día existen pruebas disponibles de detección genética que detectan mutaciones BRCA en mujeres con un historial familiar de cáncer de mama. Si se encuentra una mutación BRCA, se puede llevar a cabo un monitoreo cuidadoso de la mujer y, de no encontrarse, ¡puede sentir un enorme alivio!

En la actualidad, los investigadores están explorando la terapia genética (Ezzell, 1996). En tales estudios, se le inyectan células genéticamente diseñadas que contienen genes BRCA normales a la mujer. Estudios con ratones indican que este tratamiento es exitoso para reducir tumores.

Diagnóstico

Todas las mujeres se deberían realizar un autoexamen de mama en forma habitual (véase Tema central 4.2). Este examen se debe realizar una vez al mes, pero no durante la menstruación, cuando hay una tendencia a que aparezcan nódulos naturales en el seno. Es importante llevar a cabo el autoexamen cada mes ya que mientras más temprano se detecta el cáncer de mama, mejores son las probabilidades de una recuperación total con el tratamiento adecuado.

Por desgracia, ciertos factores psicológicos pueden interferir con este proceso. Muchas mujeres no

Vesículas seminales: estructuras parecidas a un saco que residen dentro arriba de la próstata y que producen cerca del 70 por ciento del líquido seminal.

Próstata: glándula del varón, localizada por debajo de la vejiga, que segrega parte del líquido en el semen.

Glándulas de Cowper: glándulas que segregan un líquido alcalino transparente dentro de la uretra del varón.

Cáncer de los órganos sexuales

Cáncer de mama

El cáncer de mama es la segunda forma más común de cáncer en las mujeres, superado sólo por cánceres de la piel. Cerca de una de cada nueve mujeres estadounidenses padece de cáncer de mama en algún momento de su vida. Cada año, mueren 40 000 mujeres en Estados Unidos a causa del cáncer de mama (American Cancer Society, 2004). El riesgo aumenta para

Tema central 4.2

Autoexamen de mamas

Por medio del examen regular de sus propias mamas, es probable que una mujer note cualquier cambio que ocurra. El mejor momento para un autoexamen de mamas (AES) es cerca de una semana después de que haya finalizado su menstruación, cuando las mamas no están sensibles al tacto ni inflamadas. Si usted ya no menstrúa de manera regular, haga el AES el mismo día de cada mes.

Acuéstese con una almohada bajo el hombro derecho y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza. Utilice las yemas de sus tres dedos centrales para sentir si existen masas en su seno derecho. Presione con la suficiente firmeza como para que sepa cómo se siente su mama. Un borde firme en la curva inferior de cada mama es normal. Si no está segura de qué tan firmemente debe presionar, hable con su médico o con una enfermera. Mueva sus dedos alrededor de la mama en una línea circular ascendente y descendente, en un patrón de sectores triangulares. Asegúrese de hacerlo de la misma forma cada vez, revise el área completa de la mama y recuerde cómo se siente su mama de

mes a mes. Repita el examen con la mama izquierda, utilizando las yemas de los dedos de su mano derecha. (Mueva la almohada debajo de su hombro izquierdo.) Si encuentra cualquier cambio, notifíquelo a su médico de inmediato. Repita el examen de ambas mamas mientras se encuentra de pie, con un brazo detrás de la cabeza. La posición erguida facilita la revisión de la parte superior y externa de la mama (hacia su axila). Aquí es donde se descubre cerca de la mitad de los cánceres de mamas. Es posible que usted quiera realizar la parte de pie del AES mientras se encuentra en la ducha. Algunos cambios en la mama se pueden detectar con mayor facilidad cuando la piel está mojada y jabonosa.

Para mayor seguridad, usted puede verificar que en sus mamas no aparezcan depresiones en la piel, alteraciones en el pezón, enrojecimiento o inflamación mientras se encuentra parada frente a un espejo inmediatamente después de su AES de cada mes. Un autoexamen de mama no se debe considerar como sustituto de una mamografía regular.

Figura 4.15 Técnicas utilizadas en el autoexamen de mamas.



a)



b)

se autoexaminan porque temen que encuentren una masa; así, un nódulo puede pasar desapercibido durante mucho tiempo, reduciendo las probabilidades de una recuperación total. Algunas mujeres sí llevan a cabo el autoexamen pero cuando descubren una masa se asustan tanto que no hacen nada al respecto. Tal vez saber un poco más acerca de las realidades de las tumoraciones de mama y de la cirugía que se realiza cuando se descubren ayudará a ahuyentar algunos de los temores que rodean al tema del cáncer de mama.

Existen tres tipos de nódulos en las mamas: *quistes* (bolsitas llenas de líquido, también llamadas *mastitis quística* o *fibroquística*), *fibroadenomas* y *tumores malignos*. Lo importante es darse cuenta de que el 80 por ciento de las masas que se encuentran en las mamas son quistes o fibroadenomas y que son benignos, es decir, no son peligrosos. Por tanto, si usted encuentra una masa en su seno, las probabilidades de que no sea maligna son bastante elevadas; por supuesto, usted no podrá estar totalmente segura de esto hasta que un médico haya realizado una biopsia.

Una vez que haya descubierto un nódulo, debería consultar con un médico inmediatamente. En ese momento, se puede llevar a cabo uno de tres procedimientos de diagnóstico. Uno es la *aspiración con aguja*, en el que se inserta una fina aguja en el seno; si la masa es un quiste, el líquido al interior del mismo se drenará. Si la masa desaparece después de este procedimiento, se sigue que era un quiste; el quiste desaparece y no hay más de qué preocuparse. Si el nódulo permanece, debe ser un fibroadenoma o un tumor maligno.

También existen otras técnicas de detección temprana del cáncer de mama, específicamente la *mamografía*. En realidad, la *mamografía* consiste en tomar una radiografía del seno. Esta técnica es muy precisa, aunque todavía se cometen algunos errores. Sin embargo, la mejor ventaja es que es capaz de detectar tumores tan pequeños que aún no se pueden palpar; así, puede detectar el cáncer en las etapas más iniciales, lo que aumenta las probabilidades de recuperación. No obstante, la mamografía implica cierta exposición a radiaciones, lo cual en sí puede aumentar el riesgo de cáncer. La pregunta es: ¿qué es más peligroso: hacerse una mamografía o no detectar un cáncer de mama sino hasta una etapa posterior? Los expertos han concluido que los beneficios superan los riesgos. La American Cancer Society ahora afirma que una mujer debería hacerse su primera mamografía de línea base alrededor de los 35 años de edad y que después se debería hacer una a intervalos regulares de uno o dos años desde los 40 hasta los 49 años de edad, y cada año a partir de los 50 años de edad y en adelante. Es una idea errónea que las mamografías en sí previenen el cáncer. Sólo detectan tumores, lo que conduce al tratamiento del cáncer.

La mayoría de los médicos siente que la única forma definitiva de diferenciar entre un fibroadenoma y un tumor maligno es por medio de una *biopsia*. Se hace

Figura 4.16 Apariencia de una mama reconstruida después de una mastectomía.



una pequeña incisión en el seno y se retira el nódulo. Entonces, un patólogo lo examina para determinar si es canceroso. Si se trata tan sólo de un fibroadenoma, se ha retirado y ya no hay más de qué preocuparse.

Mastectomía

Se pueden llevar a cabo diversas formas de cirugía cuando se encuentra que una masa en el seno es maligna. También se pueden utilizar radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal. La cirugía más extrema es la **mastectomía radical**, donde se extirpan el seno completo, así como los músculos pectorales subyacentes y los ganglios linfáticos. Los defensores de este procedimiento argumentan que si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos adyacentes, la intervención garantiza la extirpación de todo el tejido afectado. Las desventajas de este procedimiento son que provoca desfiguraciones y que pueden existir dificultades en el movimiento del brazo después de la remoción de los músculos pectorales. En la *mastectomía radical modificada* se retiran el seno y los ganglios linfáticos, pero no los músculos pectorales. En una *mastectomía simple* sólo se retira el seno (y posiblemente unos pocos ganglios linfáticos). En la **nodulectomía**, sólo se extirpan la masa en sí y una pequeña porción del tejido circundante. De esta manera, se conserva el seno. La investigación indica que en casos de cáncer inicial, cuando éste no se ha propagado más allá del seno (por ejemplo, a los ganglios linfáticos), la nodulectomía seguida de radioterapia es tan efectiva como la mastectomía radical (Henahan, 1984; Veronesi *et al.*, 1981) y evidentemente es mucho más preferible. También se puede utilizar quimioterapia (tamoxifén).

Por lo general, los tratamientos son altamente efectivos. Si el cáncer no se ha propagado más allá del seno, la tasa de supervi-

Mastectomía radical: tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en el que se retira la mama completa, al igual que los músculos subyacentes y los ganglios linfáticos.

Nodulectomía: tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama en el que se retira únicamente el tumor y un pequeño trozo del tejido circundante.

vencia es mayor al 94 por ciento cinco años después del tratamiento (American Cancer Society, 1995).

Aspectos psicológicos

Hay mucho más mar de fondo en cuanto al cáncer de mama y la mastectomía que detalles técnicos acerca del diagnóstico y la cirugía. El impacto psicológico del cáncer de mamas y de la mastectomía puede ser enorme (para una reseña excelente, véase Meyerowitz, 1980). Parece haber dos orígenes del trauma: enterarse de que se padece de cáncer de cualquier tipo es traumático y la amputación del seno es un factor estresante adicional.

La respuesta emocional típica de la paciente que se somete a una mastectomía es depresión, frecuentemente asociada con ansiedad (Compas y Luecken, 2002). Estas respuestas son tan comunes que se pueden considerar como normales. La mujer tiene que realizar una variedad de adaptaciones fisiológicas y psicológicas que incluyen posturas diferentes para dormir y

hacer el amor y, en el caso de muchas mujeres, un cambio a ropa menos reveladora. Es común que las mujeres tengan dificultades para mostrar sus incisiones a sus parejas sexuales. Es posible que aumenten las tensiones maritales y los problemas sexuales. Muchas mujeres experimentan temor ante la posibilidad de reincidencia del cáncer, del tratamiento y de la muerte, además de preocupaciones acerca de mutilación a causa de la mastectomía y de una posible pérdida de feminidad. Nuestra cultura está orientada en gran medida hacia las mamas, y una mujer que ha definido su identidad en términos de su belleza y la voluptuosidad de su figura puede tener mayores dificultades para adaptarse.

Sin embargo, los estudios a largo plazo indican que la mayoría de las mujeres se adapta en forma gradual a las tensiones que ha experimentado. Un estudio encontró que las supervivientes de cáncer de mama no diferían de los controles en mediciones de depresión (Córdova *et al.*, 2001). Muchas mujeres se las arreglan para encontrarle significado a la experiencia con el

Tema central 4.3

Examen pélvico

Toda mujer adulta debería someterse a una revisión médica anual que incluya un examen pélvico detallado. Entre otras cosas, este tipo de examen es de extrema importancia en la detección del cáncer cervical, y la detección temprana es la clave de la curación. Algunas mujeres no se hacen el examen ya que se sienten ansiosas o apenadas o porque creen que son demasiado jóvenes o viejas; sin embargo, someterse a exámenes pélvicos regulares puede ser cuestión de vida o muerte. De hecho, el examen es bastante sencillo y no tiene por qué ocasionar cualquier tipo de incomodidad. A continuación se encuentra una descripción de los procedimientos de un examen pélvico (Boston Women's Health Book Collective, 1996).

Primero, el prestador de servicios de salud inspecciona la vulva, verificando que no aparezcan irritaciones, decoloraciones, protuberancias, piojos, lesiones cutáneas y flujo vaginal inusual. Después se hace una revisión interna para buscar *cistocelos* (protuberancias de la vejiga en la vagina), *rectocelos* (protuberancias del ano en la vagina), pus en las glándulas de Skene, quistes en las glándulas de Bartholin y se verifica la fortaleza de los músculos del piso pélvico y de los músculos abdominales. También se hace una prueba de incontinencia por esfuerzo; el médico le pide a la paciente que tosa y verifica si no hay un flujo involuntario de orina.

A continuación viene el examen con espéculo. El *espéculo* es un instrumento de metal o plástico que se

inserta en la vagina a fin de separar las paredes vaginales para permitir que se realice un examen. Una vez que el espéculo se coloca en su lugar (se debería calentar a temperatura corporal si es de metal), el prestador de servicios de salud busca cualquier señal poco común, tal como lesiones, inflamación o flujo inusual que provenga de las paredes de la vagina, y busca cualquier señal de infección o daño al cuello uterino. Entonces, el prestador de servicios médicos utiliza una pequeña espátula de metal para raspar una pequeña porción de tejido del cuello uterino a fin de realizar una prueba de Papanicolaou para cáncer cervical. Si esto se hace de manera adecuada, no debería ocasionar dolor alguno. También se puede llevar a cabo una batería de pruebas para enfermedades de transmisión sexual.

Si la mujer está interesada en ver su propio cuello uterino, le puede pedir al médico que sostenga un espejo a fin de que ella pueda verlo a través del espéculo. De hecho, algunos grupos de mujeres proponen que las mujeres aprendan a utilizar un espéculo para realizarse exámenes regulares a sí mismas; así, la detección temprana de enfermedades sería mucho más probable. (Para una descripción más detallada, véase el (Boston Women's Health Book Collective, 1996.)

A continuación, el prestador de servicios de salud realiza un examen pélvico bimanual. Él o ella deslizan sus dedos índice y medio de una mano al interior de la vagina y después, con la otra mano, presiona hacia abajo desde la parte externa de la pared abdominal. Entonces, el prestador de servicios de salud palpa para

cáncer y algunas muestran *crecimiento postraumático*, tal como encontrar nuevo significado en las relaciones y apreciar su vida en mayor grado.

Las clases educativas que proporcionen información relevante pueden ser de gran utilidad. Sin embargo, los grupos de apoyo, aunque muy populares, no han salido bien librados en pruebas de su efectividad para mejorar la salud mental (Helgeson *et al.*, 2001). Para aquellas mujeres que se encuentran más afligidas, la terapia cognitiva conductual con un terapeuta capacitado puede ser muy efectiva (Antoni *et al.*, 2001).

Cáncer cervical, endometrial y ovárico

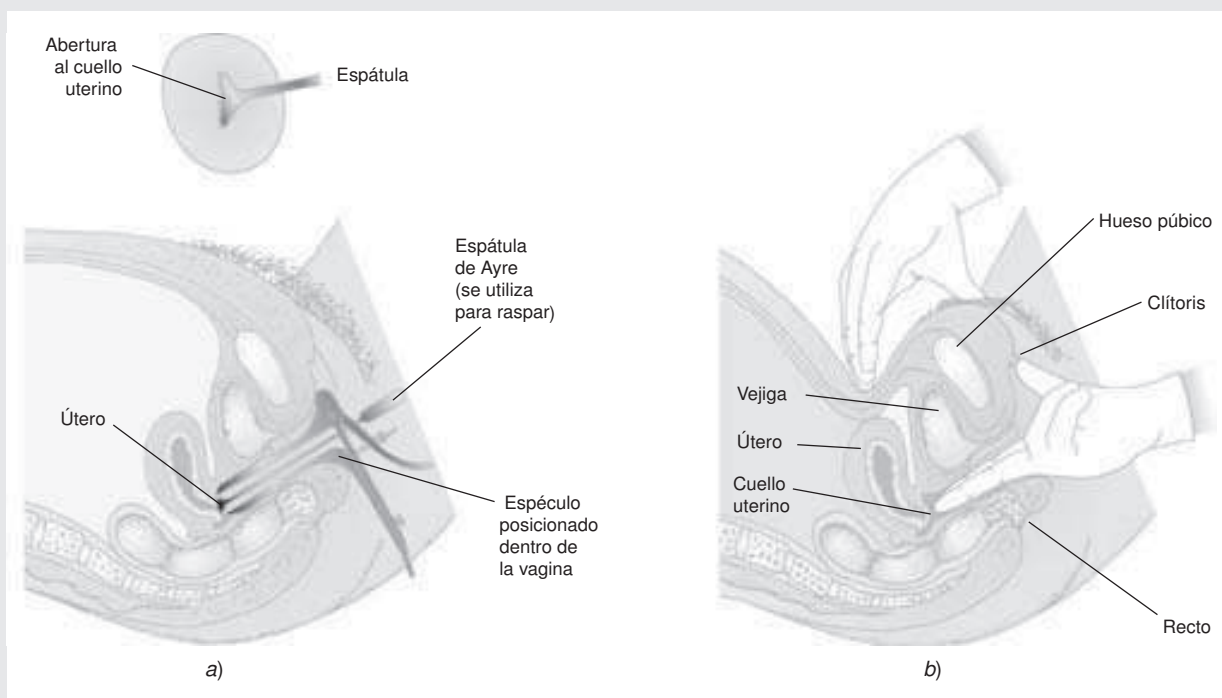
Los cánceres del cuello uterino, del endometrio y de los ovarios son los más comunes en las mujeres después del cáncer de mamas y representan cerca del 11 por ciento de cánceres nuevos en la mujer. Cada año, cerca de 27 000 mujeres estadounidenses mueren a causa de estos cánceres. Otros cánceres de los órganos sexuales y reproductivos de la mujer incluyen cáncer

de la vulva, de la vagina y de las trompas de Falopio; todos son relativamente poco comunes.

Cerca del 95 por ciento de los casos de cáncer cervical son a causa del virus del papiloma humano (VPH) (véase capítulo 20) (Janicek y Averette, 2001). La iniciación temprana al coito heterosexual durante la adolescencia es un factor de riesgo conocido para el cáncer del cuello uterino, como también lo es el coito con parejas múltiples. Por supuesto, tanto el coito temprano como con parejas múltiples aumentan el riesgo de infección de VPH. Las investigaciones muestran que existen genes supresores de tumores activos dentro de las células normales, previniendo que se vuelvan cancerosas. El VPH interfiere con la actividad de estos genes supresores de tumores (Janicek y Averette, 2001).

Es alentador señalar que la tasa de muerte del cáncer cervical ha disminuido de manera radical desde mediados de la década de 1960, principalmente como resultado de la *prueba de Papanicolaou* (inventada por G. N. Papanicolaou) y de revisiones médicas más

Figura 4.17 a) El espéculo colocado para la realización del examen pélvico. Se utiliza la espátula de Ayre para obtener una muestra de células para la prueba de Papanicolaou. b) Examen pélvico bimanual.



determinar la posición del útero, trompas de Falopio y ovarios, y para detectar cualquier señal de tumores, dolor o inflamación.

Por último, el prestador de servicios de salud puede llevar a cabo un examen recto-vaginal insertando un dedo al interior de la vagina y otro en el recto; esto proporciona mayor información acerca del posicio-

namiento de los órganos pélvicos y puede incluir una prueba para cáncer del colon.

De nuevo, es importante enfatizar que estos procedimientos no son dolorosos y que llevarlos a cabo de manera periódica es de extrema importancia para la salud de la mujer.

regulares (American Cancer Society, 2004). La prueba de Papanicolaou se lleva a cabo durante el examen pélvico (descrito en el Tema Central 4.3). Debido a que esta prueba extremadamente precisa puede detectar el cáncer mucho tiempo antes de que la persona presente los primeros síntomas, todas las mujeres mayores a los 18 años de edad deberían llevarla a cabo cada año y deberían iniciar aun antes si son sexualmente activas.

La tasa de muerte a causa de los cánceres cervical y endometrial es casi el doble en mujeres negras que en mujeres blancas, probablemente debido a que las mujeres negras no tienen acceso a una atención médica adecuada y a exámenes pélvicos regulares. Como en la mayoría de los cánceres, la probabilidad de que una mujer tenga un cáncer en el tracto reproductivo aumenta con la edad, aunque el cáncer cervical es relativamente común entre mujeres que se encuentran en su segunda década de vida.

El cáncer endometrial y el ovárico tienen una variedad de síntomas, lo que dificulta su diagnóstico. Se puede sospechar que existe un cáncer del endometrio cuando una mujer presenta sangrados vaginales durante periodos de su ciclo que no concuerdan con su menstruación normal o después de la menopausia. Los síntomas del cáncer de ovarios —inflamación abdominal y cólicos, vómitos y diarrea— pueden ser, y por lo general son indicativos de padecimientos menos graves tales como un virus estomacal o síndrome de colon irritable. Las técnicas de imagenología tales como el ultrasonido pélvico y la IRM, y las técnicas quirúrgicas levemente invasivas tales como la histeroscopia, pueden ayudar a diagnosticar estos cánceres.

El tratamiento para el cáncer cervical varía de acuerdo con qué tan avanzado se encuentra al momento del diagnóstico. Si se detecta de manera muy inicial, es bastante curable con métodos tales como la crioterapia, una técnica no quirúrgica que utiliza el frío extremo para la destrucción exclusiva de las células anormales. Otro tratamiento común es la biopsia de cono, en la que se extirpa, por medio de cirugía, un segmento del cuello uterino dejándolo primordialmente intacto. Para aquellas mujeres que padecen de un cáncer cervical que se ha propagado más allá de un pequeño punto localizado, la **histerectomía** (remoción quirúrgica del útero) es el

tratamiento habitual, aunque la radioterapia puede ser una alternativa.

En el caso de mujeres con cáncer endometrial, la histerectomía es el tratamiento de elección. El cáncer ovárico se trata por medio de una *ooforectomía* (remoción quirúrgica de los ovarios) que con frecuencia se acompaña de una histerectomía. Es común que estas cirugías se sigan de radioterapia o de quimioterapia.

Es importante señalar algunos hechos acerca de la histerectomía. A pesar de que conlleva riesgos similares a los de cualquier cirugía importante, la histerectomía no ocasiona que la mujer se “masculinice” y tenga barba y una voz profunda. El crecimiento de la barba

se ve influido por la testosterona, no por el estrógeno y la progesterona. Y son los ovarios los que producen estrógeno y progesterona. No se extirpan durante una histerectomía excepto en raras ocasiones cuando el cáncer se ha propagado a ellos. Por lo general, las mujeres a las que les han retirado los ovarios antes de los 50 años de edad se someten a una terapia de reemplazo hormonal (TRH) a fin de evitar los efectos de una menopausia prematura. Otra falacia acerca de la histerectomía es que impide que una mujer disfrute o incluso tenga relaciones sexuales. De hecho, ya que la vagina se deja intacta el coito es más que posible (para mayores detalles, véase el capítulo 12).

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en los varones, siendo la más común el cáncer de pulmón. Sin embargo, en la mayoría de los casos no es letal y las tasas de supervivencia son elevadas ya que la mayoría de los tumores son pequeños y sólo se propagan (metastatan) de manera muy lenta. Por otra parte, cierto porcentaje de tumores prostáticos sí se propagan y son letales. El cáncer de próstata causa 29 900 muertes al año (American Cancer Society, 2004). Se ha descubierto un gen de cáncer de próstata (HPC1, de *Hereditary Prostate Cancer*, Cáncer hereditario de próstata), pero sólo explica cerca del 3 por ciento de todos los casos (Pennisi, 1996; Smith *et al.*, 1996).

Los síntomas iniciales del cáncer de próstata son la micción frecuente (en especial durante las noches), dificultad para orinar y dificultad para vaciar la vejiga. Estos también son síntomas de una inflamación prostática benigna, que en sí puede requerir de tratamiento, ya sea por medio de cirugía o de fármacos (Oesterling, 1995). Estos síntomas son el resultado de la presión del tumor prostático sobre la uretra. En las etapas iniciales, es posible que existan frecuentes erecciones y un aumento en el impulso sexual; sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, es frecuente que se presenten problemas con el funcionamiento sexual.

El diagnóstico preliminar del cáncer de próstata se hace por medio de un examen rectal, el cual es muy sencillo y sólo ocasiona una incomodidad mínima. Sencillamente, el médico (quien utiliza un guante lubricado) inserta un dedo en el recto y palpa (siente) la próstata. Todo hombre de más de 50 años de edad debería realizarse un examen rectal al menos una vez por año. Si el examen rectal proporciona evidencia de un tumor, se pueden llevar a cabo análisis clínicos adicionales para su confirmación. No obstante, el examen rectal tiene sus desventajas. Algunos hombres no toleran la incomodidad que ocasiona y no es 100 por ciento exacto. En adición, existe una prueba sanguínea para el PSA (antígeno prostático específico) que también se debería llevar a cabo.

Con frecuencia, el tratamiento implica la remoción quirúrgica de parte o la totalidad de la próstata además de algún tipo de terapia hormonal, radioterapia o fár-

Histerectomía: remoción quirúrgica del útero

macos oncológicos. Debido a que el cáncer de próstata crece de manera muy lenta, existe la posibilidad de que permanezca sin tratamiento, en especial si el varón es anciano. La cirugía puede dar por resultado problemas de erección (Pérez *et al.*, 2002). De la misma manera en que la investigación ha encontrado que un gran número de parejas sexuales puede aumentar el riesgo de la mujer de cáncer cervical, las nuevas investigacio-

nes indican que los hombres con un elevado número de parejas sexuales femeninas tienen un riesgo mayor de cáncer de próstata (Rosenblatt *et al.*, 2001).

El cáncer peniano es otro cáncer del sistema sexual reproductivo masculino, pero es poco común en comparación con el cáncer de próstata. Parece ser mucho más común entre varones no circuncidados que entre varones circuncidados, lo que sugiere que la acumu-

Tema central 4.4

Examen testicular

Los médicos concuerdan en que el examen de los testículos de un varón es parte importante de un examen físico general. La American Cancer Society incluye el examen en sus recomendaciones para verificaciones oncológicas rutinarias. El tema del autoexamen testicular regular es más polémico. La ACS no siente que exista evidencia médica alguna que sugiera que, para los varones con un riesgo promedio de cáncer testicular, el examen mensual sea más efectivo que la sencilla toma de conciencia y la puntual evaluación médica. Sin embargo, cada hombre debe tomar la decisión de realizarse el examen o no, de modo que, en la presente sección, se incluyen las instrucciones para llevar a cabo un examen testicular.

Si usted planea realizarse el autoexamen, el mejor momento para hacerlo es durante o después del baño o la ducha, cuando la piel del escroto se encuentra relajada. Póngase de pie frente a un espejo y haga su pene a un lado. Examine cada testículo por separado. Sostenga el testículo entre el pulgar y los dedos de ambas manos y ruédelo suavemente entre sus dedos. Observe y sienta si aparecen protuberancias duras o *nódulos* (masas redondeadas lisas) o cualquier cambio en el tamaño, forma o consistencia de los testículos. Comuníquese con su médico si detecta cualquier señal que indique un problema. Está consciente de que los testículos contienen vasos sanguíneos, tejidos de apoyo y conductos por los que viajan los espermatozoides y que algunos hombres pueden confundirlos con un cáncer. Si tiene cualquier duda, consulte con su médico.

Estas son algunas señales de peligro del cáncer testicular:

1. Una protuberancia indolora o incómoda en uno de los testículos
2. Inflamación o aumento del tamaño del testículo
3. Sensación de pesadez o de dolor sordo en la parte baja del abdomen o en el escroto

Figura 4.18 Técnica utilizada para el examen testicular.



4. En casos raros, los hombres con cáncer de células germinales notan sensibilidad o crecimiento de sus mamas.

Vea a un médico de inmediato si presenta cualquiera de estos síntomas.

lación de esmegma debajo del prepucio puede estar relacionado con lo que lo ocasiona. El tratamiento puede consistir de cirugía o de radioterapia.

Cáncer testicular

El cáncer de testículos no es una forma particularmente común de cáncer. Se diagnostican cerca de 9,000 casos nuevos al año (American Cancer Society, 2004). Sin embargo, tiende a ser una enfermedad de hombres jóvenes, y es la forma más común de cáncer en varones entre los 29 y 35 años de edad. La incidencia para los varones blancos es casi cinco veces mayor que para los varones negros, y las tasas para latinos, nativos estadounidenses y asiáticoestadounidenses se encuentran en algún punto intermedio (American Cancer Society, 1998).

Por lo general, la primera señal es una protuberancia indolora en los testículos, o un ligero aumento en tamaño o cambio de consistencia en los testículos. Puede haber dolor en la parte baja del abdomen o en la ingle. Por desgracia, muchos hombres no descubren el tumor o, si lo hacen, no consultan con un médico de inmediato, de manera que en la mayoría de los casos el cáncer se propaga a otros órganos para el momento en que se consulta a un médico. Cuando al médico se

le informa de una protuberancia de manera puntual, la tasa de supervivencia a los cinco años es de 95 por ciento. Lance Armstrong, el gran ciclista, obtuvo tratamiento para cáncer testicular y más adelante ganó el *Tour de France* en múltiples ocasiones. Sin embargo, si no se descubre la protuberancia o si el hombre espera a ver al médico y el cáncer ha progresado a la Etapa III, la tasa de supervivencia es del 75 por ciento (American Cancer Society, 2000).

También es cierto que no toda protuberancia en los testículos es cancerosa. Algunos nódulos son varicoceles, es decir, venas varicosas.

El diagnóstico se hace por medio del examen que un médico hace de los testículos (véase Tema central 4.4) y por medio de ultrasonido. El diagnóstico final implica la remoción quirúrgica del testículo completo. Éste también es el primer paso del tratamiento. Por fortuna, se conserva el otro testículo, de modo que la producción hormonal y el funcionamiento sexual pueden continuar intactos. Es posible implantar un testículo artificial lleno de una sustancia gelatinosa a fin de restaurar una apariencia normal.

No se sabe con certeza cuál es la causa del cáncer testicular. Un testículo que no ha descendido está en mucho mayor riesgo de desarrollar cáncer.

RESUMEN

Los órganos sexuales externos de la mujer son el clítoris, la eminencia del pubis, los labios internos, los labios externos y la abertura vaginal. De manera colectiva, estos órganos se denominan vulva. El clítoris es un órgano extremadamente sensible y es de gran importancia en la respuesta sexual femenina. La clitoridectomía y la infibulación son rituales que implican la extirpación del clítoris y de otras partes de la vulva y se practican ampliamente en algunas naciones africanas y en otros lugares del mundo. Otra estructura externa es el himen, el cual ha tomado un gran significado simbólico como señal de virginidad, aunque su ausencia no es un indicador confiable de que una mujer no es virgen. Las estructuras internas importantes son la vagina, que recibe al pene durante el coito; el útero, que alberga al feto en desarrollo; los ovarios, que producen los óvulos y fabrican hormonas sexuales; y las trompas de Falopio, que conducen al óvulo hacia el útero. Las mamas de la mujer también participan en la excitación sexual y tienen un gran significado simbólico.

Los órganos sexuales externos del varón son el pene y el escroto. El pene contiene tres estructuras esponjosas que, cuando se llenan de sangre, producen la erección. La circuncisión, o remoción quirúrgica del prepucio del pene, es una práctica controversial en

Estados Unidos, pero puede presentar algunas ventajas de salud. El escroto contiene los testículos, que son responsables de la fabricación de los espermatozoides (en los túbulos seminíferos) y de hormonas sexuales (en las células intersticiales). Los espermatozoides salen de los testículos durante la eyaculación a través de los conductos deferentes, el conducto eyaculatorio y la uretra. Las vesículas seminales fabrican la mayoría del líquido que se mezcla con los espermatozoides para formar el semen. La próstata también contribuye a las secreciones.

El cáncer de mama es la segunda forma más común de cáncer en la mujer. Todas las mujeres deberían realizarse un autoexamen mensual, ya que mientras más pronto se detecte una protuberancia, mayores las probabilidades de una recuperación total. La prueba de Papanicolaou se utiliza para detectar el cáncer cervical. El cáncer de próstata es la segunda forma más común de cáncer entre los varones, pero en general afecta a los hombres mayores. El cáncer testicular, aunque poco común, es el cáncer más común en varones entre los 29 y 35 años de edad. Los hombres deberían realizarse un autoexamen testicular mensual, de la misma manera en que las mujeres deberían llevar a cabo un autoexamen de mama cada mes.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Formen dos grupos de estudiantes para debatir lo siguiente: conclusión: la circuncisión no se debería realizar de manera rutinaria. Puede recurrir a diversas fuentes a fin de proporcionar evidencia para su debate, incluyendo entrevistas con médicos y enfermeras, materiales de biblioteca (libros y artículos de revistas acerca de los efectos de la circuncisión) y entrevistas con padres de bebés.
2. Usted es un ginecólogo que trabaja en Nueva York. Una mujer inmigrante de Somalia hace una cita con usted. Quiere que usted infibule a su hija de 8 años de edad. Le suplica que lo haga, diciéndole que quiere que la niña se someta al procedimiento bajo condiciones seguras y sanitarias en un hospital. Cree firmemente que traicionaría a su cultura, a la cual regresarán dentro de dos años, si no lleva a cabo esta antigua costumbre con su hija. ¿Qué debería usted hacer?
3. Hoy en día, la clitoridectomía y la infibulación se practican ampliamente, en especial en África Oriental. La evidencia científica indica que estas prácticas pueden tener graves consecuencias negativas en la salud tanto para las mujeres como para las niñas. Algunas personas discuten que la gente de todo el mundo debería esforzarse por erradicar tales prácticas, tal vez con la ayuda de la Organización Mundial de la Salud. Otros argumentan que estas prácticas se encuentran profundamente arraigadas en las culturas de estos países y que los extranjeros no tienen derecho alguno de juzgarlas, y mucho menos de tratar de impedir las. ¿Qué piensa usted? ¿Por qué?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Boston Women's Health Book Collective. (1996). *The new our bodies, ourselves: A book by and for women*. Nueva York: Simon & Schuster. Una maravillosa fuente de fácil lectura acerca de la biología y sexualidad femeninas.

Gruenbaum, Ellen. (2000). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Gruenbaum relata su trabajo de campo en Sudán, donde se practican las formas más extremas de AGE.

Morgentaler, Abraham. (1993). *The male body: A physician's guide to what every man should know about his sexual health*. Nueva York: Simon & Schuster. Un libro confiable acerca de la salud masculina.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.mayoclinic.com>

La página principal de la Clínica Mayo; contiene recursos acerca de una variedad de cuestiones de salud.

http://my.webmd.com/webmd_today/home

WebMD Health; contiene recursos acerca de diversos temas de salud

<http://health.nih.gov>

National Institutes of Health; contiene vínculos y recursos acerca de diversos temas de salud.

<http://www.cirp.org>

Página de información y recursos acerca de la circuncisión.

<http://www.infocirc.org/top.htm>

Circuncision Information and Resource Center (Canadá).

<http://www.fgmnetwork.org>

The Female Genital Cutting Education and Networking Project

<http://www.cancer.gov>

Página inicial del National Cancer Institute

<http://www.cancer.org>

Página inicial de la American Cancer Society.

<http://homepages.primex.co.uk/~lesleyah/ocbclit.htm>

Una historia del clítoris

C A P Í T U L O

5

Hormonas sexuales y diferenciación sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Hormonas sexuales

Sistemas hormonales sexuales en el varón
Sistemas hormonales sexuales en la mujer

Diferenciación sexual prenatal

Cromosomas sexuales
Gónadas
Hormonas prenatales y los genitales

Descenso de testículos y ovarios
Diferenciación cerebral
Órganos homólogos
Diferenciación prenatal atípica de género

Diferenciación sexual durante la pubertad

Cambios en la mujer
Cambios en el varón

A sí pues,
supongo que tengo SIA
porque un dios existe,
y él o ella o ambos
vieron profundo en mi corazón
para ver
que todo lo que puedo ser
se expresa mejor
en forma de mujer.

La alternativa para mí
sería XY
y yo viril sería;
de modo que todo lo suave y tierno
se rendiría
a un filamento de ADN.
En la mentira de X y Y
vine a desafiar lo inmutable
de “él” y, seguramente, de “ella”
Mezclados e infundidos,
un ardid del género
que revierte
otro destino.

Los receptores que no responden
me han rescatado.

No es una desgracia,
¡sino un gran éxito de natura!*

*Sherri Groveman, individuo intersexual con síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA). En *Hermaphrodites with Attitude*, 1995, p. 2 (contacto Info@isna.org).

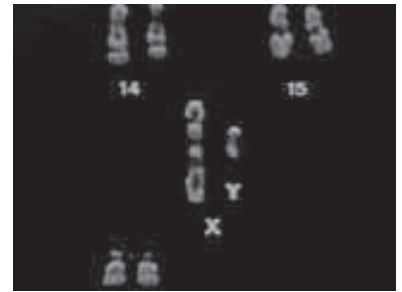
Una de las maravillas de la biología humana es aquella relacionada con las anatomías complejas y diferentes del varón y la mujer: el primero posee un pene y escroto; la segunda tiene una vagina, útero y mamas que surgen de una sola célula, el óvulo fertilizado, el cual varía únicamente en si incluye dos cromosomas X (XX) o un cromosoma X y uno Y (XY). Muchas de las diferencias estructurales entre hombres y mujeres surgen antes del nacimiento, durante el **periodo prenatal**, en un proceso denominado *diferenciación sexual prenatal*. Otras diferencias adicionales también se desarrollan durante la pubertad. Este proceso de diferenciación sexual —tanto prenatal como durante la pubertad— se examinará en este capítulo. Sin embargo, primero necesita considerarse otro sistema biológico, el sistema endocrino (hormonal), prestando particular atención a las hormonas sexuales, que representan un papel importante en el proceso de diferenciación.

Hormonas sexuales

Las **hormonas** son sustancias químicas poderosas fabricadas por las *glándulas endocrinas* y se segregan al torrente sanguíneo. Debido a que ingresan a la sangre, sus efectos se perciben con suma rapidez y en sitios corporales bastante distantes del lugar donde fueron fabricadas. Las hormonas sexuales más importantes son la **testosterona** (una entre un grupo de hormonas llamadas **andrógenos**) y el **estrógeno** y la **progesterona**. La tiroides, las suprarrenales y la pituitaria son ejemplos de glándulas endocrinas. En este caso, lo que nos interesa son las gónadas, o glándulas sexuales: los testículos en el varón y los ovarios en la mujer. La **glándula pituitaria** y una región estrechamente relacionada del cerebro, el **hipotálamo**, también son importantes debido a que el hipotálamo regula a la pituitaria, la cual regula a su vez a otras glándulas, en particular los testículos y los ovarios. Debido a su importancia, la pituitaria se ha denominado la *glándula maestra* del sistema endocrino. Ésta es una glándula pequeña, del tamaño aproximado de un chícharo, que se proyecta hacia abajo desde la parte inferior del cerebro. Está dividida en dos lóbulos: el anterior y el posterior. El lóbulo anterior es el que tiene interacción con las gónadas. El hipotálamo es una región en la base del cerebro justo por encima de la pituitaria (véase figura 5.1) y representa un papel en la regulación de muchas conductas vitales, como la ingestión de comida y líquidos y la conducta sexual,¹ y es importante en la regulación de la pituitaria.

Por ende, estas tres estructuras: el hipotálamo, la pituitaria y las gónadas (testículos y ovarios), funcionan en conjunto. Influyen en funciones sexuales tan importantes como el ciclo menstrual, el embarazo, los cambios de la pubertad y el comportamiento sexual.

¹Un psicólogo resumió las funciones del hipotálamo como pelea, alimentación, huida y conducta sexual.



Para aprender más sobre el papel de la química corporal para convertirnos en hombre o mujer, observe el video “Hormones and Sexual Differentiation” en el capítulo 5 de su CD.

Periodo prenatal: tiempo desde la concepción hasta el nacimiento.
Hormonas: sustancias químicas segregadas por las glándulas endocrinas dentro del torrente sanguíneo.
Testosterona: hormona segregada por los testículos en el varón (y también presente a niveles menores en la mujer).
Andrógenos: grupo de hormonas sexuales masculinas, una de las cuales es la testosterona.
Estrógeno: grupos de hormonas sexuales femeninas.
Progesterona: hormona sexual femenina segregada por los ovarios.
Glándula pituitaria: pequeña glándula endocrina localizada en la parte inferior del cerebro por debajo del hipotálamo; la pituitaria es importante en la regulación de los niveles de las hormonas sexuales.
Hipotálamo: pequeña región del cerebro que es importante para regular muchas funciones corporales, incluyendo el funcionamiento de las hormonas sexuales.

Figura 5.1 Circuito de retroalimentación del hipotálamo-pituitaria-gónadas, que regula la producción de las hormonas sexuales.

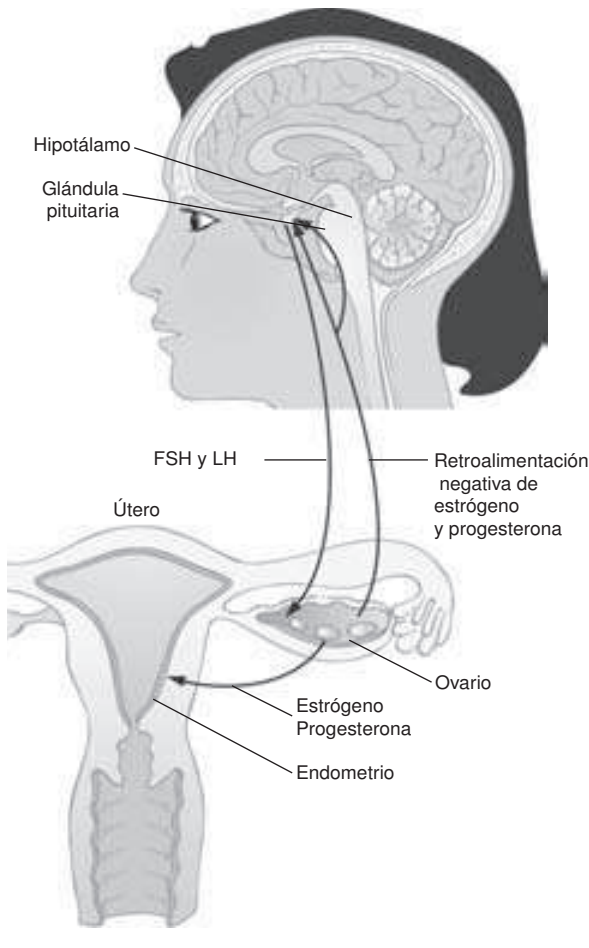
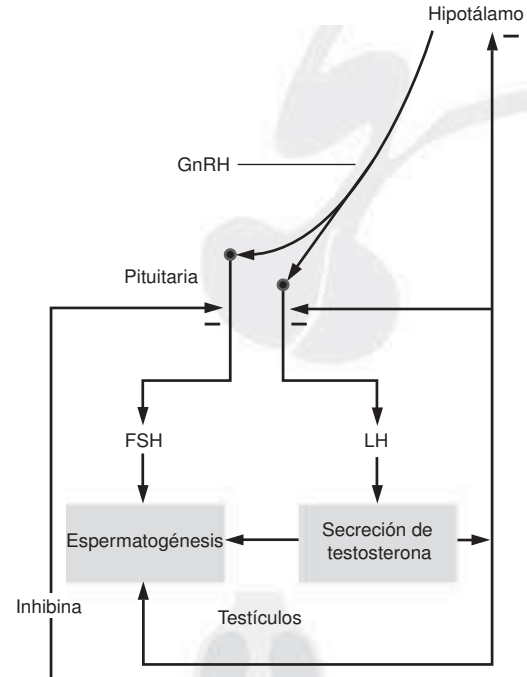


Figura 5.2 Diagrama esquemático del control hormonal de secreción de testosterona y producción de espermatozoides en los testículos. Los signos negativos indican que la testosterona inhibe la producción de LH, tanto en la pituitaria como en el hipotálamo.



Hormona folículoestimulante (FSH): hormona segregada por la pituitaria; estimula el desarrollo del folículo en las mujeres y la producción de espermatozoides en los varones.
Hormona luteinizante (LH): hormona segregada por la pituitaria; regula la secreción de estrógeno y el desarrollo del óvulo en la mujer y la producción de testosterona en el varón.
GnRH (hormona liberadora de gonadotropina): una hormona segregada por el hipotálamo que regula la secreción de la pituitaria de hormonas estimulantes de las gónadas.
Eje HPG: eje hipotálamo-pituitaria-gónadas, es el circuito de retroalimentación negativa que regula la producción de hormonas sexuales.

Sistemas hormonales sexuales en el varón

La pituitaria y los testículos producen hormonas. La hormona importante producida por los testículos es la *testosterona*. Ésta es una hormona sexual “masculina” o masculinizante que tiene importantes funciones en cuanto a estimular y mantener las características sexuales secundarias (como el crecimiento de la barba), mantener los genitales y su capacidad de producción de espermatozoides, y estimular el crecimiento de hueso y músculo.

La pituitaria produce varias hormonas, dos de las cuales son importantes para esta discusión: la **hormona folículoestimulante (FSH)** y la

hormona luteinizante (LH). Estas hormonas afectan el funcionamiento de los testículos. La FSH controla la producción de espermatozoides y la LH controla la producción de testosterona.

Los niveles de testosterona en los varones son relativamente constantes. Estos niveles constantes se mantienen debido a que el hipotálamo, la pituitaria y los testículos operan en un circuito de retroalimentación negativa (figura 5.2). Los niveles de LH se regulan a través de una sustancia llamada **GnRH (hormona liberadora de gonadotropina)**, que segrega el hipotálamo. (La GnRH regula de manera similar los niveles de FSH.) El sistema cierra el ciclo debido a que el hipotálamo es sensible a los niveles de testosterona presentes y, por ello, la testosterona influye en la secreción de GnRH. Este circuito de retroalimentación se denomina ocasionalmente **eje HPG** por el eje *hipotálamo-pituitaria-gónadas*.

Este circuito de retroalimentación negativa opera en gran medida con un sistema de caldera con termostato. Si la habitación está fría, ocurren ciertos cambios en el termostato y éste señala a la caldera que se encienda. La acción de la caldera entibia el aire en la habitación. Finalmente, el aire alcanza tal nivel de calor que se produce otro cambio en el termostato y éste envía una señal de apagarse a la caldera. Entonces la temperatura

de la habitación descendiendo gradualmente hasta que se produce otro cambio en el termostato, que entonces enciende la caldera, y el ciclo se repite. Éste es un circuito de retroalimentación *negativa* porque las *elevaciones* en temperatura *apagan* la caldera, mientras que los *descensos* en temperatura *encienden* la caldera.

El hipotálamo, la pituitaria y los testículos forman un circuito similar de retroalimentación negativa que garantiza que la testosterona se mantenga a un nivel bastante constante, al igual que lo hace la temperatura de una habitación. La producción de LH en la pituitaria estimula a los testículos para que produzcan testosterona. Sin embargo, cuando los niveles de testosterona se elevan, el hipotálamo reduce la producción de GnRH; entonces la pituitaria reduce la producción de LH y, en consecuencia, disminuye la producción de testosterona de los testículos. Cuando ésta ha descendido, el hipotálamo aumenta de nuevo la producción de GnRH y comienza otra vez el proceso.

Aunque el nivel de testosterona en los varones es muy constante, probablemente existe cierta cualidad cíclica, con variaciones según el momento del día y, posiblemente, según el momento del mes (véase capítulo 6).

A pesar de que durante algún tiempo ha sido claro que existe un circuito de retroalimentación negativa entre los niveles de testosterona y los niveles de LH, no se ha hecho evidente qué regula los niveles de FSH. La **inhibina** es una sustancia producida en los testículos (por células llamadas células nodrizas) que cumple exactamente con esa función —actúa para regular los niveles de FSH en un circuito de retroalimentación negativa— (Plant *et al.*, 1993).

El interés en la inhibina ha sido intenso debido a que es sumamente prometedora, al menos en un sentido teórico, como anticonceptivo masculino. Es decir, debido a que impide la producción de FSH, a su vez se inhibe la producción de espermatozoides. Los desarrollos futuros en este campo deberían resultar interesantes.

Sistemas hormonales sexuales en la mujer

Los ovarios producen dos hormonas importantes: *estrógeno*² y *progesterona*. Las funciones del estrógeno incluyen la estimulación de los muchos cambios que ocurren en la pubertad (estimular el crecimiento del útero y de la vagina, ampliar la pelvis y estimular el crecimiento de las mamas). El estrógeno también es responsable de mantener las membranas mucosas de la vagina y detener el crecimiento de hueso y músculo, lo cual explica el tamaño generalmente menor de las mujeres en comparación con los hombres.

En las mujeres adultas, los niveles de estrógeno y progesterona fluctúan de acuerdo con las fases del ciclo menstrual (véase capítulo 6) y durante varias

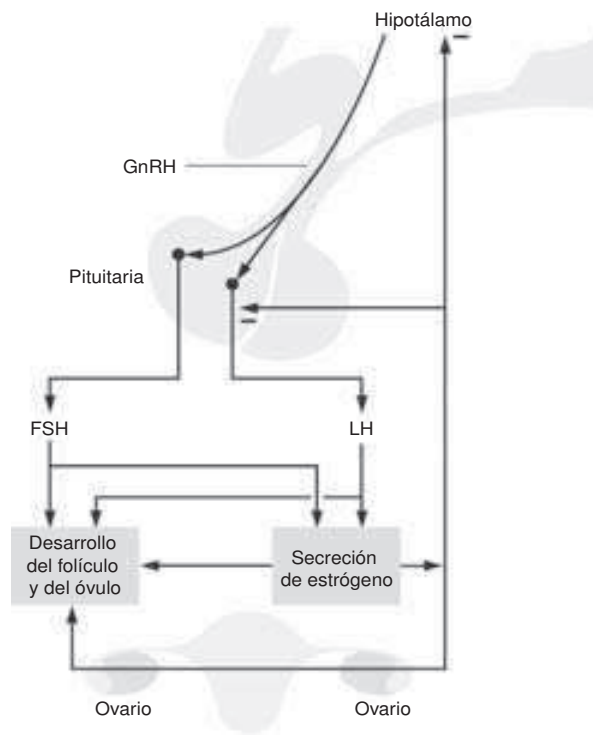
otras etapas como el embarazo y la menopausia. Los niveles de estrógeno y progesterona se regulan a través de dos hormonas pituitarias, FSH y LH. De este modo, los niveles de estrógeno y progesterona están controlados por un circuito de retroalimentación negativa del hipotálamo, pituitaria y ovarios, similar al del varón (véase figura 5.3). Por ejemplo, como se muestra en el lado derecho de la figura 5.3, los aumentos en el nivel de GnRH incrementan el nivel de LH y, a su vez, los incrementos en LH producen finalmente aumentos en la descarga de estrógeno; por último, los incrementos en el nivel de estrógeno inhiben (disminuyen) la producción de GnRH y LH.

La pituitaria produce otras dos hormonas, *prolactina* y *oxitocina*. La prolactina estimula la secreción de leche de las glándulas mamarias después de que una mujer ha dado a luz a un niño. La oxitocina estimula la salida de esa leche de los pezones. La oxitocina también estimula las contracciones del útero durante el parto.

El sistema de hormonas sexuales en la mujer funciona de manera muy similar al sistema de hormonas sexuales en el varón. Los ovarios y testículos producen muchas de las mismas hormonas, pero en cantida-

Inhibina: sustancia segregada por los testículos y ovarios y que regula los niveles de FSH.

Figura 5.3 Diagrama esquemático del control hormonal del estrógeno y producción del óvulo en los ovarios (durante la fase folicular de ciclo menstrual). Nótese qué tan similar es el mecanismo al del varón.



²En realidad deberíamos decir *estrógenos* porque son un grupo de hormonas como los andrógenos. El estradiol es uno de los estrógenos. Para simplificar las cosas, usaremos únicamente *estrógeno*.

des diferentes. Los ovarios, al igual que los testículos, producen inhibina, que a su vez forma un circuito de retroalimentación negativa con la producción de FSH (Burger, 1993). El funcionamiento del sistema hormonal sexual y del ciclo menstrual en la mujer se estudiará con mayor detalle en el capítulo 6.

Diferenciación sexual prenatal

Cromosomas sexuales

Como se señaló antes, al momento de la concepción el ser humano futuro consiste únicamente de una sola célula, el óvulo fertilizado. La única diferencia entre el óvulo fertilizado que se volverá una mujer y aquel que se volverá un varón son los cromosomas sexuales incluidos en el óvulo fertilizado. Si posee dos cromosomas X, el resultado típicamente será una mujer; si posee un cromosoma X y un cromosoma Y, el resultado típicamente será un varón. Así, aunque son increíblemente diminutos, los cromosomas sexuales llevan consigo un cúmulo de información que transmiten a diversos órganos en todo el cuerpo, dándoles instrucciones de cómo diferenciarse en el curso del desarrollo. El cromosoma Y, por ser más pequeño, lleva menos información que el cromosoma X.

En ocasiones, al momento de la concepción los individuos reciben una combinación de cromosomas sexuales diferente a la XX o XY. Tales complementos anormales de los cromosomas sexuales pueden conducir a una variedad de síndromes clínicos, como el

síndrome de Klinefelter. En este síndrome, un varón genético tiene un cromosoma X adicional (XXY). Como resultado, los testículos son anormales, no hay producción de esperma y los niveles de testosterona son bajos (Winter y Couch, 1995)

Esta célula única se divide repetidamente, convirtiéndose en un organismo de dos células, después en un individuo de cuatro células, después en un organismo de ocho células y así

sucesivamente. Para los 28 días después de la concepción, el embrión es aproximadamente de 1 centímetro (menos de ½ pulgada) de longitud, pero los embriones de hombres y mujeres son todavía idénticos, excepto por los cromosomas sexuales; es decir, el embrión todavía se encuentra en un estado indiferenciado. Sin embargo, para la séptima semana después de la concepción, se han formado algunas estructuras básicas que en un momento dado se volverán el sistema reproductivo de un varón o de una mujer. En este momento, el embrión posee un par de gónadas (cada gónada

tiene dos partes, una corteza externa y una médula interna), dos conjuntos de conductos (los *conductos de Müller* y los *conductos de Wolff*), así como también genitales externos rudimentarios (el *tubérculo genital*, los *pliegues uretrales* y la *tumefacción genital*) (véase la parte superior de la figura 5.4).

Gónadas

Para la séptima semana después de la concepción, los cromosomas sexuales dirigen a las gónadas a comenzar la diferenciación. En los hombres, la gónada indiferenciada evoluciona para formar un testículo aproximadamente a las 7 semanas. En la mujer, el proceso ocurre un poco después, con el desarrollo de los ovarios aproximadamente a las 13 o 14 semanas.

Un gen importante que dirige la diferenciación de las gónadas, y que se localiza en el cromosoma Y, se conoce como **SRY**, por región de determinación del sexo en el cromosoma Y (Page *et al.*, 1987; Skaletsky *et al.*, 2003). Si está presente el SRY, ocurre la diferenciación de los testículos y el desarrollo de un varón (véase figura 5.5 para un resumen de todos los genes que regulan la diferenciación sexual). Los investigadores descubrieron este gen al estudiar casos de desarrollo anormal, por ejemplo, mujeres adultas que tenían cromosomas sexuales XY y que eran infértiles. Los investigadores encontraron que en estas personas faltaba una sección del cromosoma Y, precisamente aquella que contiene el SRY. El cromosoma X contiene varios genes que controlan el funcionamiento normal de los ovarios (Winter y Couch, 1995). Es sorprendente que varios genes en el cromosoma X afectan a las células de los testículos que fabrican el esperma (Wang *et al.*, 2001).³

Hormonas prenatales y los genitales

Una vez que los ovarios y los testículos se han diferenciado, comienzan a producir diferentes hormonas sexuales que, entonces, dirigen la diferenciación del resto del sistema genital interno y externo (véase figura 5.4).

En la mujer, los conductos de Wolff degeneran y los **conductos de Müller** se convierten en las trompas de Falopio, el útero y la parte superior de la vagina. El tubérculo se convierte en el clítoris, los pliegues se vuelven los labios internos y la tumefacción se desarrolla para formar los labios externos.

Los testículos segregan la sustancia inhibidora de Müller (SIM) (Vilain, 2000). La SIM causa la degeneración de los conductos de Müller, en tanto que los **conductos de Wolff**, apoyados por la testosterona, se convierten en el epidídimo, los conductos deferentes y el conducto eyaculador. El tubérculo se vuelve el glande del pene, los pliegues forman el cuerpo del

³Los científicos se emocionaron tanto con este hallazgo de los genes en el cromosoma X que actúan sobre los testículos que comenzaron a llamarlo *genes transexuales*. (Quizá tendría que haber estado yo allí para entenderlo.)

SRY: región de determinación del sexo en el cromosoma Y.

Conductos de Müller: conductos encontrados en fetos masculinos y femeninos; en los varones, estos conductos degeneran y en las mujeres, se desarrollan para formar las trompas de Falopio, el útero y la parte superior de la vagina.

Conductos de Wolff: conductos encontrados en los fetos masculinos y femeninos; en las mujeres degeneran y en los varones evolucionan para formar el epidídimo, los conductos deferentes y el conducto eyaculador.

Figura 5.4 Desarrollo de los genitales externos del hombre y la mujer a partir de la etapa indiferenciada. Esto ocurre durante el desarrollo prenatal. Nótese los órganos homólogos en la mujer y el varón.

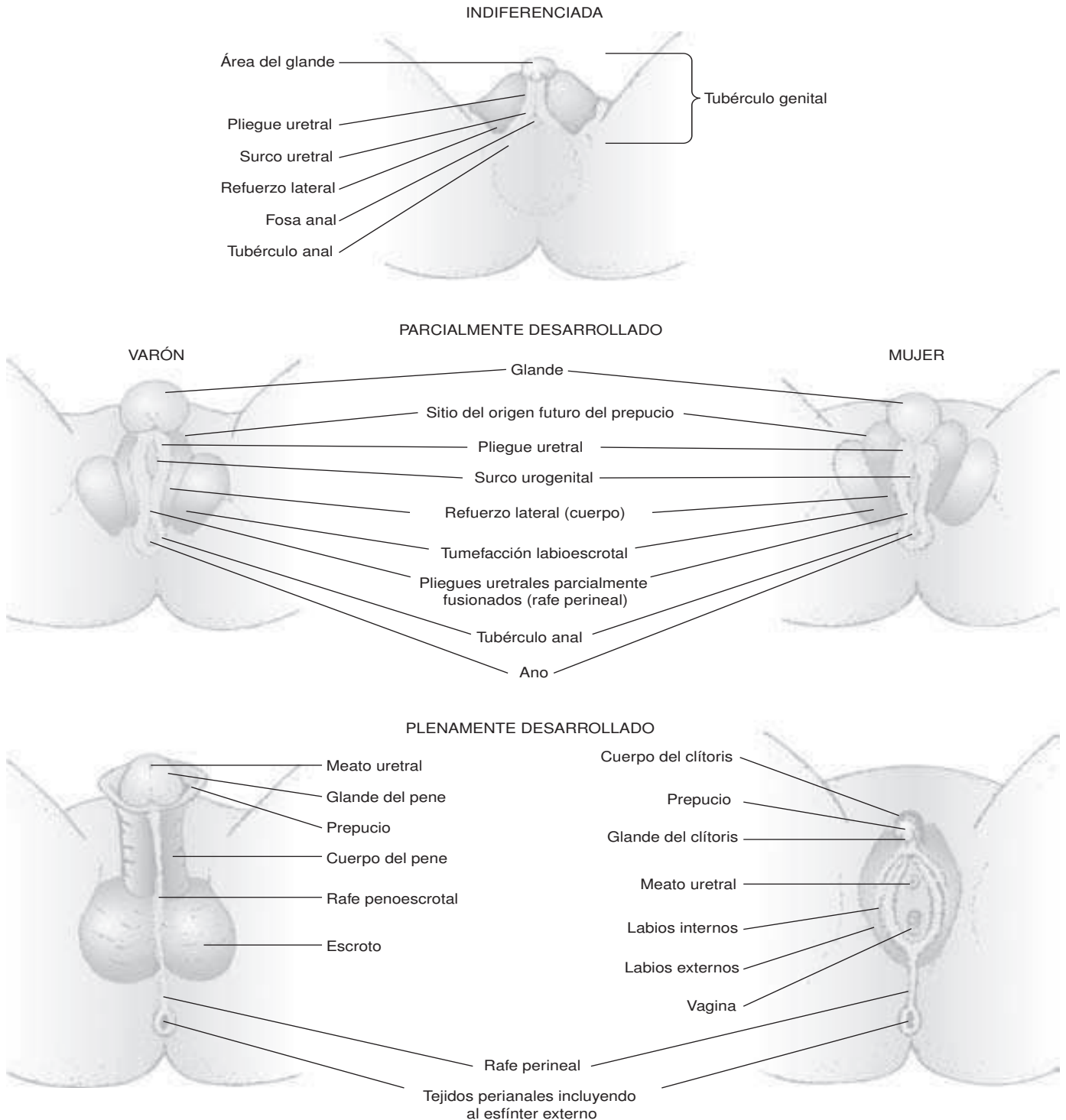
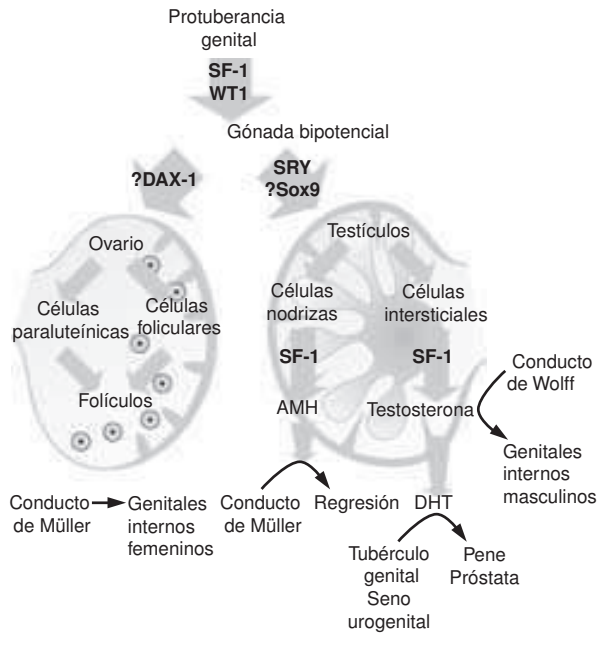


Figura 5.5 Posibles funciones de los genes vinculados hasta la fecha con la diferenciación sexual en los mamíferos: SRY Sox9; AMH, WT1, SF-1 y DAX-1 (Marx, 1995).



Criptorquidia: testículos que no han descendido; el padecimiento en el que los testículos no descienden al escroto como deberían haberlo hecho durante el desarrollo prenatal.

pene y la tumefacción se desarrolla para formar el escroto.

El mecanismo a través del cual se diferencian los genitales internos y externos está sujeto a mucha investigación nueva

y emocionante. Cuando menos seis genes diferentes están implicados en la diferenciación sexual prenatal (figura 5.5) y una mutación en cualquiera de ellos puede causar un error en el desarrollo (Vilain, 2000).

Para los cuatro meses después de la concepción, el género del feto es evidente por la apariencia de los genitales externos (figura 5.4).

Descenso de testículos y ovarios

A medida que ocurren estos cambios del desarrollo, los ovarios y testículos cambian de forma y posición. Al principio, los ovarios y testículos yacen cerca de la parte superior de la cavidad abdominal. Para la décima semana han crecido y han descendido al nivel del borde superior de la pelvis. Los ovarios permanecen allí hasta después del nacimiento; posteriormente cambian a su posición adulta en la pelvis.

Los testículos del varón deben hacer un viaje mucho más largo, hasta el escroto a través de una vía llamada *canal inguinal*. Normalmente este movimiento ocurre alrededor del séptimo mes después de la concepción. Después del descenso de los testículos se cierra el canal inguinal.

En este proceso pueden ocurrir dos problemas. Primero, es posible que uno o ambos testículos no desciendan al escroto para el momento del nacimiento, un padecimiento conocido como *testículos no descendidos* o **criptorquidia** (Santen, 1995). Esto ocurre en aproximadamente 2 por ciento de los varones; con más frecuencia sólo uno de los testículos no ha descendido y el otro se encuentra en posición normal. En la mayoría de los casos, los testículos descienden para el momento de la pubertad y sólo cerca de 1 de cada 500 hombres adultos tiene testículos que no han descendido. Sin embargo, si los testículos no descienden, el padecimiento debe ser corregido con cirugía o terapia hormonal. El momento óptimo para hacerlo es antes de los 5 años de edad. De otra manera, si ambos testículos no han descendido, el hombre será estéril porque, como se analizó en el capítulo 4, la elevada temperatura de los testículos dentro del cuerpo inhibe la producción de espermatozoides. También es más probable que los testículos no descendidos desarrollen cáncer.

El segundo problema posible ocurre cuando el canal inguinal no se cierra completamente. Puede reabrirse posteriormente en la vida, creando una vía por la cual pueden ingresar trozos de intestino dentro del escroto. Este padecimiento, denominado *hernia inguinal*, puede remediarse con cirugía simple.

Diferenciación cerebral

Durante el periodo prenatal, cuando las hormonas sexuales están teniendo un gran impacto sobre la anatomía genital, también actúan en el cerebro (Arnold, 2003). Los resultados de muchos experimentos con animales indican que en ciertas regiones del cerebro existen diferencias entre los cerebros masculinos y femeninos. La principal estructura con diferenciación por sexo es el hipotálamo, en particular una región de éste llamada *área preóptica* (Collaer y Hines, 1995; Fitch y Bimonte, 2002). En los seres humanos, la evidencia también indica que existen diferencias entre los cerebros de hombres y mujeres en el área preóptica, aunque es posible que estas diferencias se desarrollen después del nacimiento en lugar de ser prenatales (Swaab *et al.*, 1995).

Uno de los efectos más importantes en esta diferenciación sexual cerebral es la determinación de la sensibilidad al estrógeno de ciertas células en el hipotálamo, células que tienen *receptores de estrógeno* (Choi *et al.*, 2001; McEwen, 2001). Si hay presencia de testosterona durante el desarrollo fetal, estas células especializadas en el hipotálamo se vuelven insensibles al estrógeno. Si el estrógeno está presente, estas células se vuelven sumamente sensibles a los niveles de estrógeno en el torrente sanguíneo. Esta sensibilidad es esencial para el circuito de retroalimentación del hipotálamo-pituitaria-gónadas que se discutió antes. Las células hipotalámicas del varón son relativamente insensibles a los niveles de estrógeno, mientras que las células hipotalámicas femeninas son sumamente sensibles a ellos. Las

células hipotalámicas masculinas tienen más receptores de andrógenos (Donahue *et al.*, 2000).

Los nuevos estudios con imágenes de resonancia magnética (IRM) nos dan una perspectiva acerca del cerebro de seres humanos vivos y en estado de conciencia, en contraste con las técnicas anteriores que hacían disecciones de los cerebros de personas y animales muertos. El pago, al menos por ahora, es que las medidas con IRM son evaluaciones relativamente burdas y simples acerca del volumen o tamaño de ciertas regiones. Uno de estos estudios encontró un mayor volumen del hipotálamo y la amígdala —que son regiones cerebrales con elevadas densidades de receptores de estrógeno y andrógenos— en los varones en comparación con las mujeres (Goldstein *et al.*, 2001). Las regiones del cerebro que tienen menos receptores de estrógeno y andrógenos no mostraron estas diferencias de género en cuanto al tamaño. Es interesante señalar que una técnica diferente de IRM, las IRM funcionales, o IRMf, han detectado aumentos en la activación de una región del hipotálamo en varones que están excitados sexualmente (Arnou *et al.*, 2002).

Órganos homólogos

La discusión anterior acerca de la diferenciación sexual subraya el hecho de que, aunque los hombres y mujeres adultos parecen tener anatomías reproductivas muy diferentes, sus órganos reproductivos tienen orígenes similares. Cuando un órgano en el hombre y un órgano en la mujer se desarrollan a partir del mismo tejido embrionario, se dice que los órganos son **homólogos**. Cuando ambos órganos tienen funciones similares, se dice que son **análogos**. El cuadro 5.1 resume las principales homologías y analogías de los sistemas reproductivos masculino y femenino. Por ejemplo, los ovarios y los testículos son homólogos (se desarrollan a partir de una gónada indiferenciada) y análogos (producen gametos y hormonas sexuales).

Diferenciación prenatal atípica de género

El género no es una cuestión simple, un hecho que queda demostrado por la discusión anterior. Sin embargo, la mayoría de las personas creen que es así. Es decir, típicamente las personas suponen que si una persona es mujer, será femenina; se considerará a sí misma como una mujer; se sentirá sexualmente atraída hacia los hombres; tendrá un clítoris, vagina, útero y ovarios; y tendrá cromosomas sexuales XX. La suposición paralela es que todos los hombres son masculinos; se consideran a sí mismos como varones; se sienten atraídos hacia las mujeres; tienen un pene, testículos y escroto; y tienen cromosomas sexuales XY.

A lo largo de las últimas décadas, se ha hecho gran cantidad de investigación que desafía estas suposiciones y proporciona mucha información acerca de la sexualidad y el género y sobre su desarrollo. Sin embargo, antes de analizar los resultados de tales investigaciones, es necesario dar cierta información antecedente.

Podemos distinguir entre las siguientes ocho variables del género (adaptadas de Money, 1987):⁴

1. *Género cromosómico*. XX en la mujer, XY en el varón.
2. *Género gonadal*. Ovarios en la mujer y testículos en el varón.
- 3a. *Género hormonal prenatal*. Testosterona y SIM en el hombre pero no en la mujer antes del nacimiento.
- 3b. *Diferenciación cerebral prenatal y neonatal*. Presencia de testosterona para la masculinización, ausente para la feminización.
4. *Organos internos*. Trompas de Falopio, útero y vagina superior en la mujer; próstata y vesículas seminales en el hombre.

Órganos homólogos: órganos en el varón y la mujer que se desarrollan a partir del mismo tejido embrional.
Órganos análogos: órganos del varón y la mujer que tienen funciones similares.

⁴La distinción entre los términos *género* y *sexo*, que se analizó en el capítulo 1, se conserva aquí.

Cuadro 5.1 Órganos homólogos y análogos en los sistemas reproductivos del hombre y la mujer

| Fuente embrional | Órganos homólogos | | Órganos análogos | |
|-----------------------------|--|---|------------------------------------|--|
| | En el varón adulto | En la mujer adulta | En el varón adulto | En la mujer adulta |
| Gónada (médula más corteza) | Testículos (a partir de la médula) | Ovarios (a partir de la corteza) | Testículos (a partir de la médula) | Ovarios (a partir de la corteza) |
| Tubérculo genital | Glande del pene | Clítoris | Glándula del pene | Clítoris |
| Tumefacción genital | Escroto | Labios externos | | |
| Conducto de Müller | Degenera, dejando sólo residuos | Trompas de Falopio, útero, parte de la vagina | | |
| Conducto de Wolff | Epidídimo, conductos deferentes, vesículas seminales | Degenera, dejando sólo residuos | | |
| Primordio uretral | Próstata, glándulas de Cowper | Glándulas de Skene, glándulas de Bartholin | Próstata, glándulas de Cowper | Glándulas de Skene, glándulas de Bartholin |

5. *Apariencia genital externa.* Clítoris, labios internos y externos y abertura vaginal en la mujer; pene y escroto en el hombre.
6. *Género hormonal puberal.* En la pubertad, estrógeno y progesterona en la mujer; testosterona en el varón.
7. *Género asignado.* Anuncio al nacer sobre que “es una niña” o “es un niño” basado en la apariencia de los genitales externos; el género que los padres y el resto de la sociedad consideran que tiene el niño; el género de crianza del niño.
8. *Identidad de género.* Sensación privada, interna, de una persona acerca de su naturaleza masculina o femenina.

Estas variables podrían subdividirse en variables biológicas (las primeras seis) y variables psicológicas (las últimas dos).

Por supuesto, en la mayoría de los casos, estas variables coinciden en un individuo. Es decir, en la mayoría de los casos, la persona es una mujer o un varón “consistente”. Si la persona es una mujer, tiene cromosomas XX, ovarios, un útero y vagina y un clítoris; se le cría como mujer y se considera a sí misma mujer. Si la persona es un hombre, tiene el conjunto paralelo de características apropiadas.

Sin embargo, como resultado de uno de varios factores durante el curso del desarrollo sexual prenatal, el género indicado por una o más de estas variables puede estar en desacuerdo con el género indicado por otras.

Cuando ocurren contradicciones entre diversas de estas variables biológicas (1 a 6), la persona se llama **intersexual** o **seudohermafrodita**.⁵ En un sentido biológico, el género de esa persona es ambiguo; es posible que las estructuras reproductivas sean parcialmente masculinas y parcialmente femeninas o quizás sean masculinas o femeninas de manera incompleta. Aproximadamente 2 por ciento

de los nacimientos tienen una condición intersexual (Blackless *et al.*, 2000).

Varios síndromes pueden causar la intersexualidad, siendo algunos de los más comunes la hiperplasia suprarrenal congénita, el pseudohermafroditismo inducido por progestina y el síndrome de insensibilidad a los andrógenos. En la **hiperplasia suprarrenal congénita (HSC)**, también llamada *síndrome adrenogenital*, una mujer genética desarrolla normalmente los ovarios durante el periodo fetal; sin embargo, después en el curso del desarrollo prenatal, la glándula suprarrenal

Intersexual: un individuo que tiene mezcla de estructuras masculinas y femeninas, de modo que no está claro al momento del nacimiento si el individuo es varón o mujer. También llamado *seudohermafrodita*.

Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC): padecimiento en el que una mujer genética produce niveles anormales de andrógenos durante la época prenatal y, por ende, tiene genitales de apariencia masculina al momento de nacer.

⁵El término *hermafrodita* se tomó de Hemafroditos, el nombre del hijo mitológico de Hermes y Afrodita. Esta última es la diosa griega del amor.

Figure 5.6 Dr. John Money, un polémico iniciador de la investigación acerca de los individuos intersexuales y su tratamiento.



comienza a funcionar anormalmente (como resultado de una condición genética recesiva no relacionada con los cromosomas sexuales) y se produce una cantidad excesiva de andrógenos. Entonces la diferenciación sexual prenatal no sigue el curso femenino normal. Como resultado, los genitales externos tienen una apariencia parcial o completamente masculina; los labios están fusionados de manera parcial o completa (y, por ende, no existe abertura vaginal) y el clítoris aumenta al tamaño de un pene pequeño o, incluso, de un pene de tamaño completo. Por tanto, al momento de nacer, en ocasiones se identifica a las niñas como varones. Los seguimientos a largo plazo indican que las niñas HSC tienen una identidad femenina de género y en general funcionan bien como niñas y mujeres (Wisniewski *et al.*, 2000).

El *seudohermafroditismo inducido por progestina* es un síndrome similar que es resultado de un fármaco, la progestina, que se administró en algún momento a la madre para ayudar a mantener el embarazo si había propensión a un aborto espontáneo. (Este medicamento ya no se receta debido a los siguientes efectos.) A medida que la progestina circula en el torrente sanguíneo de la madre, en esencia el feto se expone a una dosis elevada de andrógenos. (La progestina y los andrógenos son bioquímicamente muy similares y la progestina actúa en el cuerpo como si fuera andrógeno.) En las mujeres genéticas esto produce un desarrollo genital anormal, masculinizado, similar al encontrado en la HSC.

El caso contrario ocurre en el **síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA)** (Wisniewski *et al.*, 2000). En este síndrome, un varón genético produce niveles

normales de testosterona; sin embargo, como resultado de una condición genética, los tejidos del cuerpo son insensibles a la testosterona y el desarrollo prenatal se feminiza. Por ende, el individuo nace con la apariencia externa de una mujer: tiene una pequeña vagina (pero no útero) y los testículos no descienden. El individuo cuyo poema aparece al inicio de este capítulo tiene SIA.

Las personas intersexuales proporcionan buena evidencia de la enorme complejidad del sexo y el género y de su desarrollo. Muchas variables participan en el género y el sexo y existen muchos pasos en la diferenciación del género, incluso antes del nacimiento. Debido a que el proceso es complejo, es vulnerable a perturbaciones que crean situaciones como la intersexualidad. De hecho, la investigación sirve para cuestionar nuestros conceptos básicos de qué significa ser hombre o mujer. En la HSC, ¿la mujer genética que nace con genitales externos masculinos es hombre o mujer? ¿Qué hace que una persona sea hombre o mujer? ¿El género cromosómico? ¿La apariencia de los genitales externos? ¿La identidad de género?

Un fenómeno relacionado se estudió por primera vez en una pequeña comunidad de República Dominicana (Imperato-McGinley *et al.*, 1974). Debido a un problema endocrino genético, nació un enorme número de varones genéticos que, al momento de nacer, parecían mujeres. La enfermedad se denomina *síndrome de 5-alfa reductasa*. Estos niños tenían un saco vaginal en lugar de escroto y un pene del tamaño de un clítoris. Según los investigadores, los padres, que eran personas con bajo nivel educativo, no sabían que existiese ningún problema y a estos varones genéticos se les trató como si fueran mujeres típicas. Al momento de llegar la pubertad, un cambio biológico espontáneo provoca que el pene se desarrolle. De manera significativa, también cambió su identidad psicológica. A pesar de su crianza como mujeres, su identidad de género cambió a la de varones y desarrollaron intereses heterosexuales. En su cultura, a estas personas se les llama Guevodoces (“pene a los 12”).

El antropólogo Gilbert Herdt (1990) critica la investigación y las interpretaciones acerca de los Guevodoces. La principal crítica es que los investigadores occidentales supusieron que esta cultura es una sociedad de dos géneros, como Estados Unidos, y que las personas tendrían que estar colocadas en una de sólo dos categorías, ya sea varones o mujeres. No obstante, los antropólogos han documentado la existencia de sociedades de tres géneros —es decir, donde existen tres, y no dos, categorías de género— y la sociedad en la que crecen los Guevodoces es una sociedad con tres géneros. El tercer género es el de los Guevodoces. Su identidad de género no es masculina ni femenina, sino Guevodoce. El síndrome de 5-alfa reductasa también se ha encontrado entre los Sambias de Nueva Guinea, quienes también tienen una cultura con tres géneros. De nuevo, observamos el profundo efecto de la cultura en nuestras ideas más básicas acerca del sexo y el género.

Diferenciación sexual durante la pubertad

La pubertad no es un momento, sino más bien un proceso durante el cual existe una diferenciación sexual adicional. En esta etapa de la vida es cuando el cuerpo cambia de aquel de un niño al de un adulto, con características sexuales secundarias (como

mamas o barba) y la capacidad para reproducirse sexualmente. La **pubertad** puede definirse en términos científicos como la época en la que se presenta un aumento y maduración repentinos de las gónadas, de otros genitales y de las características sexuales secundarias, lo cual conduce a la capacidad de reproducción (Tanner, 1967). Éste es el segundo periodo importante—siendo el otro el periodo prenatal— en el que ocurre la diferenciación sexual. El suceso específico que quizá sea más importante en este proceso es la primera eyaculación en el varón y la primera menstruación en la mujer, aunque esta última no necesariamente es señal de capacidad reproductiva, dado que las niñas típicamente no producen óvulos maduros sino hasta uno o dos años después de la primera menstruación.

El proceso fisiológico que subyace a la pubertad en ambos géneros es un aumento notable en los niveles de hormonas sexuales. De este modo, el hipotálamo, la pituitaria y las gónadas controlan los cambios.

La *adolescencia* es un periodo del desarrollo definido en términos sociales que tiene cierta relación con la pubertad. La adolescencia representa una transición psicológica del comportamiento y actitudes de la infancia al comportamiento, actitudes y responsabilidades de un adulto. En Estados Unidos corresponde aproximadamente a la época entre los 10 y 20 años de edad. La cultura estadounidense moderna tiene un periodo inusualmente largo de adolescencia (Steinberg, 2002). Hace un siglo, la adolescencia era mucho más corta y la extensión del proceso de escolarización ha servido para prolongarla. De hecho, en algunas culturas la adolescencia no existe; el niño pasa a la adultez directamente, con sólo un *rito de iniciación* intermedio.

Antes de describir los cambios que ocurren durante la pubertad, deberíamos señalar dos puntos. Primero, el momento en que se presenta el proceso puberal difiere de manera considerable para los varones y las mujeres. Las niñas comienzan a cambiar aproximadamente entre los 8 y 12 años de edad, mientras que los varones lo hacen cerca de dos años después. Las niñas alcanzan su estatura total para cerca de los 16 años mientras que los niños continúan creciendo hasta aproximadamente los 18 años o después. El hecho de que exista una falta de sincronía entre niños y niñas

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA): padecimiento genético en el que el cuerpo no responde a los andrógenos de modo que es posible que un varón genético nazca con un cuerpo de apariencia femenina.

Pubertad: época durante la cual existe un aumento repentino de tamaño y maduración de las gónadas, otros genitales y características sexuales secundarias, de modo que el individuo adquiere la capacidad de reproducirse.

Tema central 5.1

El debate sobre el tratamiento de los individuos intersexuales

Cuando Chris nació, su clítoris medía cerca de 1.7 centímetros de largo. Esa es aproximadamente la mitad de la longitud entre el clítoris promedio y el pene promedio de un recién nacido. Esta niña tenía un escroto, pero no contaba con testículos. El médico no estaba seguro de si era una niña o un niño. Una prueba de sangre reveló que los cromosomas sexuales eran XY. Después de 24 horas de consultas, durante las cuales sus padres estaban en gran angustia, el médico decidió que Chris debería ser niña porque era imposible que funcionase como varón con genitales tan extraños. Mientras que era bebé, se le sometió a diversas cirugías, una para retirar sus testículos que aún se encontraban dentro de su abdomen. Su clítoris se redujo quirúrgicamente cuando tenía 5 años, la edad suficiente para recordarlo. Actualmente tiene 27 años y está furiosa acerca de lo que considera como una mutilación de su cuerpo. Ahora sabe que tiene síndrome de insensibilidad a los andrógenos. Se cortó tanto de su clítoris que no puede tener un orgasmo.

Chris (quien es una mezcla de varias historias clínicas en la literatura científica) es un individuo intersexual; es decir, sus genitales tienen una combinación de elementos masculinos, femeninos o ambiguos. Se le trató de acuerdo con un protocolo que era estándar en la década de 1960 y que persiste hasta nuestros días. Este protocolo se basó en la investigación pionera del Dr. John Money y otros. Según él, los individuos como Chris, a quienes él llamó “seudohermafroditas” podían asignarse existosamente a cualquiera de ambos géneros, siempre y cuando esto se hiciera antes de los 18 meses de edad y que se proporcionaran las cirugías necesarias y los tratamientos médicos de seguimiento (como el tratamiento hormonal). La investigación de Money indicó que las personas tratadas con el protocolo estándar crecerían para convertirse en individuos sanos y bien adaptados.

No obstante, en el último decenio, los individuos intersexuales han salido a la luz pública y han formado una organización activista, la Intersex Society of North America (ISNA: Asociación Intersexual de América del Norte).^{*} Los activistas intersexuales discuten que tienen casos de *variabilidad* genital, y no de anormalidad genital. La norma médica es que, en un lactante, un órgano que sea de 0.9 cm o menos es un clítoris y uno de 2.5 cm o más es un pene. Los activistas afirman que estos parámetros son arbitrarios. ¿Qué tiene de malo un clítoris de 1.7 cm de longitud? Quizá lo único que está mal con ello es que hace que los médicos, y tal vez los padres, se sientan avergonzados. Aquí surgen cuestiones relacionadas con la ética médica: ¿Se debería llevar a cabo lo que, en esencia, es una cirugía cosmética en un bebé que no puede otorgar su consentimiento informado? ¿Se debería instar a los padres a mentir a su hijo o hija?

El investigador sexual Milton Diamond realizó seguimientos a largo plazo de varios individuos tratados con el protocolo estándar de Money. Este investigador encontró que, por el contrario de la imagen maravillosa de adaptación perfecta que presentaron Money y los demás, estos individuos intersexuales tuvieron graves problemas de adaptación que adjudicaban directamente al “manejo” médico de su condición. La investigación de Diamond ha animado un debate acerca del tratamiento apropiado de los individuos intersexuales. Diamond ha propuesto un protocolo en el que, en los casos de lactantes intersexuales, insta a los médicos a (1) realizar su juicio más informado acerca de la identidad final de género del niño (por ejemplo, las niñas con HSC casi invariablemente tienen una identidad femenina) y aconsejar a los padres la manera de criar al niño en ese género; (2) no llevar a cabo cirugías que posteriormente necesiten revertirse, y (3) proporcionar orientación y educación desinteresadas a los padres y al niño a medida que éste crece de modo que él o ella

en esta etapa crea varias crisis de magnitud considerable para el adolescente. Las niñas se interesan en los niños mucho antes que los niños estén conscientes de la existencia de las niñas. Es posible que la niña tenga que salir en una cita con un niño que apenas le llega a la altura del pecho, mientras que quizá un niño tenga que lidiar con alguien que está más calificada para estar en el equipo de baloncesto que él mismo.

En segundo lugar, existen grandes diferencias individuales (diferencias de una persona a otra) en cuanto

a la edad en que ocurren los procesos de la pubertad. Por tanto, no existe un tiempo “normal” de comenzar a menstruar o de tener una barba. De acuerdo con esto, damos rangos de edad para describir el momento adecuado de ocurrencia del proceso.

Cambios en la mujer

En el cuadro 5.2 se presenta un resumen de los cambios físicos de la pubertad. El primer signo de la

mismos puedan tomar en un momento dado una decisión informada sobre el tratamiento.

A consecuencia de esto se realizaron estudios más sistemáticos de los individuos intersexuales. El micropene es un padecimiento en el que un niño genéticamente varón, con cromosomas XY, nace con un pene muy pequeño. Una investigación dio seguimiento a 18 de estos individuos en la adultez; 13 habían sido criados como varones y 5 como niñas (Wisniewski *et al.*, 2001). Todos los individuos criados como varones informaron erecciones buenas o adecuadas, pero 50 por ciento estaban insatisfechos con sus genitales. En contraste, 80 por ciento de los individuos criados como mujeres estaban insatisfechas con sus genitales y 40 por ciento no tenían interés o experiencia sexuales. Ya sea que se les hubiese criado como hombres o mujeres, todos estaban satisfechos con su género. En este caso, parece ser que la crianza como varones funcionó mejor.

Otro estudio examinó el éxito de la cirugía genital “feminizante”; es decir, llevar a cabo cirugía para reducir el tamaño de un clítoris demasiado grande o para crear o ampliar una vagina, como podría suceder en las niñas con HSC (Creighton *et al.*, 2001). De las cirugías realizadas durante la infancia, en el 41 por ciento se consideró que el resultado había sido deficiente, lo cual apoya las recomendaciones de Diamond acerca de estas cirugías tempranas. Otro estudio sobre mujeres intersexuales —muchas de las cuales tenían HSC— que habían sido sometidas a cirugía del clítoris en la infancia, indicó que casi el doble de ellas (39 por ciento) no podía tener un orgasmo en comparación con un grupo control (20 por ciento) de mujeres intersexuales que no habían tenido cirugía del clítoris (Minto *et al.*, 2003).

Al reconocer estos nuevos avances, la American Academy of Pediatrics (2000) (Academia estadounidense de pediatría) emitió las pautas para los pediatras en el área de atención primaria acerca de cómo atender a los recién nacidos con genitales ambiguos. Incluyeron qué pruebas deberían realizarse para determinar la causa de los genitales ambiguos, cuándo debería canalizarse al bebé a un centro especializado en intersexualidad y qué factores deberían utilizarse para decidir el sexo de crianza. Estos factores incluyen el

pubertad en la mujer es el comienzo del desarrollo de las mamas, generalmente cerca de los 7 a 13 años de edad (Herman-Giddens *et al.*, 1997). Los conductos en el área del pezón se inflaman y crece el tejido graso y conectivo, causando que los botones cónicos aumenten de tamaño. Estos cambios se producen por incrementos en los niveles de las hormonas sexuales a través de mecanismos que se describirán más adelante.

A medida que aumenta el crecimiento del tejido graso y de apoyo en las mamas, un incremento similar

Figura 5.7 Cheryl Chase, una activista intersexual.



potencial de fertilidad (por ejemplo, una niña con HSC es potencialmente fértil y debería ser criada como niña) y la capacidad de funcionamiento sexual normal. Sólo con estudios a largo plazo podremos saber si estos nuevos tratamientos producirán mejores resultados para los individuos intersexuales.

* Para información acerca del ISNA y otras organizaciones sexuales, incluyendo su sitio en la Red, véase el Directorio de Recursos al final de este libro.

Fuentes: American Academy of Pediatrics (2000); Creighton *et al.* (2001); Creighton y Minto (2001); Diamond (1996, 1999); Diamond y Sigmundson (1997); Kessler (1998); Meyer-Bahlburg *et al.* (2004); Money y Ehrhardt (1972); Wisniewski *et al.* (2000, 2001).

se lleva a cabo en las caderas y nalgas, lo cual conduce a la silueta redondeada que distingue los cuerpos de las mujeres adultas de los cuerpos masculinos adultos. Cada mujer tiene patrones únicos de depósitos grasos, de modo que también existen considerables diferencias individuales en las siluetas femeninas resultantes.

Otro signo visible de la pubertad es el crecimiento del vello púbico, que ocurre poco después de que inicia el desarrollo de los senos. Aproximadamente dos años después, aparece el vello axilar (debajo de los brazos).

Cuadro 5.2 Resumen de cambios de la pubertad y su secuencia

| Característica | Niñas | | Niños | | |
|--|---|---|--|---|--|
| | Rango de edad para la primera aparición (en años) | Principal influencia hormonal | Característica | Rango de edad para la primera aparición (en años) | Principal influencia hormonal |
| 1. Crecimiento de mamas | 7–13 | Hormona pituitaria del crecimiento, estrógeno, progesterona, tiroxina | 1. Crecimiento de testículos y bolsa | 10-13.5 | Hormona pituitaria del crecimiento, testosterona |
| 2. Crecimiento de vello púbico | 8–14 | Andrógenos suprarrenales | 2. Crecimiento de vello púbico | 10-15 | Testosterona |
| 3. Crecimiento del cuerpo | 9.5–14.5 | Hormona pituitaria del crecimiento, andrógenos suprarrenales, estrógeno | 3. Crecimiento del cuerpo | 10.5-16 | Hormona pituitaria del crecimiento, testosterona |
| 4. Menarca | 10–16.5 | GnRH, FSH, LH, estrógeno, progesterona | 4. Crecimiento del pene | 11-14.5 | Testosterona |
| 5. Vello axilar | Aproximadamente dos años después del vello púbico | Andrógenos suprarrenales | 5. Cambio en la voz (crecimiento de laringe) | Aproximadamente al mismo tiempo que el crecimiento del pene | Testosterona |
| 6. Glándulas productoras de aceite y sudor (el acné ocurre cuando se bloquean las glándulas) | Aproximadamente al mismo tiempo que el vello axilar | Andrógenos suprarrenales | 6. Vello facial y axilar | Aproximadamente dos años después del vello púbico | Testosterona |
| | | | 7. Glándulas productoras de aceite y sudor, acné | Aproximadamente al mismo tiempo que el vello axilar | Testosterona |

Fuente: Goldstein (1976), pp. 80-81.

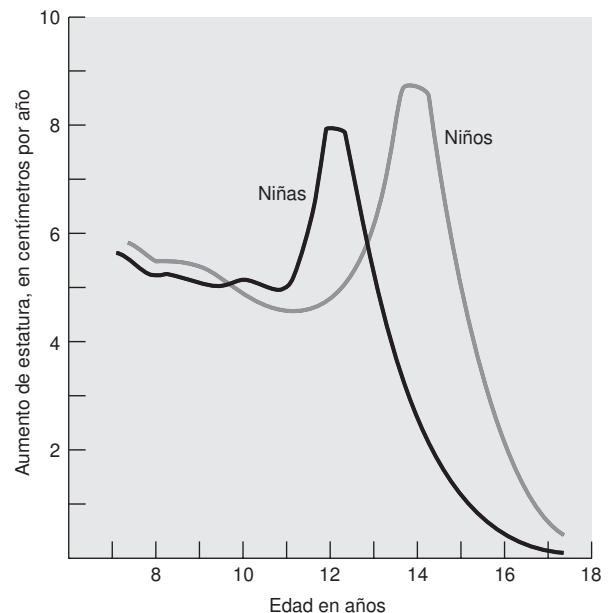
Menarca: primera menstruación.

El crecimiento del cuerpo aumenta de manera súbita al momento de llegar la pubertad, durante el rango aproximado de edades desde los 9.5 hasta los 14.5 años. El crecimiento repentino para las niñas ocurre cerca de dos años antes que el crecimiento repentino en los varones (figura 5.8). Incluso en la época prenatal, las niñas muestran un endurecimiento anterior de las estructuras que se convertirán en hueso.

Finalmente, el estrógeno aplica los frenos para el crecimiento repentino en las niñas; la presencia de estrógeno también causa que el periodo de crecimiento concluya antes en ellas, lo cual explica la estatura promedio más baja de las mujeres en comparación con los hombres adultos.

Aproximadamente a los 12 o 13 años de edad ocurre la **menarca** (primera menstruación). Sin embargo, la niña no tiene la capacidad de quedar embarazada hasta que comienza la ovulación, típicamente cerca de dos años después de la menarca. La primera menstruación no sólo es un suceso biológico importante sino también un hecho psicológico muy significativo. Diversas culturas tienen ceremonias que reconocen su importancia. En algunas familias es una noticia que se transmite rápidamente entre los fami-

Figura 5.8 Crecimiento repentino de la adolescencia en varones y niñas. Nótese que las niñas experimentan el crecimiento repentino antes que los niños.



liares. Las niñas mismas presentan un amplio rango de reacciones ante el acontecimiento, las cuales van desde las negativas, como temor, vergüenza o asco; a las positivas, como orgullo y sensación de madurez y de haber alcanzado el estatus de mujeres.

Algunas de las reacciones más negativas ocurren cuando la niña no ha sido preparada para la menarca, lo cual continúa ocurriendo con una frecuencia sorprendente. Los padres que se preocupan de preparar a sus hijas para la primera menstruación deberían recordar que existe un rango amplio en cuanto a la edad de presentación. No es poco común que una niña empiece a menstruar durante el quinto grado de primaria y lleguen a ocurrir casos de presentación de la menarca durante el cuarto grado.

¿Qué determina la edad en que una niña comienza a menstruar? Una explicación es la *hipótesis del porcentaje de grasa corporal* (Frisch y McArthur, 1974; Hopwood *et al.*, 1990). Durante la pubertad aumentan los depósitos de grasa corporal en la mujer. Según esta hipótesis, el porcentaje de peso corporal que está formado por grasa debe elevarse a cierto nivel para que ocurra la menstruación por primera vez y para que se mantenga. Por tanto, las adolescentes muy delgadas tenderán a iniciar la menstruación más tarde. La **leptina**, una proteína fabricada por el cuerpo, parece estar relacionada con el inicio de la pubertad en las niñas y también en los varones, aunque los científicos aún no han podido esclarecer los detalles (Apter, 2003; Phillip y Lazar, 2003; Wilson *et al.*, 2003). En las niñas y niños prepuberales, los niveles de leptina se elevan a medida que aumenta la grasa corporal. La leptina estimula el crecimiento de hueso esquelético y la liberación de LH.

La hipótesis del porcentaje de grasa corporal también ayuda a discernir dos fenómenos relacionados: el cese de la menstruación en las mujeres con anorexia y el cese de la menstruación en las corredoras de distancias. La *anorexia nerviosa* es un padecimiento en el que la persona —más comúnmente una adolescente— realiza dietas compulsivas y extremas, quizás al punto de llegar a la inanición y la muerte. A medida que progresa la anorexia, el porcentaje de grasa corporal declina y la menstruación se detiene. También es bastante común que las corredoras, y todas las mujeres que se ejercitan de manera seria al grado de reducir sustancialmente su grasa corporal, dejen de menstruar. Tanto en las mujeres anoréxicas como en las corredoras, parece ser que en cuanto el porcentaje de grasa corporal desciende por debajo de un valor crítico, el mecanismo biológico que controla el ciclo menstrual detiene la menstruación.⁶

Antes de dejar el tema de los corredores, deberíamos señalar que existe cierta evidencia de que el ejercicio intenso también afecta al sistema reproductivo en los

varones. Un estudio sobre corredores de distancia encontró que sus niveles de testosterona llegaban únicamente a cerca del 68%, en promedio, en comparación con los niveles de testosterona de un grupo control (Wheeler *et al.*, 1984). Existen algunos informes sobre corredores de largas distancias que se quejan de pérdida del deseo sexual, pero no queda claro si esto es resultado de una reducción en los niveles de testosterona o de la sensación perpetua de fatiga que tales corredores tienen debido a su intenso entrenamiento (Wheeler *et al.*, 1984).

Otros cambios corporales en las niñas durante la pubertad incluyen un desarrollo en el abastecimiento de sangre al clítoris, un engrosamiento de las paredes de la vagina y un crecimiento rápido del útero, que duplica su tamaño entre el décimo y decimocuarto años. La estructura ósea de la pelvis crece y se amplía, contribuyendo a la forma curvilínea de la mujer y creando una vía de suficiente amplitud para que el lactante la transite al momento del parto.

Los cambios drásticos que ocurren durante la pubertad están producidos, básicamente, por el sistema endocrino y el repunte de producción de hormonas sexuales durante la pubertad. El proceso inicia con un aumento en la secreción de FSH de la glándula pituitaria. A su vez, la FSH estimula a los ovarios para que produzcan estrógeno. El estrógeno es responsable de muchos de los cambios que ocurren; estimula el crecimiento de los senos, del útero y la vagina.

Los pares de **glándulas suprarrenales**, que se localizan justo por arriba de los riñones, también están implicadas en la pubertad. En la mujer, las suprarrenales son el principal centro de producción de andrógenos, que existen a bajos niveles en las mujeres. Los andrógenos suprarrenales estimulan el crecimiento de vello púbico y axilar, y están relacionados con el impulso sexual en la mujer. La **adrenarca** —el momento en que aumenta la secreción de andrógenos suprarrenales— comienza generalmente un poco antes de los 8 años de edad (Grumbach y Styne, 1998).

Leptina: proteína producida en el cuerpo que se relaciona con el inicio de la pubertad.

Glándulas suprarrenales: glándulas endocrinas localizadas justo por arriba de los riñones; en la mujer son las principales productoras de andrógenos.

Adrenarca: tiempo de aumento en la secreción de los andrógenos suprarrenales, en general justo antes de los 8 años de edad.

Cambios en el varón

Como se señaló antes, la pubertad comienza aproximadamente a los 10 u 11 años de edad en los varones, cerca de dos años después que en las niñas. Las causas físicas de la pubertad en los niños tienen paralelo con las de las niñas. Se inician por un aumento en la producción de FSH y LH de la pituitaria. Al comienzo de la pubertad, el aumento en LH estimula a los testículos para que produzcan testosterona, que es responsable de la mayoría de los cambios puberales en el varón.

El primer cambio puberal notable en los varones es el crecimiento de los testículos y de la bolsa del escroto,

⁶Por otro lado, se ha demostrado que los programas de ejercicio aeróbico regular, moderado, reducen los problemas menstruales como los cólicos (Golub, 1992).

que comienzan aproximadamente a los 10 a 13 años de edad como resultado de la estimulación de la testosterona. El crecimiento de vello púbico inicia más o menos al mismo tiempo. Cerca de un año después, comienza a aumentar el tamaño del pene, iniciando con un engrosamiento y después un aumento en longitud. Este cambio también es resultado de la estimulación de la testosterona. A medida que aumenta el tamaño de los testículos, su producción de testosterona incrementa aún más; por ende, existe un crecimiento rápido del pene, testículos y vello púbico a los 13 y 14 años.

El crecimiento de vello facial y axilar comienza cerca de dos años después de iniciar el crecimiento del vello púbico. El crecimiento del vello facial comienza con la aparición de bozo en el labio superior; las barbas adultas no aparecen sino hasta dos o tres años después. De hecho, para los 17 años de edad, 50 por ciento de los estadounidenses no se han afeitado por primera vez. Estos cambios también son resultado de la estimulación de la testosterona, que continúa produciendo vello facial y en el pecho más allá de los 20 años de edad.

Las erecciones aumentan en frecuencia. Los órganos que producen el fluido seminal, particularmente la próstata, aumentan de manera considerable en tamaño aproximadamente al mismo tiempo que crecen los otros órganos. Para los 13 o 14 años, el niño tiene capacidad de eyacular.⁷ Cerca de los 15 años, el producto de la eyacuación contiene espermatozoides maduros y en ese momento el varón es fértil. La hormona pituitaria FSH es responsable de iniciar y mantener la producción de espermatozoides maduros.

Aproximadamente un año antes de la primera eyacuación, muchos niños comienzan a tener poluciones nocturnas, o “sueños húmedos”. Para el niño que nunca se ha masturbado, la polución nocturna es su primera eyacuación.

Cerca de la misma época ocurre el crecimiento del pene, la laringe también empieza a crecer en respuesta a la testosterona. A medida que aumenta el tamaño de la laringe, la voz del niño se vuelve más grave, o “cambia”. Típicamente, la transición ocurre cerca de los 13 o 14 años. Debido a que la testosterona es necesaria para producir el cambio en la voz, la castración antes de la pubertad da por resultado un varón con una voz permanentemente aguda. Este principio se utilizó para producir los *castrati*, quienes cantaban en los grandes coros de Europa durante el siglo dieciocho. Comenzaban como adorables niños sopranos y sus padres o los directores de los coros, por detestar la posibilidad de que la pubertad destruyese sus bellas voces, los castraban para que permaneciesen como sopranos por siempre. Contrario a la creencia popular, la castración en la adultez no producirá una voz aguda, porque la laringe ya ha crecido.

⁷ Señalemos que el orgasmo y la eyacuación son dos procesos separados aunque generalmente ocurren de manera simultánea al menos en los varones después de la pubertad. Pero el orgasmo puede ocurrir sin eyacuación, y la eyacuación puede ocurrir sin el orgasmo.

En los varones, ocurre un aumento repentino del crecimiento corporal aproximadamente de los 11 a los 16 años (figura 5.9). La estatura aumenta con rapidez y el contorno del cuerpo también cambia. En tanto que estos cambios en las niñas implican principalmente el aumento de tejido graso en senos y caderas, los cambios en los varones significan de manera principal un incremento en la masa muscular. En un momento dado, la testosterona pone fin al proceso de crecimiento, aunque permite que el periodo de crecimiento continúe durante más tiempo que en las mujeres.

La pubertad hace surgir cambios pero también problemas. Uno es el *acné*, que es producto de la estimulación de los andrógenos y que afecta con mayor frecuencia a los varones que a las niñas. El *acné* es un padecimiento cutáneo angustiante que es producido por la obstrucción de las glándulas sebáceas (productoras de aceite), lo cual provoca pústulas, puntos negros y enrojecimiento del rostro y, posiblemente, del pecho y espalda. En general, el *acné* no es tan grave como para constituir un problema médico, aunque su impacto psicológico puede ser grande. A fin de evitar las cicatrices, los casos graves deben recibir tratamiento de un médico y de manera típica este tratamiento utiliza luz ultravioleta, el fármaco Retin-A, antibióticos, o todos ellos. Un medicamento llamado Accutane es sumamente efectivo para los casos graves. Sin embargo, debe usarse con precaución porque puede tener graves efectos secundarios, incluyendo defectos congénitos si lo ingiere una mujer embarazada.

En los niños varones puede presentarse ginecomastia (aumento de las mamas) de manera temporal, lo cual causa una vergüenza considerable. Aproximadamente 80 por ciento de los varones en la pubertad experimentan este crecimiento, que probablemente es provocado por pequeñas cantidades de hormonas sexuales femeninas producidas por los testículos. La obesidad también puede ser un problema temporal, aunque es más frecuente en las niñas que en los niños.

En diversas culturas de todo el mundo se llevan a cabo ritos de iniciación que significan el paso de la adolescencia a la adultez. En Estados Unidos, los únicos vestigios que permanecen de tales ceremonias son el *bar mitzvah* para los varones y el *bat mitzvah* para las niñas en la religión judía y, en las iglesias cristianas, la confirmación. En cierto sentido, es desafortunado que no demos un reconocimiento más formal a la pubertad. Es probable que los ritos de iniciación satisfagan una importante función psicológica en cuanto a que constituyen un anuncio público formal del hecho de que un niño o una niña atraviesa por un periodo importante y difícil de cambio. En ausencia de tales rituales, los jóvenes pueden sentir que su cuerpo está haciendo cosas raras y es posible que se sientan muy solos. Esto puede ser particularmente problemático para los varones, quienes carecen de una señal obvia de la pubertad, como la primera menstruación (es probable que la primera eyacuación sea la analogía más cercana), que les ayude a identificar la etapa en que se encuentran.

Figura 5.9 Existe gran variabilidad en el inicio de la pubertad y su crecimiento repentino. a) Ambas niñas tienen la misma edad. b) Todos estos niños tienen la misma edad.



a)



b)

Figura 5.10 La mayoría de las culturas celebran la pubertad, pero las culturas varían ampliamente en la naturaleza de la celebración. a) Los jóvenes judíos en Estados Unidos celebran el bar mitzvah (para los varones) y el bat mitzvah (para las niñas). b) Los jóvenes Samburu de Kenia celebran un ritual de circuncisión masculina.



a)



b)

RESUMEN

Las principales hormonas sexuales son la testosterona, que producen los testículos en el varón, y el estrógeno y la progesterona, que producen los ovarios en la mujer. Los niveles de hormonas sexuales están regulados por dos hormonas segregadas por la pituitaria: la FSH (hormona foliculoestimulante) y la LH (hormona luteinizante). Las gónadas, la pituitaria y el hipotálamo regulan entre sí sus secreciones a través de un circuito de retroalimentación negativa. La inhibina regula los niveles de FSH.

En el momento de la concepción, hombres y mujeres difieren sólo en los cromosomas sexuales (XX en las mujeres y XY en los varones). A medida que crece el feto, el gen SRY en el cromosoma Y indica a las gónadas que se diferencien para formar los testículos. En ausencia de este gen, se desarrollan los ovarios. Entonces, las gónadas producen diferentes hormonas y éstas estimulan una diferenciación aún mayor de las estructuras reproductivas internas y externas de hombres y mujeres. Se dice

que un órgano masculino y un órgano femenino que se derivan del mismo tejido embrionario son homólogos entre sí.

Los trastornos intersexuales son generalmente el resultado de diversos síndromes (como la HSC) y accidentes que ocurren durante el curso de la diferenciación sexual prenatal. En la actualidad existe un debate acerca del mejor tratamiento médico para estos individuos. Los Guevodoques proporcionan un interesante caso de cambio de género en la pubertad.

La pubertad se inicia y caracteriza por un aumento en la producción de hormonas sexuales. Los cambios puberales tanto en hombres como en mujeres incluyen el crecimiento del cuerpo, desarrollo de vello púbico y axilar y aumento en la emisión de las glándulas productoras de aceite. Los cambios en la mujer incluyen desarrollo de los senos y el inicio de la menstruación. Los cambios en el varón incluyen crecimiento del pene y los testículos, inicio de la eyaculación y engrosamiento de la voz.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. De los cambios físicos de la pubertad ¿cuáles son los más difíciles de afrontar?
2. La sociedad en la República Dominicana en la que nacen los Guevodoques (véase página 105) es una sociedad con tres géneros, a diferencia de la sociedad de dos géneros de la cultura dominante en Estados Unidos. ¿Cómo sería la sociedad en Estados Unidos si fuese de tres géneros? ¿A quién se clasificaría como el tercer género? ¿Sus vidas serían mejores o peores como resultado? ¿Podríamos tener una sociedad con cuatro géneros? ¿Quién estaría clasificado como el cuarto género? (Para mayor información, véase Herdt, 1990.)
3. Teresa acaba de dar a luz a su primer bebé. El médico se acerca a ella con expresión preocupada y dice que los genitales del recién nacido son inusuales y que tendrá que tomarse alguna decisión. El falo es demasiado grande como para considerarlo un clítoris, pero muy pequeño para ser un pene. ¿Qué debería hacer Teresa? ¿Qué otra información debería obtener del médico antes de tomar una decisión?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the body*. Nueva York: Basic Books. La autora, una genetista del desarrollo, ha escrito un libro provocativo que pone en duda nuestros conceptos más básicos de la diferenciación de los sexos, tanto en sentido físico como psicológico.

Kessler, Suzanne J. (1998). *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. Kessler, una psicóloga, informa sobre sus años de investigación con individuos intersexuales y los profesionales médicos y psicológicos que los

atienden, y propone nuevos abordajes para tratar sus problemas.

Larsen, P. Reed et al. (2003). *Williams textbook of endocrinology*. 10a. edición. Philadelphia: Saunders. Un sobresaliente texto de endocrinología, con un capítulo particularmente bueno sobre diferenciación sexual.

Steinberg, Laurence (2002). *Adolescence*. 6a edición. Nueva York: McGraw-Hill. Éste es el texto definitivo acerca de la adolescencia, escrito por uno de los principales investigadores.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.isna.org>

Página inicial de la Intersex Society of North America

<http://www.teenpuberty.com>

Teen Puberty: incluye información sobre cambios de la pubertad dirigida a adolescentes.

<http://www.urologyhealth.org/pediatric>

American Urological Association: discusión de las anomalías pediátricas que contiene información sobre la diferenciación sexual anormal.

<http://www.oxytocin.org/oxytoc>

Información y artículos acerca de la oxitocina y sobre su influencia en el orgasmo, parto y vinculación.

<http://www.cah.org.uk>

Congenital Adrenal Hyperplasia Support Group.

<http://www.medhelp.org/www/ais>

Androgen Insensitivity Syndrome Support Group

C A P Í T U L O

6

Menstruación y menopausia

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Biología y ciclo menstrual

Fases del ciclo menstrual
Problemas menstruales

Aspectos psicológicos del ciclo menstrual

Fluctuaciones del estado de ánimo: ¿las mujeres se vuelven demasiado sensibles?
Fluctuaciones en el desempeño: ¿una mujer puede ser presidente?
Fluctuaciones en el impulso sexual
¿Qué causa las fluctuaciones en el estado de ánimo: por qué algunas mujeres se ponen sensibles?

Ciclos en el hombre

Menopausia

Cambios biológicos
Sexualidad y menopausia
Cambios psicológicos

¿Menopausia masculina?

Cambios biológicos
Cambios psicológicos

Mary: Me encanta. Simplemente me encanta porque siento como si me limpiara.

Shelby: Lo odio, lo odio. Sigue siendo una vergüenza para mí.

Holly: Sangre (risas). Fuerza, salud, mujeres.

Jody: Dolor, cólicos, tensión premenstrual, ansiedad. Simplemente no puedo esperar a que llegue la menopausia.

Rosemarie: Es muy especial ser capaz de tener ese ciclo... es parte de la fertilidad y de lo que significa ser mujer.*

*Lee (2002), p. 25.

Las vidas sexuales y reproductivas de las mujeres tienen un ritmo de cambios muy parecidos al de las estaciones del año. Y, como ocurre con las estaciones, existen algunas señales tangibles que indican los cambios, siendo las más notables la menstruación y la menopausia. Como atestiguan las mujeres citadas antes, estos sucesos no son únicamente biológicos sino también psicológicos, con respuestas psicológicas ante ellos que pueden ir desde lo muy positivo hasta lo muy negativo. Este capítulo trata acerca de la biología y psicología de la menstruación y la menopausia, al igual que sobre los ciclos biológicos en los varones, incluyendo una discusión acerca de la menopausia masculina.

Biología y ciclo menstrual

El ciclo menstrual está regulado por fluctuaciones en los niveles de las hormonas sexuales, lo cual produce ciertos cambios en los ovarios y el útero (Buffet *et al.*, 1998). Los ciclos hormonales están regulados por el eje HPG y a través del circuito de retroalimentación negativa que se analiza en el capítulo 5.

Es importante señalar que los seres humanos son casi únicos entre todas las especies en cuanto al ciclo menstrual. Sólo unas cuantas especies de simios y monos también tienen estos ciclos. Todas las demás especies de mamíferos (por ejemplo, caballos y perros) tienen ciclos *estruales*. Existen varias diferencias entre los ciclos *estruales* y los ciclos menstruales. Primero, en los animales que tienen ciclos estruales no hay menstruación; no existe ningún sangrado o sólo un pequeño manchado de sangre (como en los perros), que no es una verdadera menstruación. En segundo lugar, el momento de la ovulación que ocurre en relación con el sangrado (en caso de existir éste) es diferente en los dos ciclos. Para los animales que presentan ciclo estatural, la ovulación sucede cuando el animal está en “celo” o estro, que es también el momento de un ligero manchado. Sin embargo, en el ciclo menstrual, la ovulación ocurre aproximada-

mente a la mitad de los periodos menstruales. Una tercera diferencia es que las hembras en los animales con ciclos estruales participan en comportamiento sexual únicamente cuando están en celo; es decir, durante la fase estatural del ciclo. Las hembras con ciclos menstruales pueden realizar actividad sexual durante todo el ciclo. Es importante señalar estas diferencias porque algunas personas creen de manera errónea que los ciclos de las mujeres son similares a los de una perra o una gata, cuando en realidad son muy diferentes.

Fases del ciclo menstrual

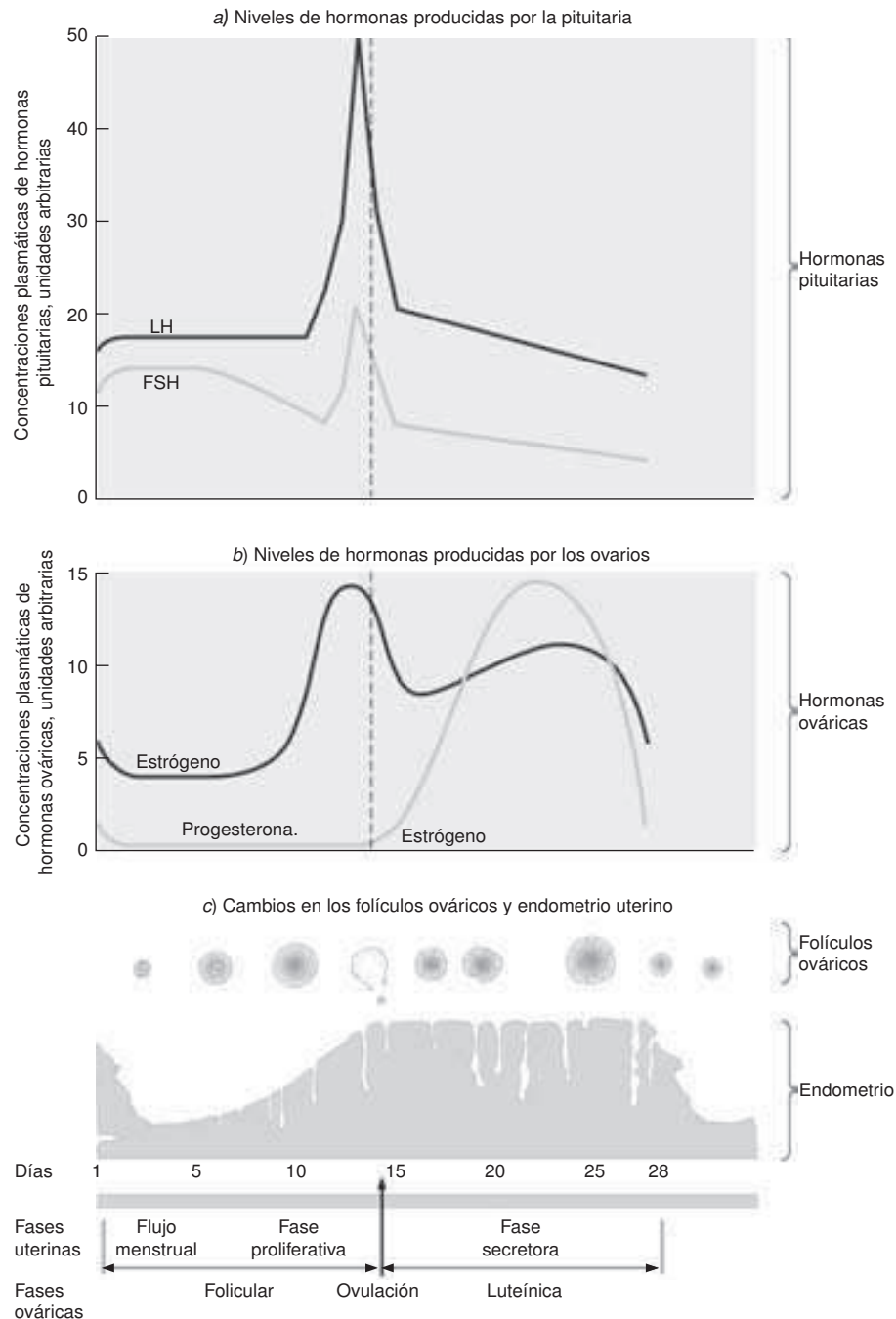
El ciclo menstrual tiene cuatro fases, cada una de las cuales se caracteriza por un conjunto de cambios hormonales, ováricos y uterinos (véase figura 6.1). Debido a que la menstruación es la fase más sencilla de identificar, es tentador llamarla primera fase; no obstante, en un sentido biológico, en realidad es la última (aunque al numerar los días del ciclo menstrual, el día 1 se cuenta como el primer día de la menstruación porque es el día más identificable del ciclo).

Las hormonas y lo que sucede en los ovarios

La primera fase del ciclo menstrual se denomina **fase folicular** (en ocasiones se le llama *fase proliferativa* o *fase preovulatoria*). Al comienzo de esta fase, la pituitaria segrega niveles relativamente elevados de FSH (hormona foliculoestimulante). Como lo implica el nombre de esta hormona, su función es estimular los folículos en los ovarios. Al principio de la fase folicular, indica a un folículo (ocasionalmente más de uno) en los ovarios que comience a llevar a un óvulo a la etapa final de madurez. Al mismo tiempo, el folículo segrega estrógeno.

La segunda fase del ciclo es la **ovulación**, que es la fase durante la cual el folículo se rompe liberando el óvulo maduro (véase figura 6.2). Para este momento, el estrógeno se ha elevado a un nivel alto, lo cual inhibe la producción de FSH, de modo que esta hormona regresa a

Fase folicular: primera fase del ciclo menstrual que comienza justo después de la menstruación, durante la cual madura el óvulo en preparación para la ovulación.
Ovulación: descarga del óvulo de los ovarios; segunda fase del ciclo menstrual.

Figura 6.1 Sucesos biológicos del ciclo menstrual.

un nivel bajo. Los altos niveles de estrógeno también estimulan al hipotálamo para que produzca GnRH, que causa que la pituitaria comience la producción de LH (hormona luteinizante).¹ Un aumento de LH causa la ovulación.

¹Esta afirmación parecería contradecir aquella hecha en el capítulo 5 acerca de que los altos niveles de estrógeno producen una disminución en LH. Ambos efectos ocurren, pero en momentos diferentes del ciclo menstrual (Molitch, 1995).

La tercera fase del ciclo se denomina **fase luteínica** (también llamada en ocasiones *fase secretora* o *fase-postovulatoria*). Después de soltar un óvulo, el folículo, bajo la estimulación de la LH, se convierte en una masa

Existen dos centros en el hipotálamo, uno que produce un circuito de retroalimentación negativa entre el estrógeno y la LH, y el otro que produce un circuito de retroalimentación positiva entre los dos.

Figura 6.2 Ovulación, donde se muestra la salida del óvulo de la pared del ovario.



glandular de células llamada **cuerpo amarillo** o **cuerpo lúteo**² (de aquí el nombre de *fase luteínica* y *hormona luteinizante*). El cuerpo amarillo fabrica la progesterona; por tanto, los niveles de progesterona se elevan durante la fase luteínica. Sin embargo, los altos niveles de progesterona también inhiben la secreción pituitaria de LH y, a medida que la LH disminuye, el cuerpo amarillo degenera. De este modo, el producto del cuerpo amarillo conduce a su final destrucción. Junto con esta degeneración ocurre una brusca disminución en los niveles de estrógeno y progesterona al final de la fase luteínica. El descenso de los niveles de estrógeno estimula a la pituitaria a comenzar la producción de FSH y todo el ciclo comienza de nuevo.

La cuarta y última fase del ciclo es la **menstruación**. En un sentido fisiológico, la menstruación es la eliminación del recubrimiento interno del útero (el endometrio), que entonces sale por el cuello del útero y la vagina. Durante esta fase, los niveles de estrógeno y progesterona son bajos y se elevan los niveles de FSH. La menstruación es detonada por una disminución brusca en los niveles de estrógeno y progesterona al final de la fase luteínica.

Qué sucede en el útero

Esto nos lleva a los cambios que han estado ocurriendo en el útero mientras que los ovarios y el sistema endocrino atravesaban por las cuatro fases que acabamos de describir. Durante la primera fase, la folicular, los niveles elevados de estrógeno estimulan al endometrio (la capa interna) del útero para que crezca, engrose y forme glándulas que finalmente segregarán sustancias para nutrir al embrión; es decir, el endometrio prolifera (de aquí el nombre alternativo de esta pri-

mera fase, *proliferativa*). Durante la fase luteínica, la progesterona excretada por el cuerpo amarillo estimula las glándulas del endometrio para que empiecen a segregar sustancias nutritivas (de aquí el nombre de *fase secretora*). Si el óvulo se fertiliza y la oportunidad es apropiada, aproximadamente seis días después de la ovulación, el óvulo fertilizado llega al útero que está bien preparado para acogerlo y nutrirlo.

El cuerpo amarillo continuará produciendo estrógeno y progesterona durante cerca de 10 a 12 días. Si no ha ocurrido el embarazo, la producción de hormonas disminuye bruscamente al final de este periodo. Por tanto, no puede conservarse el recubrimiento uterino y se desecha, lo cual da por resultado la menstruación. Inmediatamente después, comienza a formarse un nuevo recubrimiento en la siguiente fase proliferativa.

El flujo menstrual en sí es una combinación de sangre (del endometrio), células degeneradas y mucosidad del cuello del útero y la vagina. Normalmente, la secreción de un periodo menstrual completo es aproximadamente de 2 onzas (4 cucharadas). Lo más común es que el líquido se absorba con toallas sanitarias, que se utilizan de manera externa, o tampones, usados dentro de la vagina.

La investigación biológica reciente acerca del ciclo menstrual ha conducido a hallazgos que contradicen algunas de las creencias anteriores (Buffet *et al.*, 1998). Primero, resulta ser que los ovarios, en lugar del hipotálamo y la pituitaria, son los que regulan el ciclo. La mayoría de las etapas de maduración del folículo y el óvulo ocurren en el ovario bajo su control, independientes de la FSH y la LH, que participan únicamente en la última etapa de maduración. Los niveles de FSH y LH están bajo el control del estrógeno y la progesterona, que son segregados por los ovarios. En el capítulo 5 analizamos la hormona inhibina, que es producida por los testículos y que regula los niveles de FSH. De igual manera, los ovarios segregan inhibina, que en la mujer también suprime la secreción de FSH en un circuito de retroalimentación negativa.

El **síndrome de shock tóxico**, abreviado en ocasiones como SST, es producido por la bacteria *estafilococo áureo*. En 1980 se hizo un descubrimiento perturbador: que el SST se asociaba con el uso de tampones. Se le asoció en particular con la marca de tampones Rely,

el cual a partir de ese momento se retiró del mercado. El uso de tampones parece alentar un crecimiento anormal de estas bacterias. Los síntomas del síndrome de shock tóxico incluyen fiebre alta (38.8°C), acompañada de vómito o diarrea; cualquier mujer que experimente estos síntomas durante la menstruación debería discontinuar de inmediato el uso de tampones y consultar a su médico. El sín-

Fase luteínica: tercera fase del ciclo mensual después de la ovulación.

Cuerpo amarillo: masa de células del folículo que permanecen después de la ovulación; segrega progesterona.

Menstruación: cuarta fase del ciclo menstrual, durante el cual el endometrio del útero se elimina a través del flujo menstrual.

Síndrome de shock tóxico: infección bacteriana ocasionalmente mortal que se asocia con el uso de tampones durante la menstruación.

² *Corpus luteum* (cuerpo lúteo) es el término en latín para "cuerpo amarillo". El cuerpo amarillo tiene este nombre debido a que la masa de células tiene una apariencia amarillenta.

drome de shock tóxico conduce a la muerte en aproximadamente 10 por ciento de los casos. En la actualidad se recomienda que las mujeres cambien los tampones con frecuencia, cuando menos cada seis a ocho horas durante el periodo menstrual (aunque la efectividad de esta recomendación está a debate), que no utilicen tampones de manera continua durante el periodo menstrual y que reduzcan el uso de tampones superabsorbentes.

El número de casos de SST descendió de 319 en 1983 a 75 en 1987 en una importante victoria de salud pública, de modo que ahora la enfermedad es poco común (Golub, 1992). El éxito ha sido resultado de la educación pública, al igual que de un cambio en las sustancias químicas utilizadas para la fabricación de tampones.

Duración y tiempos del ciclo

¿Qué tanto dura un ciclo menstrual normal? En general desde 20 hasta 36 días se considera dentro del rango normal. El promedio es aproximadamente de 28 días, pero de alguna manera se ha dado más importancia a este número de la que merece. Existe una enorme variación de una mujer a otra en la duración promedio del ciclo y para cada mujer existe considerable variación en duración de un ciclo a otro.

¿Cuáles son los tiempos de las diversas fases del ciclo? En un ciclo perfectamente regular de 28 días, la menstruación comienza en el día 1 y continúa hasta aproximadamente el día 4 o 5. La fase folicular se extiende de aproximadamente el día 5 a cerca del día 13. La ovulación ocurre en el día 14 y la fase luteínica abarca del día 15 al final del ciclo, el día 28 (véase figura 6.1). ¿Pero qué sucede si el ciclo no es de esos ciclos perfectos de 28 días? En los ciclos menores o mayores a 28 días, el principio es que la duración de la fase *luteínica* es relativamente constante. Es decir, el tiempo de la ovulación a la menstruación siempre es de 14 días, más o menos uno o dos días. La fase folicular es la que tiene una duración variable. Así, por ejemplo, si una mujer tiene un ciclo de 44 días, ovula aproximadamente en el día 30. Si tiene un ciclo de 22 días, ovula cerca del día 8.

Algunas mujeres informan que en realidad pueden sentir cuando ovulan, un fenómeno que se denomina *Mettelschmerz* (“dolor en medio”). La sensación se describe como un cólico en uno o ambos lados de la parte inferior del abdomen, lo cual a veces se confunde con apendicitis.

También es cierto que la ovulación no ocurre en cada ciclo menstrual. Es decir, la menstruación puede ocurrir sin ovulación. Cuando esto sucede se dice que la mujer tiene un *ciclo anovulatorio*. Tales ciclos ocurren una o dos veces al año en las mujeres en su segunda y tercera décadas de vida y son bastante comunes entre las niñas durante la pubertad y entre las mujeres que están en la menopausia.

Otros cambios cíclicos

Es necesario mencionar otros dos procesos fisiológicos que fluctúan con el ciclo menstrual: el ciclo del moco cervical y el ciclo de la temperatura corporal basal. El cuello del útero contiene glándulas que segregan mucosidad a lo largo del ciclo menstrual. Una función del moco es proteger la entrada del cuello del útero, ayudando a mantener fuera a las bacterias. Estas glándulas responden a los cambios en los niveles de estrógeno durante el ciclo. A medida que aumenta el estrógeno al inicio de un nuevo ciclo, el moco es alcalino, espeso y viscoso. Cuando comienza la producción de LH, justo antes de la ovulación, el moco cervical cambia notablemente. Se vuelve más alcalino, delgado y acuoso. Por ende, el ambiente para el paso del esperma es más acogedor justo en el momento de la ovulación. Después de esta, el moco regresa a su estado anterior viscoso y menos alcalino. Si se toma una muestra del moco justo antes de la ovulación y se deja secar, la mucosidad adquiere un patrón con forma de helecho. Después de la ovulación, durante la fase luteínica, no se presentará el patrón con forma de helecho. Por tanto, la “prueba del helecho” es un método para detectar la ovulación.

La *temperatura corporal basal* de una mujer, tomada con un termómetro, también fluctúa con las fases del ciclo menstrual. La temperatura es baja durante la fase folicular y desciende abruptamente el día de la ovulación; al día siguiente se eleva de manera notable, generalmente en 0.005556°C o más, y después continúa en ese nivel más alto durante el resto del ciclo (figura 6.3). La progesterona eleva la temperatura corporal, de modo que la temperatura más alta durante la fase luteínica se debe al aumento en la producción de progesterona durante ese tiempo (Baker *et al.*, 2002). Como dice el refrán: “donde hay progesterona, hay calor”. Este cambio en la temperatura corporal basal es importante cuando una pareja utiliza el método del ritmo para el control natal (capítulo 8) y cuando una mujer está intentando determinar el momento de la ovulación para poder embarazarse (capítulo 7).

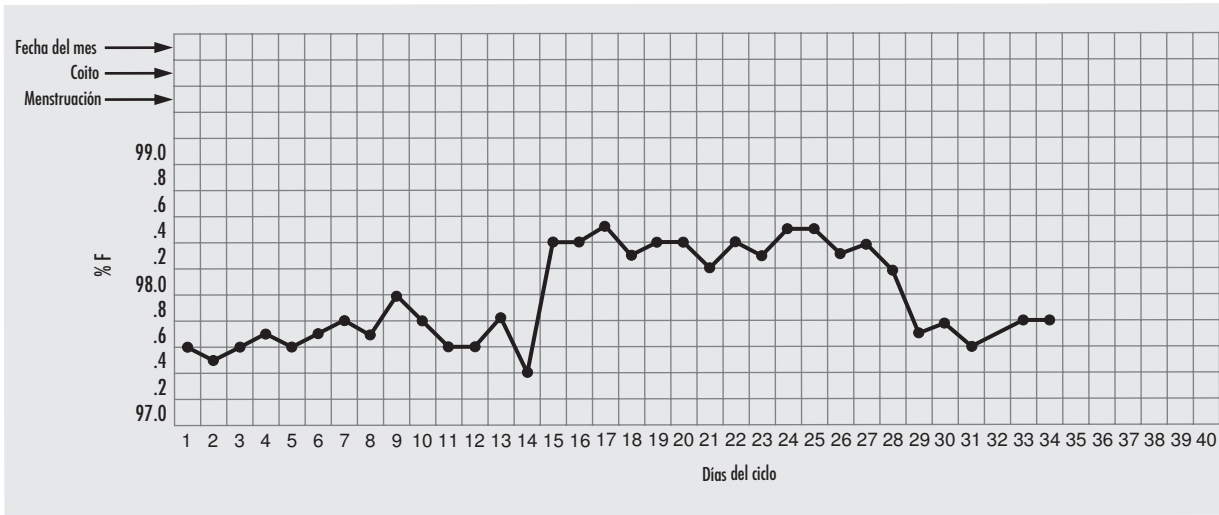
Problemas menstruales

El problema menstrual más común es la **dismenorrea** (menstruación dolorosa). Casi todas las mujeres experimentan cuando menos algún tipo de incomodidad menstrual en diversos momentos de su vida, pero la frecuencia y gravedad de la incomodidad varían considerablemente de una mujer a otra. Los dolores causados por cólicos en la región pélvica son el síntoma más común; otros síntomas incluyen cefaleas, dolor de espalda, náusea y una sensación de presión e inflamación en el área pélvica.

La dismenorrea es producida por las **prostaglandinas**, sustancias similares a hormonas producidas por diversos tejidos del cuerpo que incluyen al recubrimiento del útero (Deligeoroglou, 2000). Las prostaglan-

Dismenorrea: menstruación dolorosa.

Figura 6.3 Gráfica de temperatura corporal basal. Nótese el descenso abrupto de la temperatura que indica la ovulación en el día 14.



dinas suelen causar que el músculo liso se contraiga y pueden afectar el tamaño de los vasos sanguíneos. Las mujeres con dolor menstrual intenso generalmente tienen niveles elevados de prostaglandinas. Los niveles altos provocan contracciones uterinas intensas, que a su vez restringen parte de la provisión de sangre oxigenada que llega al útero. Las prostaglandinas también pueden producir una mayor sensibilidad en las terminaciones nerviosas. La combinación de contracciones uterinas, falta de oxígeno y aumento en sensibilidad nerviosa produce los cólicos menstruales.

Existen remedios caseros para la menstruación dolorosa y éstos pueden ser útiles para algunas mujeres. La aspirina parece ser el analgésico mejor y más económico, y puede ayudar a aliviar el dolor menstrual. Un remedio un tanto más provocativo que sugirieron, entre otros, Masters y Johnson, es la masturbación. Esto tiene lógica desde una perspectiva fisiológica dado que parte de la incomodidad de la menstruación —la presión e inflamación— es resultado del edema pélvico (una congestión de líquidos en la región pélvica). Durante la excitación sexual y el orgasmo, la congestión pélvica aumenta. Después del orgasmo, la congestión se disipa (véase capítulo 9). Por ende, el orgasmo, ya sea producido por la masturbación o por otro medio, debería ayudar a aliviar el edema pélvico que provoca la incomodidad menstrual. ¡Y es mucho más divertido que tomar medicinas!

El ácido mefenámico (una sustancia que inhibe las prostaglandinas) es un fármaco poderoso y efectivo que se utiliza en el tratamiento del dolor menstrual. Este medicamento se vende bajo nombres de marca como Naprosyn y Anaprox. Cerca del 80 al 85 por ciento de las mujeres que lo toman informan alivio significativo del dolor menstrual y de síntomas como

náusea, vómito, mareo y debilidad (Golub, 1992). Es interesante señalar que la aspirina también inhibe las prostaglandinas.

Los cambios en la dieta y el ejercicio aeróbico también pueden ser útiles (Golub, 1992; Hatcher et al., 1998). Se debería evitar la cafeína y, para algunas mujeres, una dieta elevada en hidratos de carbono y baja en proteínas es útil.

Un problema menstrual que puede confundirse con la dismenorrea es la **endometriosis**. Como se señaló antes, el endometrio es el recubrimiento del útero; crece durante el periodo menstrual y se desecha con la menstruación. La endometriosis ocurre cuando el endometrio crece en otro lugar que no es el útero: por ejemplo, los ovarios, trompas de Falopio, recto, vejiga, vagina, vulva, cuello del útero o glándulas linfáticas. Los síntomas varían dependiendo de la localización del crecimiento, pero lo más común son menstruaciones dolorosas que duran un periodo inusualmente largo. La endometriosis es un problema bastante grave y debe tratarse con un médico; si no se trata, puede conducir a la esterilidad. En general se utilizan hormonas para su tratamiento, pero si el problema es grave se puede requerir de cirugía. La cirugía láser es una opción.

Otro problema menstrual es la **amenorrea**, o sea la ausencia de menstruación. Se denomina *amenorrea primaria* si una joven aún no ha menstruado para aproximadamente la edad de 18 años. Se llama *amenorrea secundaria* si ha tenido cuando menos una menstruación. La amenorrea ha recibido atención

Prostaglandinas: sustancias químicas segregadas por el útero que producen contracción de los músculos uterinos; son una causa probable de la menstruación dolorosa.
Endometriosis: padecimiento en el que el endometrio crece de manera anormal fuera del útero; el síntoma generalmente es un menstruación dolorosa con sangrados excesivos.

Amenorrea: ausencia de menstruación.

Síndrome premenstrual (SPM): combinación de síntomas físicos y psicológicos intensos, como depresión e irritabilidad, que ocurren justo antes de la menstruación.

considerable de los médicos debido a que, aunque es un problema poco común, es síntoma de infertilidad. Algunas de las causas de la amenorrea incluyen embarazo, defectos congénitos del sistema repro-

ductivo, desequilibrio hormonal, quistes o tumores, enfermedad, estrés y factores emocionales relacionados con la pubertad. La amenorrea que es producida por programas de ejercicio extenuante y por la anorexia se estudiaron en el capítulo 5.

Aspectos psicológicos del ciclo menstrual

“¿Por qué estoy tan sensible?”, clama el anuncio para Midol PMS en la revista *Teen*. Es parte de la sabiduría popular de nuestra cultura que las mujeres experimentan fluctuaciones del estado de ánimo a lo largo de las fases del ciclo menstrual. En particular, se supone que las mujeres están especialmente irritables y deprimidas justo antes y durante la menstruación. En Francia, si una mujer comete un delito durante su fase premenstrual, puede utilizar el hecho en su defensa, aduciendo “incapacidad temporal de su sano juicio”.

¿Cuál es la evidencia científica acerca de la ocurrencia de tales fluctuaciones en el estado de ánimo y, en caso de ocurrir, qué las provoca?

Fluctuaciones del estado de ánimo: ¿las mujeres se vuelven demasiado sensibles?

El término **síndrome premenstrual (SPM)** se utiliza para referirse a aquellos casos en los que la mujer tiene una combinación particularmente intensa de síntomas físicos y psicológicos antes de la menstruación; estos síntomas pueden incluir depresión, irritabilidad, dolor de mamas y retención de líquidos (Stanton *et al.*, 2002). En las últimas décadas se ha realizado gran cantidad de investigación acerca de los estados de ánimo durante el periodo premenstrual y sobre si los estados de ánimo fluctúan durante el ciclo.

La investigación basada en los autoinformes diarios de las mujeres a lo largo del ciclo encuentra en general estados de ánimo positivos alrededor del momento de la ovulación (es decir, a la mitad del ciclo) y diversos síntomas, como ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga y cefaleas, en el periodo premenstrual (Golub, 1992; Parlee, 1973). Sin embargo, las fluctuaciones no son grandes en promedio. En un estudio, la puntuación promedio de depresión de las mujeres era 6.84 alrededor de la ovulación y 9.30 en la época premenstrual, comparada con una media de 16.03 para las pacientes psiquiátricas que presentaban depresión (Golub, 1992). ¡Las mujeres durante el periodo premenstrual no están listas para el pabellón psiquiátrico!

La evidencia que apoya la fluctuación en estado de ánimo y el SPM no ha sido aceptada sin enfrentar reproches. De las numerosas críticas que se han hecho (Stanton *et al.*, 2002), dos merecen comentario especial aquí. Primero, gran parte de la evidencia depende de los informes subjetivos y retrospectivos acerca de los síntomas y el estado de ánimo, que probablemente no son muy confiables. Segundo, la interpretación de la dirección de las diferencias podría estar en duda. La interpretación típica es que las mujeres muestran un “déficit” psicológico durante el periodo premenstrual, en comparación con el estado “normal” al momento de la ovulación y durante el resto del ciclo. Sin embargo, también podría hacerse la interpretación opuesta: que las mujeres son “normales” en la época premenstrual y que experimentan un bienestar psicológico inusual a la mitad del ciclo. Entonces ¿qué define el estado de ánimo “normal” o “promedio”? ¿Los estados de ánimo de los hombres? El apoyo para otra interpretación podría provenir de las estadísticas sobre delitos violentos cometidos por mujeres. Aunque puede ser cierto que las mujeres están en una probabilidad un poco mayor de cometer crímenes durante los ocho días premenstruales y menstruales, incluso durante este periodo están en una probabilidad bastante menor de cometer crímenes que los hombres. Por ende, se podría considerar que las mujeres experimentan estados de ánimo “normales” o típicos (en comparación con los estados de ánimo de los varones) durante los días premenstruales y menstruales y que tienen sentimientos inusuales de bienestar durante la ovulación.

Tomando en cuenta las críticas y la evidencia disponible, parece razonable concluir lo siguiente.

1. En promedio, las mujeres experimentan algunas fluctuaciones del estado de ánimo en las fases del ciclo menstrual.
2. La evidencia actual no indica claramente cómo debería interpretarse la dirección de los cambios: si las mujeres están en un nivel inusualmente “bajo” en la época premenstrual o inusualmente “alto” durante la ovulación.
3. Existe gran cantidad de variación de una mujer a otra en cuanto a la magnitud de estos cambios y en la manera en que se expresan. Algunas mujeres no experimentan ningún cambio o muestran cambios tan ligeros que no son notables, mientras que otras experimentan cambios grandes. Sería interesante saber cuántas muestran fluctuaciones del estado de ánimo y cuántas no los presentan. Por desgracia, los estudios que han intentado proporcionar esta información muestran también ellos mismos una gran variación; el porcentaje de personas que informan síntomas va desde el 25 por ciento hasta el 80 por ciento en diversos estudios (Stanton *et al.*, 2002). Es importante hacer una distinción entre las mujeres que presentan SPM auténtico y las mujeres que no experimentan ninguna fluctuación o que perciben sólo fluctuaciones moderadas a lo largo del ciclo.

La American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica Estadounidense) ha formalizado al SPM con el diagnóstico de **trastorno disfórico premenstrual (TDPM)** en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). No se encuentra en el texto principal del DSM si no, más bien, en un apéndice, lo cual significa que todavía no está “incluido”. Los síntomas deben ocurrir durante la última semana de la fase luteínica e incluir sentimientos de tristeza o desesperanza, tensión o ansiedad, llanto, irritabilidad, dificultades de concentración y cambios en el apetito. Éstos tienen que haber ocurrido durante la mayoría de los meses del último año. Sin embargo, esta nueva categoría es sumamente polémica (Caplan, 1995). Algunos afirman que no representa otra cosa que una medicalización de la experiencia de las mujeres. Otros indican que no existe base científica para el TDPM y que algunos estudios no han podido confirmarlo (Gallant *et al.*, 1992).

Fluctuaciones en el desempeño: ¿una mujer puede ser presidente?

Hasta aquí, nuestra discusión se ha concentrado en las fluctuaciones que ocurren en características psicológicas como depresión, ansiedad e irritabilidad. Sin embargo, en algunas situaciones el desempeño tiene una mayor importancia práctica que el estado de ánimo. Por ejemplo, ¿el trabajo secretarial de una mujer es menos preciso en la época premenstrual y menstrual? ¿La coordinación o velocidad de una atleta se altera durante el periodo premenstrual-menstrual?

La investigación sobre el desempeño —intelectual o atlético— generalmente no muestra fluctuaciones a lo largo del ciclo. La investigación no ha encontrado fluctuaciones en desempeño académico, solución de problemas, memoria o pensamiento creativo (Epting y Overman, 1998; Golub, 1992; Stanton *et al.*, 2002).

En un estudio, 31 por ciento de las mujeres atletas dijeron que creían haber experimentado una disminución en desempeño durante la fase premenstrual o menstrual; sin embargo, cuando se midió su desempeño real, no mostraron déficits en fortaleza (levantadoras de pesas) o velocidad de nado (miembros del equipo de natación) (Quadagno *et al.*, 1991). De este modo, no existe evidencia confiable que indique que los tipos de desempeño requeridos en una situación de trabajo o en una competencia atlética fluctúen durante el ciclo menstrual.

Fluctuaciones en el impulso sexual

Otra característica psicológica que se ha investigado en cuanto a fluctuaciones a lo largo del ciclo es el impulso sexual o excitabilidad de las mujeres. Las observaciones con hembras animales que tienen ciclos estruales indican que el comportamiento sexual depende en gran medida de la fase del ciclo y del estado hormonal correspondiente. Las hembras de estas especies realizan la conducta sexual de manera entusiasta cuando están

en la fase de estro, o “celo”, del ciclo y no la realizan en absoluto durante cualquier otra fase. Esto tiene lógica desde una perspectiva biológica, dado que las hembras tienen relaciones sexuales precisamente cuando son fértiles.

Por supuesto, las mujeres realizan actividad sexual a lo largo del ciclo menstrual. Pero ¿podría permanecer una cualidad cíclica sutil en el impulso que se exprese, quizá, en la frecuencia del coito? Los estudios han producido resultados contradictorios. Algunos han encontrado un pico de frecuencia para el coito alrededor de la ovulación, lo cual sería funcional en un sentido biológico. Pero otros han encontrado aumentos notables justo antes y justo después de la menstruación (reseñado por Zillmann *et al.*, 1994).

Lo que es más, se debería tener cautela al utilizar la frecuencia del coito como medida del impulso sexual de la mujer. El coito requiere cierto acuerdo entre los miembros de la pareja y, por ende, refleja no sólo los deseos de ella sino también los de su pareja. Un estudio evaluó tanto la actividad sexual con una pareja como el deseo sexual calificado por la propia persona (Bullivant *et al.*, 2004). Los resultados indicaron que la actividad sexual iniciada por la mujer —pero no por el hombre— se elevaba abruptamente durante los tres días anteriores y tres días posteriores a la ovulación. El deseo sexual mostraba el mismo patrón.

En un sofisticado estudio, las mujeres llevaron diarios continuos de sus estados de ánimo e interés sexual y proporcionaron muestras de sangre para valoraciones hormonales (Van Goozen *et al.*, 1997). Este estudio analizó los niveles de testosterona, al igual que los niveles de estrógeno y progesterona, una adición importante porque la evidencia es más fuerte para una asociación entre la testosterona y el impulso sexual en las mujeres. Los resultados indicaron que los niveles de testosterona se elevan notablemente al momento de la ovulación. Las mujeres parecieron colocarse en dos subgrupos, con patrones diferentes de interés sexual. Cerca de la mitad de las mujeres informaron que habían sufrido síntomas premenstruales y que su interés sexual había aumentado de modo particular en la ovulación, exactamente cuando los niveles de testosterona eran altos. La otra mitad de las mujeres dijeron que no sufrían de síntomas premenstruales y que el máximo de interés sexual había ocurrido en la época premenstrual, quizás en anticipación de una privación durante la menstruación.

Si existe un vínculo entre la fase del ciclo menstrual y el interés sexual, es más probable que refleje una asociación entre los niveles de testosterona y la sexualidad, con un aumento notable en interés sexual alrededor del tiempo de la ovulación. Pero en el caso de los seres humanos, los factores psicológicos y socia-

Trastorno disfórico premenstrual (TDPM): categoría diagnóstica tentativa en el sistema DSM que se caracteriza por síntomas como tristeza o ansiedad e irritabilidad en la semana anterior a la menstruación.

les —como el desagrado de algunas parejas a realizar el coito cuando la mujer está menstruando— también representa un papel importante.

¿Qué causa las fluctuaciones en el estado de ánimo: por qué algunas mujeres se ponen sensibles?

La respuesta a la pregunta de qué produce las fluctuaciones en el estado de ánimo durante el ciclo menstrual se relaciona con la controversia entre naturaleza y crianza o entre biología y ambiente. Es decir, algunos investigadores afirman que las fluctuaciones en el estado de ánimo son causadas principalmente por factores biológicos —en particular, fluctuaciones en niveles hormonales— mientras que otros insisten en que los factores ambientales, como los tabúes menstruales y las expectativas culturales, son la causa principal.

La explicación biológica

En el lado de la biología, los cambios en el estado de ánimo parecen relacionarse con cambios en los niveles hormonales durante el ciclo. El hecho de que la depresión sea más frecuente en las mujeres en la época premenstrual, en la menopausia y en el postparto (después de tener un bebé) sugiere que existe cuando menos alguna relación entre las hormonas sexuales y la depresión. No obstante, se desconoce la relación exacta entre hormonas y estado de ánimo. Se han propuesto teorías acerca de las causas hormonales del SPM que incluyen los siguientes factores: (1) cantidad absoluta de estrógeno; (2) cantidad absoluta de progesterona; (3) proporción o equilibrio entre estrógeno y progesterona; (4) hipersensibilidad de algunas personas a los niveles de estrógeno, y (5) reacciones de abstinencia hacia el estrógeno o la progesterona (durante los periodos premenstrual, del postparto y de la menopausia, los niveles hormonales descienden rápidamente). La investigación no ha indicado cuál de estos factores, en caso de ser uno de ellos, es la verdadera causa. Tampoco se sabe con exactitud cuál es el mecanismo por el que las hormonas influyen en el estado de ánimo (Golub, 1992). La investigación indica que el sistema de estrógeno-progesterona tiene interacción con la producción de los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina, y los niveles de los neurotransmisores se vinculan con trastornos del estado de ánimo como la depresión (Halbreich, 1996; Mortola, 1998).

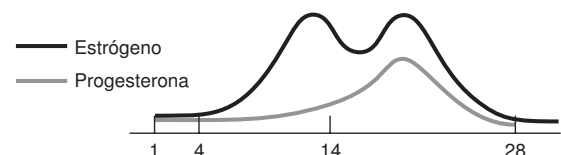
Los críticos del punto de vista hormonal señalan que la causalidad se infiere a partir de datos correlativos. Es decir, los datos muestran una correlación entre la fase del ciclo (niveles hormonales) y el estado de ánimo, pero no se justifica la inferencia de que los niveles hormonales causen los cambios en el estado de ánimo.

Un estudio clásico que responde parcialmente a esta crítica fue realizado por la psicóloga Karen Paige (1971). Ella utilizó una manipulación de los niveles hormonales —píldoras anticonceptivas— y estudió las fluctuaciones en estado de ánimo resultantes de la manipulación.

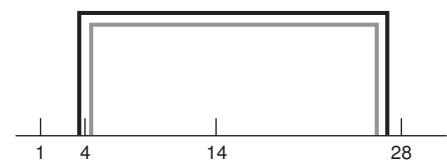
Se obtuvieron historias descritas verbalmente de 102 mujeres casadas en los días 4, 10 y 16 y 2 días antes de la menstruación durante un ciclo y se les calificó en cuanto a la cantidad de ansiedad mostrada en ellas. Las participantes fueron asignadas a tres grupos: (1) aquellas que no estaban ingiriendo anticonceptivos orales y nunca lo habían hecho; (2) aquellas que tomaban una píldora combinada (éstas proporcionan una dosis elevada y estable tanto de estrógeno como de progesterona, una progesterona sintética, durante 20 o 21 días [véase capítulo 8 para una discusión más amplia], y (3) aquellas que tomaban píldoras secuenciales (que proporcionan 15 días de estrógeno seguidos de cinco días de estrógeno más progesterona, que es una fluctuación similar al ciclo natural pero a niveles más elevados). Los niveles hormonales a lo largo de los ciclos de las mujeres en estos tres grupos se muestran en la figura 6.4. Paige encontró que las mujeres que no estaban tomando las píldoras experimentaron variación estadísticamente significativa en sus niveles de ansiedad y hostilidad a lo largo del ciclo menstrual, lo cual concordaba con los hallazgos de estudios anteriores. Las mujeres que tomaban la píldora secuencial mostraron el mismo cambio en estado de ánimo que las mujeres que no tomaban ninguna píldora. Esto concuerda con el resultado predicho, dado que el ciclo hormonal artificial es similar al natural. Más importante aún, las mujeres que tomaban la píldora combinada no mostraron variaciones en estado de ánimo a lo largo del ciclo; sus niveles de hostilidad y

Figura 6.4 Niveles hormonales a lo largo del ciclo menstrual para los tres grupos de mujeres en el estudio de Paige (véase el texto para mayor explicación).

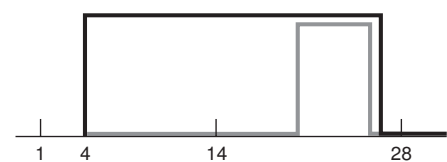
Grupo 1: mujeres que no tomaron píldoras



Grupo 2: píldora combinada



Grupo 3: píldora secuencial



ansiedad fueron constantes. Por ende, este estudio proporciona evidencia de que las fluctuaciones en los niveles hormonales a lo largo del ciclo causan fluctuaciones en el estado de ánimo y que cuando los niveles hormonales son constantes, el estado de ánimo también lo es.

La explicación cultural

Aquellos que están a favor de la otra postura —que las fluctuaciones se deben a fuerzas culturales— señalan las amplias expectativas y tabúes culturales que rodean a la menstruación (para reseñas, véanse Golub, 1992; Stanton *et al.*, 2000; véase también el Tema cen-

tral 6.1). En algunas culturas no industrializadas, a las mujeres que están menstruando se les aleja de la comunidad y es posible que tengan que permanecer en una choza menstrual localizada en los márgenes del pueblo durante ese tiempo. A menudo, se considera que la sangre menstrual en sí tiene poderes sobrenaturales peligrosos y se piensa que el aislamiento de la mujer es necesario para la seguridad de la comunidad. Por ejemplo, entre los Lele del Congo,

una mujer que menstruaba era un peligro para toda la comunidad si entraba a la selva. No sólo era seguro que su menstruación arruinaría cualquier trabajo que ella

Tema central 6.1

La experiencia menstrual entre los hindúes que viven en Sudáfrica

El antropólogo Brian du Toit estudió a las mujeres que residían en Sudáfrica, pero cuyos ancestros provenían de India. La mayoría de sudafricanos de origen indio son hindúes o musulmanes. Se entrevistó a un total de 30 mujeres premenopáusicas y 30 postmenopáusicas.

Cerca del 75 por ciento de las mujeres informaron haber experimentado el síndrome premenstrual (SPM), aunque no utilizaron ese término. Se quejaron de una sensación de pesadez e inflamación, irritabilidad, mal humor o tensión asociados con cefaleas, síntomas que son muy similares a los informados por las mujeres en Estados Unidos.

A pesar de estos síntomas, en general las mujeres de este estudio consideraban a la menstruación como un proceso de limpieza que deja sano al cuerpo. Se eliminan la “sangre vieja” y las impurezas. Las participantes encontraban ventajas en la menstruación: significa que una mujer puede tener hijos, es un indicador de juventud y tiene una función de limpieza.

Cuando se les preguntó por qué las mujeres menstruaban, la mayoría dijeron que es algo que se relaciona con limpiar el sistema. Otras pensaban que es la preparación para el embarazo. Unas cuantas creían que es obra de Dios; que simplemente es la manera en que Él hizo a las mujeres.

Existen varios tabúes menstruales en esta cultura. No se supone que las mujeres que menstruaban participen en ciertos rituales religiosos, aunque pueden realizar trabajos de cocina, como la preparación de alimentos (lo cual está prohibido en otras culturas). Hubo un acuerdo general entre las mujeres de que el coito no debería ocurrir mientras menstruaban, pero las mujeres mayores y las más jóvenes tienen razones diferentes para esta

creencia. Las mujeres mayores creían que era peligroso para el hombre o que se podría contraer una enfermedad de transmisión sexual a través de esta práctica. Las jóvenes simplemente pensaban que era sucio.

Entre las mujeres postmenopáusicas, el cese de la menstruación se recibía de manera uniforme con la misma emoción: alivio. Es interesante señalar que ésta es exactamente la misma actitud que los investigadores han encontrado entre las mujeres estadounidenses. Las mujeres de origen hindú en Sudáfrica dieron varias razones para sus sentimientos de alivio. Para algunas, la menopausia daba fin a las reglas impredecibles con sangrado profuso; para otras, eliminaba el peligro del embarazo y para otras, era prueba para sus maridos de que ahora estaban demasiado viejas y de que no esperarían de ellas que tuvieran relaciones sexuales.

Las mujeres dieron varias explicaciones de por qué ocurre la menopausia. Algunas pensaban que era porque Alá no quiere que las musulmanas se embaracen a esa edad. Algunas creían que las mujeres producen menos sangre a medida que envejecen y finalmente ya no tienen sangre que derramar.

Este estudio es interesante porque nos muestra tanto las semejanzas (por ejemplo, los síntomas del SPM y la sensación de alivio en la menopausia) como las diferencias transculturales (por ejemplo, las diferentes explicaciones para la existencia de la menstruación) entre la cultura de mujeres sudafricanas de origen indio y la cultura dominante en Estados Unidos.

Fuente: Du Toit (1994).

podiese emprender en la selva, sino que se pensaba que produciría condiciones desfavorables para los hombres. La cacería sería difícil durante largo tiempo después y los rituales basados en las plantas de la selva no tendrían ninguna eficacia. Para las mujeres, estas normas resultaban extremadamente onerosas, en especial ya que regularmente no contaban con suficiente mano de obra y se retrasaban en la siembra, desbroce y cosecha, así como en la pesca. (Douglas, 1970, p. 179)

Pero, para evitar que se piense que tales prácticas ocurren únicamente en pueblos no occidentales, deberíamos señalar que también existen antecedentes de prácticas similares en nuestra cultura. Por ejemplo, el siguiente pasaje proviene del libro del Levítico en la Biblia:

La mujer que tiene flujo de sangre, el flujo de sangre de su cuerpo, permanecerá en su impureza por espacio de siete días y quien la toque será impuro hasta la tarde... quien toque su lecho lavará los vestidos y se bañará en agua y será impuro hasta la tarde; ya sea el lecho o cualquier cosa sobre la que ella se siente, el que lo toque será impuro hasta la tarde. (Levítico, 15:19-23)

Entre los tabúes menstruales más comunes se encuentran aquellos que prohíben el coito con una mujer que menstrúa. Por ejemplo, la continuación del pasaje del Levítico citado antes dice,

Y si cualquier hombre yace con ella, y su impureza está en él, estará impuro durante siete días; y todo lecho en que yacza será impuro. (Levítico 15:24)

Las parejas que violaban el tabú podían ser apedreadas. Hasta nuestros días, los judíos ortodoxos se abstienen del sexo durante la regla de la mujer y durante siete días posteriores. Al final de este tiempo, la mujer va al *mikvah* (baño ritual) para ser limpiada y después de su limpieza puede volver a iniciar relaciones sexuales.

Por ende, los defensores de la explicación cultural afirman que la mujer se siente ansiosa y deprimida alrededor del tiempo de la menstruación debido a las muchas fuerzas culturales, como los tabúes menstruales, que crean actitudes negativas hacia la menstruación. Lo que es más, es posible que las expectativas de las mujeres representen un papel (Stanton *et al.*, 2002). Nuestra cultura está llena de enseñanzas acerca de que las mujeres supuestamente se comportan de manera extraña justo antes y durante sus reglas; por ejemplo, el anuncio de la compañía farmacéutica pregunta “¿Por qué estoy tan sensible?” Así, según este razonamiento, se enseña a las mujeres que deberían deprimirse durante el tiempo de la menstruación y, debido a que esperan sentirse deprimidas, de hecho lo hacen. La psicóloga Elaine Blechman y sus colaboradores (1988) han propuesto un papel adicional para las expectativas. Es posible que las mujeres que experimentan cólicos pasen los días anteriores a la presentación esperada de la menstruación anticipando el dolor, lo cual las hace sentir ansiosas y deprimidas.

Con toda seguridad, tales fuerzas existen en nuestra cultura. Pero, ¿existe evidencia de que en realidad tengan un efecto sobre los estados de ánimo y comportamiento de las mujeres? La psicóloga Diane Ruble (1977; véase también Klevanov y Jemmott, 1992) realizó un inteligente experimento para determinar si las expectativas culturalmente inducidas de las mujeres influyen en sus informes sobre síntomas premenstruales. Se examinó a estudiantes universitarias en el sexto y séptimo días previo al inicio de su siguiente periodo menstrual. Se les dijo que participarían en un estudio sobre una nueva técnica para pronosticar la fecha esperada de la menstruación utilizando un electroencefalograma (EEG), un método que se había probado con éxito en mujeres mayores. Después de realizar el EEG (de hecho no había ningún EEG), se informaba a la mujer cuándo ocurriría su siguiente menstruación, dependiendo de a cuál de tres grupos se le hubiese asignado de manera aleatoria: (1) a la mujer se le decía que estaba en el periodo “premenstrual” y que la menstruación llegaría en 1 o 2 días; (2) a la mujer se le decía que estaba en el periodo “intermenstrual” o “mitad del ciclo” y que su menstruación no llegaría hasta, cuando menos, una semana a 10 días, o (3) no se le daba ninguna información en absoluto acerca de la fecha predicha de la menstruación (grupo control). Después, las mujeres respondieron a un cuestionario de autoinforme sobre problemas menstruales. Los resultados indicaron que las mujeres a las que se había hecho creer que estaban en la fase premenstrual proporcionaron un número significativamente mayor de informes de retención de líquidos, dolor y cambios en hábitos alimenticios que las mujeres a las que se había hecho creer que estaban alrededor de la mitad del ciclo. (De hecho, las mujeres en estos grupos no difirieron significativamente en la fecha en que su menstruación realmente llegó.) Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a calificaciones de estados de ánimo negativos. Este estudio indicó que, probablemente debido a creencias aprendidas, las mujeres exageraron los cambios en los estados físicos que ocurren a lo largo del ciclo menstrual. Cuando pensaron que estaban en la fase premenstrual, informaron mayores problemas que cuando pensaron que estaban a mitad del ciclo.

Este debate entre naturaleza y crianza no se resolverá con facilidad, en particular debido a que existe evidencia a favor de ambos puntos de vista. Quizá la mejor solución sea decir que es probable que algunas mujeres experimenten cambios del estado de ánimo producidos por las hormonas y posiblemente otros factores físicos y que para muchas otras, las influencias biológicas leves se magnifiquen debido a las influencias psicológicas y culturales. Es posible que el estado hormonal de una mujer actúe como una especie de detonador. Por ejemplo, puede proporcionar un estado conducente a la depresión; si el ambiente proporciona los estímulos adicionales para la depresión, la mujer se deprimirá.

Figura 6.5 ¿La publicidad para los fármacos menstruales contribuye a los estereotipos negativos acerca de las mujeres y el SPM?



Ciclos en el hombre

La suposición tradicional, tanto entre los legos como entre los científicos, ha sido que los ciclos mensuales biológicos y psicológicos son propiedad exclusiva de las mujeres y que los hombres no experimentan ciclos mensuales. Estas suposiciones se han hecho, en parte, porque los hombres no tienen signos obvios como la menstruación para llamar la atención hacia el hecho de que está ocurriendo alguna clase de cambio periódico. Sin embargo, sus niveles hormonales sí fluctúan (a lo largo del día, del mes y del año). De hecho, un estudio no encontró diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los cambios de estado de ánimo de un día a otro —los hombres no eran menos volubles que las mujeres— (McFarlane *et al.*, 1988; véase también McFarlane y Williams, 1994). Sin duda, en el siguiente decenio aumentarán las investigaciones sobre el tema.

Menopausia

Cambios biológicos

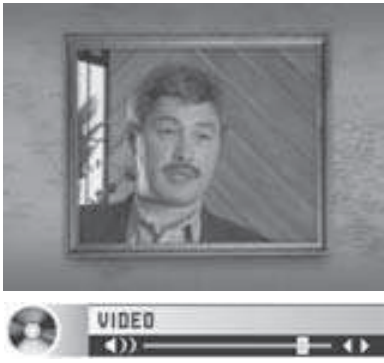
El *climaterio* es un periodo que abarca aproximadamente entre 15 o 20 años (desde cerca de los 45 hasta

los 65 años de edad) durante el cual el cuerpo de una mujer hace la transición de ser capaz

de reproducirse a no ser capaz de hacerlo; el climaterio está señalado en particular por una disminución en el funcionamiento de los ovarios. Pero los cambios del climaterio ocurren también en muchos otros tejidos y sistemas del organismo. **Menopausia** (el “cambio de vida” o el “cambio”) se refiere a un suceso específico en este proceso, el cese de la menstruación; esto ocurre, en promedio, a lo largo de un periodo de dos años desde cerca de los 50 años de edad (donde la menopausia normal ocurre en cualquier momento entre los 40 y 60 años).

En un sentido biológico, a medida que la mujer envejece, la pituitaria continúa su producción normal de FSH y LH; no obstante, a medida que envejecen los ovarios, se vuelven menos capaces de responder a las hormonas pituitarias. Además, el cerebro —incluyendo la unidad hipotálamo-pituitaria— también envejece (Lamberts *et al.*, 1997; Wise *et al.*, 1996). Con el envejecimiento de los ovarios, disminuye también la producción de otros dos elementos importantes: los óvulos y las hormonas sexuales estrógeno y progesterona. De modo más específico, los ovarios se vuelven menos capaces de responder a la FSH en cuanto a madurar y liberar un

Menopausia: cese de la menstruación en la mediana edad.



Para aprender más acerca de cómo es vista la menopausia en diversas culturas, vea el video "Menopause" en el capítulo 6 de su CD.

óvulo. Los cambios hormonales de la menopausia implican una disminución en los niveles de estrógeno y progesterona y un desequilibrio hormonal.

Entre los síntomas físicos de la menopausia es posible incluir "bochornos", cefaleas y mareo. En algunas mujeres, un efecto de amplia influencia de la disminución en los niveles de estrógeno es la *osteoporosis* (huesos porosos y frágiles). Es probable que el bochorno sea el síntoma más conocido.

Típicamente se describe como una ola repentina de calor que sube desde la cintura. Es posible que la mujer enrojezca y transpire mucho; cuando termina el bochorno, es posible que sienta frío y que en ocasiones comience a temblar. Los bochornos pueden durar de unos cuantos segundos a media hora y ocurren varias o muchas veces al día. También pueden ocurrir por la noche, provocando insomnio; la transpiración resultante puede llegar a mojar las sábanas.

¿Todas las mujeres experimentan estos síntomas de la menopausia? El Massachusetts Women's Health Study (Estudio Massachusetts de salud de la mujer: Avis y McKinlay, 1995; McKinlay et al., 1992) dio seguimiento a una amplia muestra de mujeres de mediana edad durante varios años, comenzando desde que estaban en la premenopausia, continuando a través de la menopausia y hasta el período de postmenopausia. El punto más alto de informe sobre bochornos y sudoración nocturna ocurrió justo antes del inicio de la menopausia, con un 50 por ciento de mujeres que informaron haberlos tenido. Cerca de una cuarta parte de la muestra (23 por ciento) no informaron en ninguna de las entrevistas acerca de haber tenido un bochorno. Lo que es más, 69 por ciento de las mujeres informaron no haberse sentido incómodas por bochornos o sudores nocturnos. Por ende, cerca de una cuarta parte de las mujeres no experimentan bochornos y del 50 al 75 por ciento de las mujeres sí atraviesan por ellos, pero la mayoría no informaron haberse sentido incómodas por su causa.

La *terapia de reemplazo hormonal* (TRH; también llamada *terapia de reemplazo de estrógenos* o TRE) puede resultar útil para muchas mujeres menopáusicas, en particular para el alivio de la incomodidad física como los bochornos y algunos problemas sexuales como la falta de lubricación vaginal. En la actualidad el tratamiento incluye tanto estrógeno como progesterona y también se puede añadir testosterona. La terapia es un tanto polémica y deben ponderarse sus beneficios contra sus riesgos potenciales. La TRH contiene varios beneficios sustanciales. Protege a las mujeres de las cardiopatías como el infarto y embolias (Ross y Stevenson, 1993) y de la osteoporosis (que puede causar fractura de cadera que conduzca a la muerte en

una mujer anciana) (Kamel *et al.*, 2001). Sin embargo, la TRH aumenta el riesgo de cáncer mamario y de cáncer del endometrio (Chen *et al.*, 2002; Rosenberg, 1993; Steinberg *et al.*, 1991). Al ponderar estos hechos, los beneficios parecen superar a los costos; en un estudio, las mujeres que utilizaban TRE o TRH tuvieron una tasa más baja de mortalidad que las mujeres que no la utilizaron (Grodstein *et al.*, 1997). El riesgo de muerte de una mujer entre los 50 y 94 años de edad es 31 por ciento debido a cardiopatía coronaria y sólo 2.8 por ciento por cáncer mamario y 2.8 por ciento por fracturas de cadera (Brinton y Schairer, 1997). Por ende, la TRH protege a las mujeres contra un riesgo más grave.

En una acción sorprendente ocurrida en 2002, los National Institutes of Health (NIH: Institutos nacionales de salud) detuvieron una investigación clínica nacional a gran escala con mujeres menopáusicas que utilizaban el medicamento Prempro (Enserink, 2002). Prempro contiene una combinación de estrógeno y progesterona. Los NIH no eliminaron al otro grupo de tratamiento en el estudio que estaba tomando sólo estrógeno. La razón para esta acción extraordinaria fue que las mujeres en el grupo Prempro estaban teniendo una incidencia más alta de infartos, embolias, cáncer mamario y aumento en coagulación en comparación con el grupo control con placebo. Es decir, Prempro estaba aumentando, en lugar de disminuir, las tasas de infarto y embolia. ¿Esto significa que todas las mujeres deberían dejar la TRH? No necesariamente. El estudio fue acerca de ese fármaco en particular, Prempro. Algunas otras fórmulas de estrógeno y progesterona podrían ser mejores. El grupo que tomaba únicamente estrógeno estaba teniendo buenos resultados, de modo que no surgieron preocupaciones acerca del estrógeno. El estudio, que investigaba el uso a largo plazo de la TRH, detuvo al grupo Prempro a los cinco años. El uso a corto plazo de la TRH durante uno o dos años es probablemente seguro para la mayoría de las mujeres. Lo que es más, el aumento en el riesgo debido al uso de Prempro podría parecer pequeño para las mujeres que tienen graves dificultades con los síntomas de la menopausia. El estudio encontró que, para las 10 000 mujeres que emplearon Prempro, el aumento del riesgo fue de siete mujeres más que presentaron cardiopatía en comparación con el grupo control.

La conclusión general acerca de la TRE y la TRH es compleja y habla de la importancia de la evaluación y tratamiento individualizados para cada mujer, que tome en cuenta su patrón específico de síntomas y qué tanto le resultan incómodos a ella.

El último avance en TRH son los llamados *estrógenos de diseñador* o *estrógenos específicos del tejido* (Fuleihan, 1997). Éstos tienen la finalidad de proporcionar los efectos benéficos de la TRH tradicional sin aumentar el riesgo de cáncer mamario y del endometrio. Es demasiado pronto para saber sus efectos a largo plazo en las cardiopatías coronarias, osteoporosis y cáncer. Sin embargo, un estudio a corto plazo realizado

durante dos años con el raloxifeno (uno de estos fármacos) indicó que aumentó la densidad ósea y disminuyeron los niveles totales de colesterol, sin estimular al endometrio —precisamente los efectos propuestos— (Delmas *et al.*, 1997). Estos fármacos representan una gran promesa para el futuro.

Sexualidad y menopausia

Durante el climaterio ocurren cambios físicos en la vagina. La falta de estrógeno causa que la vagina tenga menor acidez, lo cual conduce a mayor vulnerabilidad a las infecciones. El estrógeno también es responsable de mantener las membranas mucosas de las paredes vaginales. Con una disminución en el estrógeno, también se reduce la lubricación vaginal durante la excitación y las paredes vaginales se vuelven menos elásticas. Uno o ambos de estos efectos pueden hacer que el coito sea doloroso para la mujer. Existen muchos remedios, incluyendo la terapia de reemplazo hormonal y el uso de lubricantes artificiales. Por otro lado, algunas mujeres informan que el coito se vuelve incluso mejor después de la menopausia, cuando el temor al embarazo ya no las inhibe.

Los expertos que han reseñado la investigación sobre la sexualidad femenina durante y después de la menopausia han llegado a las siguientes conclusiones

(Dennerstein *et al.*, 2003; McCoy, 1996, 1997): (1) la mayoría de las mujeres continúan participando en actividad sexual y disfrutando de ella tanto durante como después de la menopausia. (2) En promedio, existe cierta disminución en el funcionamiento sexual durante la menopausia y particularmente después de la última menstruación. (3) El estrógeno se relaciona con la reducción en funcionamiento sexual, en parte debido a que los bajos niveles de estrógeno causan sequedad vaginal. Existe cierta evidencia de que los niveles mayores de estrógeno se asocian con un mejor funcionamiento sexual. (4) La testosterona también es importante; es posible que el deseo sexual de una mujer disminuya a medida que se reducen los niveles de testosterona ovárica. La terapia de reemplazo de testosterona puede resultar útil en esos casos (Warnock *et al.*, 1997).

El tema de la sexualidad y la ancianidad se analizará en mayor detalle en el capítulo 12.

Cambios psicológicos

Los problemas psicológicos que se han asociado con la menopausia incluyen depresión, irritabilidad, ansiedad y algunos síntomas cognitivos como incapacidad para concentrarse y problemas de memoria. Lo que es más, existe un estereotipo cultural de que las mujeres sufren del *síndrome del nido vacío* en su edad madura;

Figura 6.6 Según la investigación de Lillian Rubin, la sensación predominante en las mujeres cuando todos sus hijos han dejado el hogar no es una depresión por el nido vacío y sí, más bien, un alivio.



es decir, se deprimen cuando todos sus hijos han dejado el hogar y su papel de madre ha concluido. Sin embargo, la socióloga Lillian B. Rubin (1979) desafió todo el concepto del síndrome del nido vacío y cuestionó si existe una depresión sustancial en el periodo intermedio de vida de las mujeres. Sus resultados se basaron en un estudio transversal de mujeres blancas entre 35 y 54 años provenientes de las clases trabajadora, media y profesional. Para estar incluidas en la muestra, tenían que haber dejado sus trabajos o carreras después de un mínimo de tres años y haber asumido el papel tradicional de amas de casa y madres durante al menos 10 años después del nacimiento de su primer hijo. Por ende, este grupo debería estar más propenso al síndrome del

Andropausia: tiempo de declinación de los niveles de andrógenos en los hombres de mediana edad. Versión masculina de la menopausia. También llamado DAVE (disminución de andrógenos en el varón en envejecimiento).

nido vacío. Típicamente, estas mujeres decían “mi hijo fue mi carrera”. Por el contrario del concepto del nido vacío, Rubin encontró que, aunque algunas mujeres se sintieron momentáneamente tristes, solas y atemorizadas, no se sintieron deprimidas en respuesta a la partida de sus hijos. El sentimiento predominante de todas las mujeres, excepto una, fue una sensación de alivio. Como dijo una de las mujeres,

¿Sola? ¡Dios mío, no! Desde el día en que nacieron los niños, si no era una cosa, era otra. Después de todos estos años de tener la responsabilidad de ellos, finalmente llegas al punto de querer gritar “Chicos, por favor tírense del nido ¿no? Ya llegó el momento”. (Rubin, 1979, p. 13)

En lugar de experimentar una depresión paralizante, la mayoría de las mujeres encontraban nuevos trabajos y reorganizaban sus vidas diarias.

De acuerdo con la tesis establecida por Rubin, una reseña fidedigna concluyó que la menopausia *no* aumenta la tasa de depresión (Stanton *et al.*, 2002). Y el Massachusetts Women's Health Study encontró que 85 por ciento de las mujeres nunca estaban deprimidas durante los años de la menopausia, 10 por ciento estaban deprimidas en ocasiones y sólo 5 por ciento estaban persistentemente deprimidas (Golub, 1992). La investigación es inconsistente y no concluyente en cuanto a la existencia de síntomas cognitivos significativos (Stanton *et al.*, 2002).

En pocas palabras, la evidencia indica que la incidencia de depresión no es mayor durante la menopausia que en otros momentos de la vida de una mujer.

¿Menopausia masculina?

Cambios biológicos

En un sentido técnico, los hombres no experimentan una menopausia; al nunca haber menstruado, sería imposible que dejaran de menstruar. Sin embargo, pueden experimentar una disminución muy gradual en la producción tanto de testosterona como de esperma en los testículos, una versión leve del proceso del climaterio en la mujer, aunque todavía pueden producirse espermatozoides viables para los 90 años de edad. Algunos llaman **andropausia** a este periodo en la vida, con referencia a la disminución en los niveles de andrógenos (Lamberts *et al.*, 1997). Otros prefieren el término **DAVE** por *disminución de andrógenos en el varón en envejecimiento* (Morales *et al.*, 2000). Algunos expertos afirman que en algunos hombres mayores ocurre un síndrome de baja testosterona y que los tratamientos con testosterona son benéficos, aunque este abordaje es fuente de polémica (Tan y Culbertson, 2003).

Uno de los problemas físicos más comunes entre los hombres ancianos es el aumento no canceroso del tamaño de la glándula prostática, que se considera relacionado con los cambios en los niveles hormonales. El agrandamiento de la próstata ocurre en 10 por ciento de los hombres para la edad de 40 años y en 50 por ciento de los hombres que llegan a los 80 años de edad. El agrandamiento de la próstata causa problemas urinarios; existe dificultad para iniciar la micción de manera voluntaria, al igual que micción nocturna frecuente. En general, estos síntomas se remedian con cirugía para retirar la parte de la glándula que oprime la uretra. Por desgracia, las complicaciones de la cirugía incluyen eyaculación retrógrada en cerca del 75 por ciento de los hombres y problemas de erección en 5 al 10 por ciento de los casos (Oesterling, 1995). Por el contrario de varios mitos, el agrandamiento de la próstata no es producido por la masturbación o la actividad sexual excesiva. No obstante, la infección e inflamación producidas por enfermedades de transmisión sexual pueden causar hinchazón de la próstata.

Cambios psicológicos

La investigación se ha enfocado en el concepto de la *crisis de mitad de la vida en el varón*; la posibilidad de que algunos hombres lleguen a experimentarla cuando alcanzan su cuarta década de vida y cuál es la naturaleza de tal crisis. En general, el término hace referencia a la agitación personal y cambios repentinos en el estilo de vida, desencadenados por una conciencia acerca del envejecimiento, la disminución en capacidades físicas y estar atrapado en roles aburridos (Wethington, 2000).

Según Erik Erikson (1950), una de las principales tareas del desarrollo adulto es una resolución del conflicto de *estancamiento versus generatividad*. La

Figura 6.7 La socióloga Lillian Rubin, cuya investigación desafió el concepto del síndrome del nido vacío.



Figura 6.8 Según Erik Erikson, una de las principales tareas del desarrollo adulto es la resolución del conflicto entre el estancamiento y la generatividad. Los hombres de mediana edad pueden adquirir una sensación positiva de generatividad cultivando, por ejemplo, las relaciones afectuosas con sus nietos.



mayoría de las personas parecen tener un deseo profundo de sentir una sensación de crecimiento personal, o generatividad, en sus vidas. A los 40 años de edad, cuando lo único que parece crecer es la cintura, puede ser difícil tener una sensación de generatividad y es posible que se establezca el estancamiento. Esta crisis puede resolverse de manera positiva teniendo un sentido continuo de generatividad en la adultez, con frecuencia mediante encontrar crecimiento en otras fuentes, como el desarrollo de los propios hijos o nietos. Los hombres solteros o los varones gay que no tienen hijos pueden adquirir la sensación de generatividad de muchas otras maneras, como adquirir un interés en fomentar las carreras de sus colaboradores más jóvenes en el trabajo.

Las *relaciones dentro de la familia del varón* cambian en el periodo intermedio de la vida (Kilmartin, 2000). Los niños crecen y dejan el hogar, dejando a marido y esposa solos. Aunque es un estereotipo popular que éste es un momento difícil en el matrimonio que causa muchos divorcios, los datos indican de hecho que, en promedio, las parejas casadas califican el periodo posterior a la parentalidad como el más feliz de sus vidas (White y Edwards, 1990). Es posible que los propios

padres del hombre se vuelvan cada vez más dependientes de él, requiriendo una transformación de esa relación. Y existe la posibilidad de que la esposa de ese hombre, libre ya de las responsabilidades de la crianza de los hijos, busque instruirse, iniciar una carrera o participar de manera más activa en un empleo de lo que ha hecho hasta ese momento, lo cual requiere de una renegociación de la relación matrimonial.

Los legos tienen definiciones muy amplias de la *crisis de la mitad de la vida* con cerca del 25 por ciento tanto de hombres como de mujeres que afirman haberla experimentado (Wethington, 2000). No obstante, la investigación sistemática, con muestras adecuadas, indica que el periodo intermedio de la vida está lejos de ser universalmente estresante y que sólo 10 por ciento de los varones en Estados Unidos atraviesan por algo que se podría considerar como una crisis de este tipo (Brim, 1992; Wethington, 2000). Es posible que esa crisis cuando se atraviesa la cuarta década de vida se haya vuelto menos común a medida que han aumentado las edades en que la gente se casa y tiene hijos. ¡Un hombre que tiene a su primer hijo a los 40 años de edad está en pocas probabilidades de sentir que su vida se ha vuelto monótona!

RESUMEN

En un sentido biológico, el ciclo menstrual se divide en cuatro fases: fase folicular, ovulación, fase luteínica y menstruación. En correspondencia con estas fases, existen cambios en los niveles de hormonas pituitarias (FSH y LH) y en los niveles de hormonas ováricas (estrógeno y progesterona), al igual que cambios en los ovarios y el útero. Un problema menstrual bastante común es la dismenorrea, o menstruación dolorosa.

La investigación indica que algunas mujeres, pero no todas, experimentan cambios de estado de ánimo a lo largo de las fases del ciclo menstrual. Para aquellas que atraviesan por tales cambios, su estado de ánimo es generalmente positivo alrededor de la mitad del ciclo (es decir, cerca de la ovulación), mientras que los estados de ánimo negativos caracterizados por depresión e irritabilidad son más probables justo antes y durante la menstruación. Tales estados de ánimo negativos e incomodidades físicas se conocen como síndrome premenstrual. Por otro lado, la investigación indica que no existen fluctuaciones en desempeño a lo largo del ciclo. Existe evidencia que sugiere que las fluctuaciones en estado de ánimo se relacionan con cambios en los niveles hormonales, pero los datos también sugieren que estas fluctuaciones se relacionan

con factores culturales. La investigación que intenta documentar si los hombres experimentan ciclos mensuales biológicos, psicológicos, o ambos, se encuentra actualmente en proceso.

El climaterio es un periodo en la mitad de la vida durante el cual declina gradualmente el funcionamiento de los ovarios (tanto en la producción de hormonas como de óvulos). Un síntoma de este proceso es la menopausia, el cese de la menstruación. Los síntomas físicos, como los bochornos, durante este periodo son resultado del descenso en los niveles de estrógeno y pueden aliviarse a través de la terapia de reemplazo hormonal; por el contrario de la creencia popular, la investigación no muestra un aumento en la incidencia de depresión en la época de la menopausia. Es más probable que los cambios en funcionamiento sexual a lo largo del ciclo menstrual y en la menopausia se relacionen con cambios en los niveles de testosterona.

Los hombres experimentan una reducción mucho más gradual en el funcionamiento de sus gónadas. A pesar de las creencias populares, sólo una pequeña minoría de los varones experimenta una crisis de la mitad de la vida.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Las fluctuaciones en estado de ánimo que presentan las mujeres en el ciclo menstrual están provocadas por factores biológicos o por factores ambientales/culturales?
2. ¿Existe una crisis de la mitad de la vida en los varones? En ese caso, ¿cuáles son sus síntomas y qué la causa?
3. Entre los Yoruba de África Occidental, las mujeres jóvenes no pueden viajar ni participar en actividades comerciales, pero las mujeres mayores (postmenopáusicas) sí pueden hacerlo. Entre los Winnebago de América del Norte, las mujeres viejas se sientan con los hombres; se les considera

iguales a éstos. Por ende, en algunas culturas, las mujeres adquieren libertad y estatus después de la menopausia. ¿Sucede esto para la mayoría de las mujeres en Estados Unidos? ¿Existen variaciones entre grupos étnicos —por ejemplo, afroestadounidenses, latinos, asiaticostadounidenses— en cuanto a la manera en que se considera y trata a las mujeres después de la menopausia? (Para mayor información, véase Golub, 1992.)

4. Su hija de 10 años le informa a usted que ha escuchado sobre el SPM y se pregunta si ella lo tendrá cuando comience su menstruación. ¿Qué le diría?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Barbach, Lonnie. (1993). *The pause: Positive approaches to menopause*. Nueva York: Dutton. Barbach, una conocida terapeuta y autora, proporciona muchos detalles sobre los síntomas de la menopausia y maneras positivas de afrontarlos.

Golub, Sharon. (1992). *Periods: From menarche to menopause*. Newbury Park, CA: Sage. Este libro escrito por una conocida investigadora en el área, explica todo lo que usted siempre quiso saber sobre la menstruación y la menopausia.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.mum.org>

Museum of Menstruation and Women's Health.

<http://www.menopause.org>

North American Menopause Society.

<http://www.4woman.gov>

National Women's Health Information Center.

<http://scriptorium.lib.duke.edu/dynaweb/adaccess/beauty>

Consumerism and menstruation; vintage feminine hygiene product advertisements.

C A P Í T U L O

7

Concepción, embarazo y parto

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Concepción

Espermatozoide conoce óvulo: el viaje fantástico
Aumento de las probabilidades de concepción:
cómo hacer un bebé

Desarrollo del conceptus

El embrión y sus sistemas de apoyo
Desarrollo fetal

Etapas del embarazo

Los trimestres
La experiencia del padre durante el embarazo
Diversidad en los contextos del embarazo

Sexo durante el embarazo

Nutrición durante el embarazo

Efectos de sustancias ingeridas durante el embarazo

Antibióticos
Alcohol
Cocaína
Esteroides
Otras sustancias
Padres y fármacos

Nacimiento

El principio del trabajo de parto
Etapas del trabajo de parto
Operación cesárea (Cesárea)

Opciones de parto

Método Lamaze
Uso de anestésicos durante el parto
Parto en casa contra parto en un hospital

Después del nacimiento del bebé: el periodo posparto

Cambios físicos
Cambios psicológicos
Vinculación con el bebé
Sexo durante el periodo posparto

Amamantamiento

Embarazos difíciles

Infertilidad

Nuevas tecnologías reproductivas

Inseminación artificial
Bancos de espermatozoides
Transferencia de embrión
Bebés de probeta
TIFG
Clonación
Selección de género

Recuerdo que me sentía muy sensual. Estábamos experimentando con toda serie de posiciones diferentes. Ahora que íbamos a tener un bebé, me sentía mucho más relajada. Antes me sentía muy tensa con el sexo por el sexo mismo, pero cuando estaba embarazada, me sentía mucho más libre.

Pensé que nunca acabaría. Estaba enorme. No me podía inclinar para lavarme los pies. Y constantemente sentía un calor increíble.*

*Boston Women's Health Book Collective (1998), pp. 443, 446.

El capítulo 5 describió el increíble proceso biológico mediante el cual un sólo óvulo fertilizado se desarrolla en un ser humano varón o mujer. Este capítulo trata de algunos de los procesos igualmente increíbles implicados en la creación de los seres humanos: concepción, embarazo y parto.

Concepción

Espermatozoide conoce óvulo: el viaje fantástico

Alrededor del día 14 de un ciclo menstrual promedio, la mujer ovula. El óvulo se desprende del ovario hacia la cavidad corporal. De manera típica, este es el momento en que las franjas (estructuras largas en forma de dedos al final de la trompa de Falopio (véase figura 7.1) lo atrapan y se introduce en la trompa de Falopio. Entonces comienza un tranquilo pasaje por la trompa hacia el útero, llegando a él en cerca de cinco días, si es que ha sido fertilizado. De lo contrario, se desintegra en aproximadamente 48 horas. El óvulo, a diferencia del espermatozoide, no tiene medios para moverse a sí mismo y se ve propulsado por los cilios (estructuras vellosas) que recubren el interior de la trompa. El óvulo ha iniciado parte de su viaje hacia la concepción.

Mientras tanto, la pareja ha estado teniendo relaciones sexuales. El cuello uterino de la mujer secreta moco que limpia las vías a fin de prepararse para la llegada de los espermatozoides. El varón tiene un orgasmo y eyacula en el interior de la vagina de la mujer. Los espermatozoides se depositan en la vagina para comenzar su tránsito hacia el óvulo. De hecho, ya han realizado un increíble viaje aun antes de llegar a la vagina. De inicio, se les fabricó en los túbulos seminíferos de los testículos (véase capítulo 4). Después se acumularon y se almacenaron en el epidídimo. Durante la eyaculación, subieron y pasaron por encima de la vejiga en el conducto deferente; entonces, viajaron a través del conducto eyaculatorio, se mezclaron con el líquido seminal y salieron por la uretra.

El espermatozoide es una de las células más pequeñas del cuerpo humano. Se compone de una *cabeza*, una *parte media* y una *cola* (véase figura 7.2). La

cabeza mide cerca de 5 micrómetros de largo, y la longitud total, desde la punta de la cabeza hasta la punta de la cola es de aproximadamente 60 micrómetros (cerca de 2/1 000 de pulgada o 0.06 milímetros). El material cromosómico, que es la contribución más importante del espermatozoide cuando se une con el óvulo, está contenido en el núcleo, que se encuentra en la cabeza. El *acro-soma*, un reservorio químico, también se encuentra en la cabeza del espermatozoide. La parte media contiene mitocondrias, pequeñas estructuras donde ocurren las reacciones químicas que le proporcionan energía. Esta energía se utiliza cuando el espermatozoide mueve la cola de lado a lado. Este movimiento (llamado *flagelación*) propulsa al espermatozoide hacia adelante.

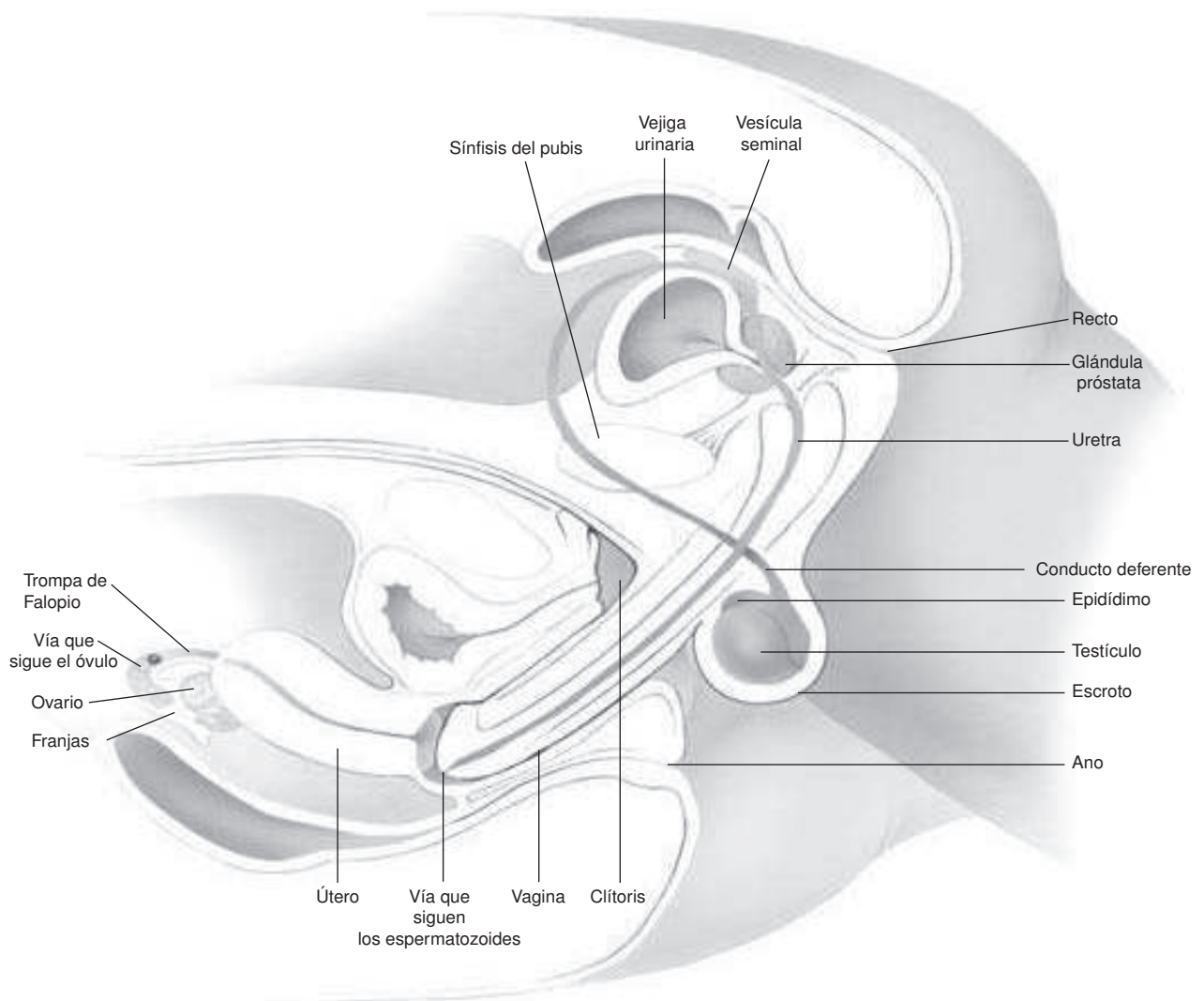
Una eyaculación típica tiene un volumen aproximado de 3 mililitros, o de cerca de una cucharadita, y contiene casi 300 millones de espermatozoides. Aunque esto podría parecer una cantidad excesiva de espermatozoides si sólo se requiere de uno para la fertilización, la gran mayoría de espermatozoides ni siquiera se acercan al óvulo. Parte de la eyaculación, que incluye a la mitad de los espermatozoides, fluiría hacia el exterior de la vagina como resultado de la gravedad. Es posible que otros espermatozoides mueran a causa de la acidez de la vagina, a la cual son muy sensibles. De aquellos que logran llegar sanos y salvos al útero, la mitad se introducirá a la trompa de Falopio equivocada (la que no contiene un óvulo).

Pero aquí estamos, varias horas después, con una banda entusiasmada de espermatozoides que nadan hacia el óvulo, en sentido contrario a las corrientes que lo están haciendo descender. Los espermatozoides tienen la capacidad de nadar de 1 a 3 centímetros (cerca de una pulgada) por hora, aunque se ha documentado que existe la posibilidad de que los espermatozoides alcancen al óvulo dentro de 1 1/2 horas después de la eyaculación, que es mucho más pronto de lo que se esperaría, dada su velocidad de natación. Se piensa que las contracciones del útero puedan ayudarlos en su camino. Para el momento en que un espermatozoide llega al óvulo, ha nadado cerca de 3 000 veces su propia longitud. Esto sería comparable a que un ser humano nadara más de tres millas.

Contrario a la creencia popular de que la concepción ocurre dentro del útero, de manera típica sucede en el tercio externo (la sección más cercana al ovario) de la



Figura 7.1 Coito en la posición del hombre arriba, mostrando la vía que siguen el espermatozoide y el óvulo desde su producción en los testículos y el ovario hasta la concepción, la cual, típicamente, sucede dentro de la trompa de Falopio.



que contiene el óvulo. A medida que se acercan, un químico secretado por el óvulo atrae al espermatozoide. Los receptores químicos del espermatozoide responden al factor atrayente y el espermatozoide nada hacia el óvulo (Spohr *et al.*, 2003). El óvulo está rodeado de una delgada capa gelatinosa llamada la *zona pelúcida*. Los espermatozoides se aglomeran alrededor del óvulo

Hialuronidasa: enzima segregada por el espermatozoide que permite que éste penetre en el óvulo.

Cigoto: óvulo fertilizado.

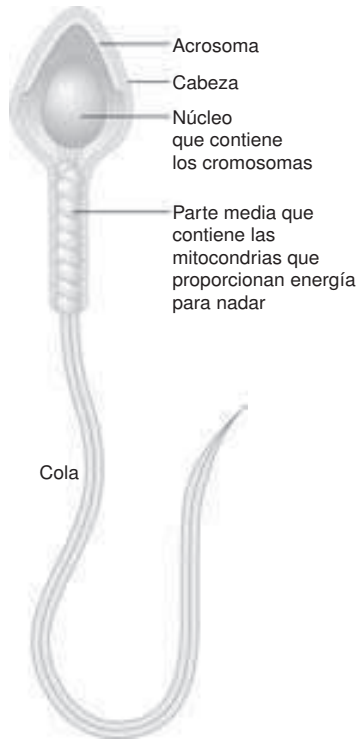
y secretan una enzima denominada **hialuronidasa** (producida por el acrosoma localizado en la cabeza del espermatozoide (véase figura 7.2); esta enzima disuelve la zona pelúcida permitiendo que

un espermatozoide penetre al óvulo.¹ La concepción ha ocurrido (véase figura 7.3).

El óvulo fertilizado, denominado *cigoto*, continúa su viaje por la trompa de Falopio. Cerca de 36 horas después de la concepción, inicia el proceso de división celular, por medio del cual la célula única se convierte en una masa de dos células, después de cuatro, después de ocho, y así sucesivamente. Poco más o menos a los cinco o siete días después de la concepción, la masa se implanta en el recubrimiento del útero para

¹Así, mientras que sólo se necesita un espermatozoide para lograr la fertilización, parece que es importante que éste tenga a muchos de sus amigos para que lo ayuden a que pueda entrar al óvulo. Por lo anterior, mantener un elevado conteo de espermatozoides parece ser importante para la concepción.

Figura 7.2 Estructura de un espermatozoide humano maduro.



nutrirse y crecer. Durante las primeras ocho semanas de gestación el *conceptus* (producto de la concepción) se denomina *embrión*; a partir de ese momento y hasta el parto, se le llama *feto*.

Aumento de las probabilidades de concepción: cómo hacer un bebé

Aunque este tema pueda parecerle bastante remoto a un estudiante universitario en su segunda década de vida, cuya preocupación principal probablemente sea *evitar* la concepción, algunas parejas sí quieren tener un bebé. Los siguientes son algunos puntos que estas parejas deben tener en mente.

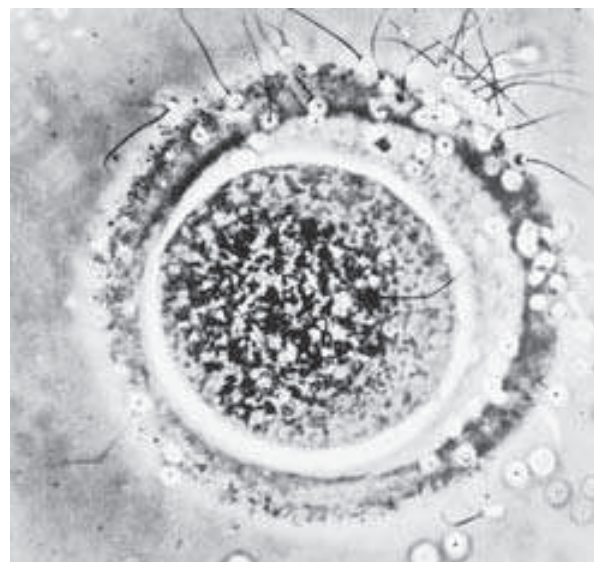
Por supuesto, todo el asunto es sincronizar el coito de modo que suceda cerca del momento de la ovulación. Para llevar esto a cabo, es necesario determinar cuándo ovula la mujer. Si es esa mujer idealizada con un ciclo regular perfecto de 28 días, entonces ovulará el día 14. Pero para la enorme mayoría de las mujeres, la mejor manera de determinar el momento de la ovulación es por medio de tener un *registro de temperatura corporal basal*. Para hacer esto, la mujer se toma la temperatura todos los días inmediatamente al despertarse (esto quiere decir antes de que se levante y empiece a moverse o de tomar una taza de café). Entonces puede llevar una gráfica de su temperatura (como la que se muestra en la figura 6.3). Durante la fase preovulatoria, la temperatura será muy constante (la temperatura

estará por debajo de los 37°C porque la temperatura es baja temprano en la mañana). El día de la ovulación, la temperatura baja, y el día después de la ovulación, se eleva en forma marcada por .15 a .38°C por encima del nivel preovulatorio. En ese momento, es probable que la temperatura se mantenga a ese nivel elevado hasta justo antes de la menstruación. El indicador más confiable de la ovulación es el aumento de temperatura el día después de que sucede. A partir de esto, la mujer puede determinar el momento de la ovulación y tal determinación debería ser consistente con que la menstruación suceda cerca de 14 días después. Una vez hecho esto durante un par de ciclos, la mujer debería tener una idea bastante buena del día de su ciclo en el cual ovula. Otros dos métodos para determinar el momento de la ovulación de la mujer son los métodos de moco cervical y el sintotérmico, que se describen en el capítulo 8.

Los espermatozoides viven dentro del cuerpo de la mujer hasta por cinco días (Wilcox *et al.*, 1995). El óvulo está en capacidad de que se le fertilice durante aproximadamente las primeras 12 a 24 horas después de la ovulación. Concediéndoles cierto tiempo de nado a los espermatozoides, esto significa que el coito debería programarse justo durante la ovulación o uno a dos días antes.

Suponiendo que usted tiene alguna idea acerca del momento de la ovulación, ¿con qué frecuencia se debería realizar el coito? Aunque más veces pueda ser más ameno, no necesariamente es más efectivo. La razón por esto es que es importante que el conteo del espermato del varón se mantenga. Toma cierto

Figura 7.3 Un espermatozoide fecunda al óvulo mientras muchos otros espermatozoides se aglomeran a su alrededor.



tiempo fabricar 300 millones de espermatozoides al (menos 24 horas). Y, como se discutió con anterioridad, mantener un conteo elevado de espermatozoides parece ser importante para la tarea de fertilizar al óvulo. Entonces, para los propósitos de la concepción, es probable que lo mejor sea tener relaciones sexuales cada 24 a 48 horas, o aproximadamente cuatro veces durante la semana en que la mujer habrá de ovular. Abstenerse durante más de 48 horas puede conducir a un bajo conteo de espermatozoides.

También es importante tomar ciertas medidas a fin de garantizar que, una vez que se encuentran depositados en el interior de la vagina, los espermatozoides tengan una oportunidad clara de sobrevivir y de encontrar el camino a las trompas de Falopio. Es importante la posición durante y después del coito. Para lograr la concepción, la mejor posición para el coito es con la mujer recostada sobre su espalda (posición de hombre arriba o del “misionero” (véase capítulo 10). Si la mujer está arriba, es posible que gran cantidad del eyaculado salga de la vagina a causa de la fuerza gravitacional. Después del coito, la mujer debería permanecer acostada de espaldas, posiblemente con las piernas hacia arriba y con una almohada debajo de las caderas, de preferencia durante media a una hora. Esto permite que el semen se acumule dentro de la vagina, lo que le da una buena oportunidad de nadar hacia el interior del útero. Debido a que los espermatozoides son muy sensibles al pH (acidez-alkalinidad) de la vagina,

Placenta: órgano formado en la pared del útero, a través del cual el feto recibe oxígeno y nutrientes y se libera de los productos de desecho.

este factor también requiere de cierta consideración. La acidez mata a los espermatozoides. Se deben evitar las duchas vaginales con preparaciones comerciales o con soluciones ácidas (tales como vinagre). En todo caso, es posible que la mujer desee darse una ducha vaginal antes del coito con alguna solución ligeramente alcalina que se puede preparar añadiendo dos o tres cucharadas de bicarbonato de sodio a un litro de agua. Por último, no se deberían utilizar lubricantes, supositorios, o ambos; pueden matar a los espermatozoides o bloquear su entrada al útero.

Desarrollo del conceptus

Durante los nueve meses de embarazo, dos organismos —el conceptus y la mujer embarazada— pasan por importantes cambios paralelos. Los cambios que suceden en el conceptus en desarrollo se discutirán en la presente sección; una sección posterior tratará acerca de las alteraciones que suceden en la mujer embarazada.

De manera típica, los nueve meses del embarazo se dividen en tres periodos iguales de tres meses llamados *trimestres*. Así, el primer trimestre comprende los meses 1 a 3, el segundo trimestre los meses 4 a 6 y el tercer (o último) trimestre los meses 7 a 9.

El embrión y sus sistemas de apoyo

Dejamos al conceptus, que comenzó como un solo óvulo fertilizado, dividiéndose en muchas células a medida que pasaba por la trompa de Falopio, llegando, al fin, al útero e implantándose en la pared uterina.

Durante el periodo embrionario del desarrollo (las primeras ocho semanas), se forma la mayoría de los principales sistemas de órganos del feto mediante procesos que ocurren con una velocidad sorprendente. Ahora es cuando la parte interna de la masa de células implantada en el útero se diferencia en dos capas, el endodermo y el ectodermo. Más adelante, una tercera capa, el mesodermo, se forma entre ellas. Los diversos órganos del cuerpo se diferencian a partir de estas tres capas. El *ectodermo* formará la totalidad del sistema nervioso y la piel. El *endodermo* se diferencia en el sistema digestivo —desde la faringe al estómago e intestinos y hasta el recto— y el sistema respiratorio. Los músculos, esqueleto, tejidos conectivos y sistemas reproductivo y circulatorio se derivan a partir del *mesodermo*. Por lo general, el desarrollo fetal procede en un orden cefalocaudal. Es decir, la cabeza se desarrolla primero y la parte inferior del cuerpo al último. Es por esta razón que la cabeza del feto es enorme en comparación con el resto del cuerpo.

Mientras tanto, otro grupo de células se ha diferenciado para formar el *trofoblasto*, mismo que desempeña importantes funciones en la manutención del embrión y que a la larga se convertirá en la placenta. La **placenta** es la masa de tejidos que rodea al conceptus al inicio de su desarrollo y que nutre su crecimiento. Más adelante se desplaza a un lado del feto. La placenta lleva a cabo un número considerable de funciones importantes, tal vez siendo la de mayor importancia que sirve como sitio de intercambio de sustancias entre la sangre de la mujer y la del feto. Es importante señalar que el sistema circulatorio de la mujer y aquel del feto están completamente separados. Es decir, a excepción de raras ocasiones, la sangre de la mujer nunca circula dentro del cuerpo del feto, y la sangre de éste nunca circula dentro de los vasos sanguíneos de la mujer. En lugar de esto, la sangre del feto pasa a través del cordón umbilical hacia la placenta. Ahí circula dentro de numerosas *vellosidades* (pequeñas proyecciones como dedos dentro de la placenta). La sangre de la mujer circula alrededor del exterior de estos vellos. Así, existe una membrana que actúa como barrera entre los dos sistemas sanguíneos. Algunas sustancias son capaces de traspasar esta barrera, mientras que otras no lo son. El oxígeno y los nutrientes pueden traspasar la barrera y, de esa manera, la sangre de la mujer suministra oxígeno y nutrientes al feto, proporcionando sustitutos para la respiración y la ingestión de alimentos. Algunos virus y otros organismos patológicos pueden traspasar la barrera, incluyendo los de la rubéola (sarampión alemán) y la sífilis. Pero otros organismos no pueden atravesar la barrera; de esta forma, es posible que la mujer tenga un espantoso catarro, pero el feto permanecerá

completamente sano. Diversos fármacos también pueden franquear la barrera placentaria, y por esta razón la mujer debe tener cuidado en cuanto a las sustancias que ingiere durante el embarazo (véase la sección relacionada con fármacos durante el embarazo, más adelante dentro del presente capítulo).

Otra importante función de la placenta es que secreta hormonas. La placenta produce enormes cantidades de estrógeno y progesterona. Es posible que muchos de los síntomas físicos del embarazo sean el resultado de estos elevados niveles hormonales. Otra hormona producida por la placenta es la **gonadotropina coriónica humana (hCG)**, misma que detectan las pruebas de embarazo.

El **cordón umbilical** se forma durante la quinta semana del desarrollo embrionario. El cordón completamente desarrollado tiene una longitud aproximada de 55 centímetros (20 pulgadas). Normalmente, contiene tres vasos sanguíneos: dos arterias y una vena. Algunas personas creen que el cordón umbilical del feto está adherido al ombligo de la mujer; de hecho, el cordón umbilical se conecta con la placenta, lo que permite el intercambio de sustancias que se describió con anterioridad.

Existen dos membranas que rodean al feto, el *corion* y el *amnios*, siendo este último el más interno. El amnios está lleno de un líquido acuoso llamado **líquido amniótico**, en el que el feto flota y se mueve libremente. Es el líquido amniótico el que se muestrea cuando se realiza una amniocentesis. El líquido amniótico mantiene al feto a una temperatura constante y, de mayor importancia, lo protege de posibles daños. Así, aunque la mujer cayera por unas escaleras, el feto permanecería intacto. En realidad se podría considerar que el líquido amniótico fue la cama de agua original.

Desarrollo fetal

Desarrollo fetal durante el primer trimestre

En cierto sentido, el desarrollo del feto durante el primer trimestre es más notable que su desarrollo durante el segundo y el tercero. Esto se debe a que durante el primer trimestre, la pequeña masa de células implantada en el útero se convierte en un feto con la mayoría de los importantes sistemas de órganos presentes y con rasgos humanos reconocibles.

Para la tercera semana de gestación, el embrión parece un pequeño trozo de carne y mide cerca de 0.2 centímetros (1/12 de pulgada). Durante la tercera y cuarta semanas, la cabeza se desarrolla de manera considerable. Se comienza a formar el sistema nervioso central y se pueden observar los inicios de ojos y orejas. La columna vertebral se construye para finales de la cuarta semana. Al inicio del desarrollo embrionario se puede observar una "cola", pero ésta ha desaparecido para la octava semana.

Desde la cuarta y hasta la octava semana, se desarrollan las partes corporales externas: ojos, orejas, bra-

zos, manos, dedos, piernas, pies y dedos de los pies. Para el final de la décima semana, el embrión no sólo tiene un conjunto completo de dedos, sino que también tiene uñas.

Para finales de la séptima semana, se han formado el hígado, pulmones, páncreas, riñones e intestino, y ya han empezado a funcionar de manera limitada. También se han formado las gónadas, pero el género del feto no se puede distinguir con claridad sino hasta la duodécima semana.

Al final de la duodécima semana (final del primer trimestre), el feto es indudablemente humano y parece un pequeño lactante. Mide cerca de 10 centímetros (4 pulgadas) y pesa aproximadamente 19 gramos (2/3 de onza). A partir de este momento, el desarrollo consiste principalmente del crecimiento y diferenciación de estructuras que ya se encuentran presentes.

Desarrollo fetal durante el segundo trimestre

Cerca del final de la decimocuarta semana, se pueden detectar los movimientos del feto (*avivamiento*).

Para la decimoctava semana, la mujer ha podido sentir los movimientos durante dos a cuatro semanas, y el médico puede detectar el latido cardíaco del feto. Este último es un punto importante, ya que le ayuda al médico a determinar la longitud de la gestación. El bebé deberá nacer cerca de 20 semanas después.

El feto abre sus ojos por primera vez alrededor de la vigésima semana. Aproximadamente para la vigésimo cuarta semana, es sensible a la luz y puede escuchar sonidos *in utero*. En este momento, los movimientos de brazos y piernas son vigorosos y el feto alterna entre periodos de vigilia y sueño.

Desarrollo fetal durante el tercer trimestre

Al final del segundo trimestre, la piel del feto está arrugada y cubierta de un vello sedoso. Al principio del tercer trimestre, se forman depósitos de grasa por debajo de la piel; estos le darán al lactante la característica apariencia regordeta de los bebés. Se pierde el vello sedoso.

Durante el séptimo mes, el feto rota dentro del útero y asume una posición de cabeza. Si esta rotación no ocurre para el momento del parto, habrá una *presentación de nalgas*. Las mujeres pueden realizar ciertos ejercicios para auxiliar esta rotación (Boston Women's Health Book Collective, 1992). Los médicos y las parteras también pueden llevar a cabo ciertos procedimientos para darle vuelta al feto.

El crecimiento del feto durante los últimos dos meses es veloz. Al final del octavo mes pesa, en promedio, 2 500 gramos (5 libras, 4 onzas). El bebé promedio a término pesa 3 300 gramos (7.5 libras) y mide 50 centímetros (20 pulgadas).

Gonadotropina coriónica humana (hCG): hormona producida por la placenta; es la hormona que se detecta en las pruebas de embarazo.
Cordón umbilical: conducto que conecta al feto con la placenta.
Líquido amniótico: líquido acuoso que rodea al feto en desarrollo dentro del útero.

Etapas del embarazo

Los trimestres

El primer trimestre (las primeras 12 semanas)

Síntomas del embarazo. Para la mayoría de las mujeres, el primer síntoma del embarazo es la ausencia de la menstruación. Por supuesto, puede haber una amplia variedad de reacciones a este suceso. Para la adolescente que no está casada, o para la mujer casada que siente que ya ha tenido suficientes hijos, la reacción puede ser negativa (depresión, enojo y temor). Para la mujer que ha estado tratando de concebir durante varios meses, es posible que la reacción sea de dicha y anticipación deseosa.

De hecho, existen diversas otras razones por las que una mujer puede tener un retraso en su menstruación o por las que ésta puede no aparecer. La enfermedad o el estrés emocional pueden retrasar la menstruación y, en ocasiones, las mujeres pueden no menstruar sin ninguna razón aparente.

También es cierto que existe la posibilidad de que la mujer continúe experimentando cierto sangrado cíclico o manchado durante el embarazo. Esto no necesariamente es señal de peligro, excepto que en algunos casos es síntoma de un aborto espontáneo.

Si la mujer ha estado llevando un registro de su temperatura corporal basal, éste le puede proporcionar una señal muy inicial de que está embarazada. Si su temperatura se eleva de manera brusca cerca del momento en que normalmente ocurriría su ovulación y después se mantiene elevada durante más de dos semanas —digamos, durante tres semanas— las probabilidades de que esté embarazada son bastante altas. El aumento en la temperatura se debe a los altos niveles de progesterona producidos por el cuerpo amarillo y, más adelante, por la placenta.

Otros síntomas iniciales del embarazo son sensibilidad en las mamas —una sensación de hormigueo y una especial sensibilidad en los pezones— además de náusea y vómito (llamados *náuseas matutinas* aunque, de hecho, estos síntomas pueden aparecer en cualquier momento del día). Micción más frecuente, sensación de fatiga y una necesidad de dormir más son otras señales tempranas de embarazo.

Pruebas de embarazo. Es importante que haya disponibilidad de pruebas tempranas y precisas de embarazo y que las mujeres hagan uso de ellas. Esto es cierto por una variedad de razones. Una mujer necesita saber que está embarazada lo antes posible para que pueda consultar con un médico o una partera a fin de comenzar a obtener cuidados prenatales adecuados. También necesita saber de modo que pueda obtener la nutrición que requiere durante el embarazo (véase la página 144 acerca de nutrición). Y

si no quiere llevar el bebé a término, necesita saberlo lo antes posible, ya que los abortos son mucho más seguros y sencillos cuando se llevan a cabo durante el primer trimestre en lugar del segundo.

La prueba de embarazo es posible llevarla a cabo con un médico, en una clínica de planeación familiar o bien en un laboratorio clínico. La prueba de embarazo más común es una prueba inmunológica basada en la detección de la presencia de hCG (gonadotropina coriónica humana, secretada por la placenta) en la orina de la mujer. Se puede hacer en cuestión de minutos y es extremadamente precisa. Implica mezclar una gota de orina con ciertos químicos, ya sea sobre un portaobjetos o en un tubo de ensaye.

Las pruebas de embarazo de laboratorio son 98 a 99 por ciento precisas. Una prueba de laboratorio puede producir un falso negativo (le dice a la mujer que no está embarazada cuando en realidad lo está) si se hace demasiado temprano o si se cometen errores en el procesamiento. Así también, algunas mujeres sencillamente no muestran señales positivas en las pruebas o no lo hacen sino hasta la segunda o tercera prueba. Las pruebas modernas de orina son 98 por ciento precisas siete días después de la implantación (sólo cuando falla una menstruación).

Otro tipo de prueba, llamada *radioinmunoanálisis beta-hCG*, analiza la presencia de beta-hCG en una muestra de sangre. Puede detectar niveles muy bajos de hCG, de modo que puede detectar el embarazo siete días después de la fertilización. Es mucho más costosa que las pruebas de orina y sólo se encuentra disponible en laboratorios asociados con hospitales o clínicas grandes.

También existen las pruebas caseras de embarazo, mismas que se venden con marcas tales como *First Response*, *Fact Plus*, *Answer* y *Clear Blue*. Todas estas son pruebas de orina diseñadas para medir la presencia de hCG. Su encanto reside en su conveniencia y en la privacidad con la que se obtienen los resultados. Su problema principal es que tienen un elevado índice —entre 25 y 38 por ciento— de falsos negativos (Doshi, 1986; Hart, 1990). Esto contrasta con el índice de error de 1 a 2 por ciento de las pruebas de laboratorio. Las pruebas caseras de embarazo también tienen una tasa de 16 por ciento de falsos positivos (Hatcher *et al.*, 2004). Para prevenirse en contra de falsos negativos, los fabricantes recomiendan que se repita la prueba una semana después en caso de que haya resultado negativa la primera vez. La razón por la cual una elevada tasa de falsos negativos es tan grave es que lleva a una mujer embarazada a pensar que no lo está, por lo que puede ingerir sustancias que dañarían al feto, además de que no iniciará sus cuidados prenatales; por todo lo anterior, ciertos trastornos tales como un embarazo ectópico podrían pasar desapercibidos. Así también, realizar las pruebas requiere de cierta cantidad de coordinación y cuidado. En general, es proba-

Figura 7.4 a) Este embrión se ha dividido en cuatro células y es probable que todavía se encuentre descendiendo por la trompa de Falopio. b) El embrión después de tan sólo cuatro semanas de desarrollo. Se están formando los órganos principales; el corazón de color rojo intenso, lleno de sangre, se encuentra justo por debajo del maxilar inferior. c) A las nueve semanas el feto humano se puede reconocer como primate. Ya se han formado las extremidades y las orejas son claramente visibles. d) Cerca de los tres meses el feto mide aproximadamente 8 centímetros y pesa cerca de 28 gramos. Se han formado los músculos que mueven las extremidades y el cuerpo.



a)



b)



c)



d)

ble que no sean tan buena idea como parecen, aunque existe la posibilidad de que mejoren en un futuro.

Los signos del embarazo se pueden clasificar como *signos presuntivos*, *signos probables* y *signos positivos*. La amenorrea, sensibilidad de las mamas, náusea y demás

son signos presuntivos. Todas las pruebas de embarazo que se discutieron con anterioridad proporcionan signos probables. Existen tres signos que se interpretan como positivos, es decir, como indicaciones definitivas de embarazo: (1) latido del corazón fetal; (2) movi-

miento fetal activo, y (3) detección del esqueleto fetal por medio de ultrasonido. Estos signos son indetectables hasta el cuarto mes, con la excepción del ultrasonido, que se puede utilizar en el primer trimestre.

Una vez que se ha confirmado un embarazo, la mujer generalmente se interesa enormemente en determinar la fecha esperada del parto (llamada FEC a causa de una expresión algo anticuada, “fecha esperada del confinamiento”). La FEC se calcula por medio del uso de la *regla de Nägele*. La regla indica que se tome la fecha del primer día del último periodo menstrual, se resten tres meses, se sumen siete días y, por último, se sume un año. Así, si el primer día de la última menstruación fue el 10 de septiembre de 2005, la fecha esperada del parto sería el 17 de junio de 2006: restar tres meses al 10 de septiembre da el 10 de junio, sumar siete días da 17 de junio y sumar un año da 17 de junio de 2006. En los casos en que no se conozca la fecha en que inició la última menstruación, se puede utilizar un procedimiento de ultrasonido para determinar la edad de gestación (Afriat, 1995).

Cambios físicos. El cambio físico básico que sucede en el cuerpo de la mujer durante el primer trimestre es un elevado aumento en niveles hormonales, en especial de estrógeno y progesterona, producidos por la placenta. Muchos de los otros síntomas físicos del primer trimestre surgen a partir de estos cambios endocrinos.

Las mamas se inflaman y hormiguean. Esto es a causa del desarrollo de las glándulas mamarias, estimulado por las hormonas. Los pezones y el área que los rodea (areola) pueden oscurecerse y ampliarse.

De manera habitual existe una necesidad de orinar con mayor frecuencia. Esto se relaciona con los cambios de las hormonas pituitarias que afectan a las suprarrenales que, a su vez, alteran el balance de agua en el organismo de modo que se retienen más líquidos. El útero en crecimiento también contribuye al presionar en contra de la vejiga.

Algunas mujeres experimentan náuseas matutinas, sentimientos de náusea, tal vez hasta llegar al vómito, y repulsión hacia la comida o hacia su olor. La náusea y el vómito pueden suceder al despertarse o en otros momentos del día. Su causa exacta se desconoce. Una teoría es que los elevados niveles de estrógeno irritan el estómago. También puede estar implicada la rápida expansión del útero. Aunque estos síntomas son bastante comunes, cerca del 25 por ciento de las mujeres no experimentan ningún tipo de náusea.

En este punto también es posible que aumenten los exudados vaginales, en parte porque el aumento en niveles hormonales cambia el pH de la vagina y en parte debido a que las secreciones vaginales están cambiando en cuanto a su composición química y a su cantidad.

Los sentimientos de fatiga y sueño probablemente se relacionen con los elevados niveles de progesterona, que se sabe tienen un efecto sedante.

Cambios psicológicos. La cultura estadounidense está colmada de estereotipos acerca de las características de las mujeres embarazadas. Según un punto de vista, se supone que el embarazo es un periodo de felicidad y calma. Se dice que una satisfacción radiante, el “resplandor del embarazo” emana de la cara de la mujer y que éste es un buen momento para que la fotografíen. Según otro punto de vista, el embarazo es una época de altas y bajas emocionales. La mujer embarazada pasa de estar muy feliz a la depresión y el llanto, y de regreso. Es irracional y manda a su pareja en una tormenta de nieve a que le consiga pepinillos agrios en conserva. Un estudio comparó 70 mujeres embarazadas (embarazos planeados) con 92 mujeres no embarazadas. Los investigadores evaluaron los estados tanto fisiológico como psicológico de las mujeres en tres momentos a lo largo del embarazo (o durante nueve meses en el caso de las mujeres no embarazadas). En general, encontraron que el embarazo no es ni una época de bienestar intenso ni de tumulto emocional exacerbado (Striegel-Moore *et al.*, 1996).

Las investigaciones indican que la situación es bastante más compleja de lo que los estereotipos sugieren. El estado emocional de una mujer durante el embarazo, que con frecuencia se evalúa por medio de mediciones de depresión, varía según una multitud de factores. Primero, su actitud hacia el embarazo hace una diferencia; las mujeres que desean el embarazo se encuentran menos ansiosas que las mujeres que no lo desean (Kalil *et al.*, 1993). Un segundo factor es la clase social. Diversos estudios han encontrado que los bajos ingresos se asocian con la depresión durante el embarazo. Por ejemplo, un estudio de 192 entrevistas con mujeres embarazadas pobres que vivían en zonas urbanas de bajos recursos encontró que tenían el doble de probabilidades de estar deprimidas que sus contrapartes de ingresos medios (Hobfoll *et al.*, 1995). Esto puede deberse a la situación económica que estas mujeres enfrentan; así también, es posible que existan más embarazos no deseados entre mujeres de recursos bajos. Una tercera influencia es la disponibilidad de apoyo social. Las mujeres que cuentan con una pareja que las apoya tienen menores probabilidades de estar deprimidas, tal vez porque la pareja funge como amortiguador ante los sucesos estresantes (Chapman *et al.*, 1997).

Durante el primer trimestre, las variables que distinguen a las mujeres embarazadas de las no embarazadas son la náusea asociada con las náuseas matutinas y la fatiga (Striegel-Moore *et al.*, 1996). La depresión no es inusual durante esta época. Las mujeres que llevaban una vida muy activa antes de embarazarse pueden hallar que la fatiga y la falta de energía son particularmente inquietantes. Existen mayores probabilidades de que se presente una depresión durante el primer trimestre entre aquellas mujeres que estén experimentando otros eventos vitales estresantes, tales como mudarse de casa, cambios en sus empleos, cambios

en sus relaciones o enfermedades (Kalil *et al.*, 1993). Durante este trimestre, es frecuente que las ansiedades de las mujeres se centren alrededor de preocupaciones acerca de un aborto espontáneo.

El segundo trimestre (semanas 13 a 26)

Cambios físicos. Durante el cuarto mes, la mujer se concientiza de los movimientos del feto (avivamiento). Muchas mujeres encuentran que ésta es una experiencia muy emocionante.

La mujer se vuelve aún más consciente de su embarazo a causa de su vientre en rápida expansión. Existe una variedad de reacciones ante esto. Algunas mujeres sienten que es un magnífico símbolo de la feminidad y salen corriendo a comprar ropa de maternidad y se la ponen aun antes de que sea necesario. Otras mujeres se sienten torpes y resentidas a causa de su figura abultada y es posible que empiecen a preguntarse si van a poder caber por puertas y torniquetes.

Desaparece la mayoría de los síntomas físicos del primer trimestre, tales como náuseas matutinas, y las incomodidades se minimizan. Los problemas físicos de este periodo incluyen estreñimientos y sangrados nasales (ocasionados por el aumento del volumen sanguíneo). Es posible que el **edema**—retención de líquidos e inflamación— sea un problema en cara, manos, muñecas, tobillos y pies; proviene de una mayor retención de líquidos en todo el cuerpo.

Aproximadamente a la mitad del embarazo, las mamas, a causa de la estimulación hormonal, esencialmente han completado su desarrollo en preparación del amamantamiento. Comenzando cerca de la decimonovena semana, es posible que un delgado líquido amarillo o ámbar llamado **calostro** salga de los pezones, aunque todavía no hay leche.

Cambios psicológicos. Mientras que es posible que el primer trimestre sea relativamente tempestuoso, en especial debido a las náuseas matutinas, por lo general el segundo es un periodo de calma y bienestar relativos. Han pasado las incomodidades del primer trimestre y las tensiones asociadas con el trabajo de parto y con el parto mismo aún no se han presentado. Disminuye el temor de un aborto espontáneo a medida que la mujer siente los movimientos del feto (Leifer, 1980).

Existen menos probabilidades de depresión durante el segundo trimestre si la mujer tiene una pareja o esposo que cohabite con ella (Hobfoll *et al.*, 1995). De manera interesante, las mujeres que han tenido embarazos anteriores se encuentran más angustiadas durante esta época que las mujeres que no los han tenido (Wilkinson, 1995). Esto puede reflejar el impacto de las demandas asociadas con el cuidado de otros niños cuando se está embarazada. Así también, las investigaciones indican que los sentimientos de cuidado o de interés materno por el lactante aumentan progresivamente desde el periodo anterior al emba-

razo y hasta el periodo posparto (Fleming *et al.*, 1997). Este aumento no parece tener relación con los cambios en niveles hormonales durante el embarazo.

Las investigaciones también indican que las creencias de la mujer acerca del embarazo y acerca de cómo se debería comportar durante el mismo están bajo influencias culturales. Una comparación entre mujeres de la India que dieron a luz en Londres con mujeres no indias parturientas en el mismo lugar encontró que la cultura influía en las creencias acerca de la dieta durante el embarazo, y acerca de la cantidad y tipo de cuidados médicos que deberían procurar (Woollett *et al.*, 1995).

El tercer trimestre (semanas 27 a 38)

Cambios físicos. Para el tercer trimestre, el útero es muy grande y duro. Cada vez más, la mujer se percata de su tamaño y del tamaño del feto, que se está volviendo cada vez más activo. De hecho, algunas mujeres no pueden conciliar el sueño a causa de sus maromas y eructos.

El tamaño extremo del útero ejerce presión sobre otros órganos, lo que ocasiona cierta incomodidad. Hay presión sobre los pulmones, lo que puede causar falta de respiración. El estómago también se oprime y la indigestión se vuelve común. El ombligo se ve empujado hacia fuera. El corazón se encuentra bajo tensión a causa del considerable aumento en volumen sanguíneo. Durante esta etapa la mayoría de las mujeres siente una disminución de energía (Leifer, 1980).

El aumento de peso del segundo trimestre continúa. Una fuente, el *Journal of Midwifery and Women's Health*, dice que la cantidad de peso aumentado debería encontrarse en un rango entre las 25 y 35 libras, dependiendo del peso de la mujer antes del embarazo.

Las mujeres delgadas deberían subir más de peso, en términos relativos, mientras que las mujeres más pesadas deberían aumentar menos. Al momento del nacimiento, el lactante promedio pesa 7.5 libras; el resto del aumento de peso comprende la placenta (cerca de una libra), el líquido amniótico (cerca de 2 libras), el aumento de tamaño del útero (cerca de 2 libras), el aumento de tamaño de las mamas (1.5 libras) y la grasa y líquido adicionales que la mujer retiene (8 o más libras). Los médicos limitan la cantidad de peso que se aumenta debido a que la incidencia de complicaciones tales como hipertensión y la tensión a la que se somete el corazón son mucho más comunes entre mujeres que aumentan una cantidad excesiva de peso. Así también, el exceso de peso obtenido durante el embarazo puede ser muy difícil de perder después. El equilibrio de la mujer se encuentra ligeramente trastornado debido a la gran cantidad de peso que se ha

Edema: retención excesiva de líquido e inflamación.
Calostro: sustancia acuosa que se segrega de las mamas al final del embarazo y durante los primeros días después del parto.

Contracciones de Braxton-Hicks: contracciones del útero durante el embarazo que no forman parte del parto en sí.

añadido a la parte frontal de su cuerpo. Puede compensar por esto adoptando el característico caminado “de pato” de las mujeres embarazadas, lo cual

puede ocasionar dolores de espalda.

En ocasiones, el útero se constriñe de manera dolorosa en las llamadas **contracciones de Braxton-Hicks**. Éstas no son parte del trabajo de parto. Se piensan que ayudan a fortalecer los músculos uterinos, preparándolos para el trabajo de parto.

En el primer embarazo, aproximadamente de dos a cuatro semanas antes del nacimiento, el bebé rota y la cabeza desciende a la pelvis. Esto se denomina *descenso*, *aligeramiento* o *encajamiento*. En general, el encajamiento ocurre durante el trabajo de parto en mujeres que ya han tenido hijos.

Algunas mujeres se preocupan acerca de la cantidad adecuada de actividad durante el embarazo, si existe algo como “pasarse de la raya”. Tradicionalmente, los médicos y libros de texto advertían de los peligros de las actividades físicas y pretendían desalentarlas. Sin embargo, hoy en día parece que tales restricciones se basaban más en la superstición que en los hechos científicos. El pensamiento actual sostiene que para una mujer embarazada saludable, las actividades moderadas no representan peligro alguno y de hecho son benéficas tanto en sentido psicológico como físico. Los métodos modernos de parto alientan una cantidad razonable de ejercicio para la mujer embarazada para que así esté en forma para el trabajo de parto (véase la sección acerca de opciones de parto). La cuestión es, por supuesto, altamente individual.

Cambios psicológicos. Los patrones señalados con anterioridad continúan durante el tercer trimestre. El bienestar psicológico es mayor entre aquellas mujeres que cuentan con un apoyo social (con frecuencia en la forma de una pareja o marido que cohabite con la mujer), que tienen mayores ingresos/pertenecen a la clase media, y que experimentan menos sucesos vitales estresantes concurrentes. Las mujeres que informaron de un menor apoyo durante el embarazo se encontraron en mayores probabilidades de tener bebés con bajo peso al nacer (McWilliams, 1994).

¿Qué le pasa a la relación de la mujer embarazada con su esposo? Un comparativo de mujeres embarazadas por primera vez con mujeres que habían experimentado embarazos previos encontró que las madres primerizas informaban de un aumento significativo en la inconformidad con sus maridos del segundo al tercer trimestre (Wilkinson, 1995). Otro estudio incluyó 54 mujeres embarazadas por vez primera y a sus maridos (Zimmerman-Tansella *et al.*, 1994). Las esposas quienes informaron de mayores niveles de intercambio de afecto entre marido y mujer reporta-

ron menores niveles de ansiedad e insomnio durante el tercer trimestre.

La experiencia del padre durante el embarazo

Cambios físicos. Algunos varones experimentan síntomas de embarazo, incluyendo indigestión, gastritis, náusea, cambios de apetito y dolores de cabeza (Kiselica y Scheckel, 1995), a lo que se denomina *síndrome del couvade*. Esto se puede deber a cambios hormonales en el hombre. Un estudio longitudinal de 34 parejas tomó muestras de sangre de ambos miembros antes y después del nacimiento del lactante (Storey *et al.*, 2000). Tanto varones como mujeres mostraron diferencias hormonales específicas de etapa, incluyendo niveles elevados de prolactina antes del nacimiento y bajos niveles de testosterona después del mismo. Los varones con mayores síntomas de embarazo presentaban niveles más elevados de prolactina antes del nacimiento del bebé.

En algunas culturas, este fenómeno asume una forma más extrema, conocida como *ritual del couvade*. En este ritual, el marido cae en cama durante el trabajo de parto de la mujer. Padece todos los dolores del parto, gimiendo y quejándose de la misma manera en que lo hace su esposa. El couvade aún se practica en partes de Asia, Sudamérica y Oceanía (Gregersen, 1996).

Cambios psicológicos. En la cultura estadounidense del siglo XXI, muchos hombres esperan participar de manera activa en la paternidad. De hecho, incluso se ha afirmado que existe un “instinto paterno” (Biller y Meredith, 1975). Recuerde nuestra discusión del capítulo 2 acerca de las ventajas reproductivas del vínculo padre-lactante. La probabilidad de que existe tal vínculo depende, en parte, del interés del padre por el lactante. El estudio de los cambios hormonales durante el embarazo presentó videos con señales auditivas y visuales de bebés recién nacidos después de que se había tomado la muestra de sangre. Los hombres que tuvieron mayores niveles de interés tenían niveles más elevados de prolactina en la etapa prenatal y menores niveles de testosterona en la etapa postnatal (Storey *et al.*, 2000). Es posible que los menores niveles de testosterona faciliten la conducta de paternidad.

Un estudio de cambios emocionales encontró que el 70 por ciento de los futuros padres presentaban una ambivalencia inicial acerca de la paternidad, pero que gradualmente se habían vuelto más positivos, en anticipación a las satisfacciones que derivarían de ser papás (Obzrut, 1976). Los hombres informaron de participar en muchas de las actividades de preparación para volverse padres, incluyendo tomar clases de parentalidad, planear actividades padre-hijo(a), observar y platicar con otros papás, y soñar despiertos acerca del bebé. Por supuesto, la mayoría de estas actividades son paralelas a aquellas que llevan a cabo las futuras madres. Se ha teo-

Figura 7.5 Un papá cambia el pañal de su hija en el “Entrenamiento de infantería” en Irvine, California, que ayuda a padres nuevos o futuros a ajustarse a su nuevo rol.



rizado que los varones que muestran este tipo de participación activa tendrán el mayor éxito en el rol de padres después del nacimiento del bebé (Antle, 1978).

Preparándose para la llegada del bebé. Los papás u otras parejas desempeñan un papel importante en la preparación para la llegada del bebé. El nacimiento o llegada de un primer hijo puede requerir encontrar un sitio más grande donde vivir o realizar cambios físicos en el hogar actual. Habrá visitas al personal médico, pruebas a las que someterse y arreglos que hacer. Los padres o parejas que participan en estas actividades proporcionan apoyo a su pareja y se involucran más ellos mismos. Muchas parejas toman algún tipo de clase de preparación para el parto. Es frecuente que estas clases se dirijan de manera específica al papel de la pareja en las etapas tardías del embarazo y durante el trabajo de parto y el nacimiento. Estas actividades conjuntas contribuyen al vínculo entre la pareja que, a su vez, proporciona bases más sólidas para el arribo del nuevo miembro de la familia.

Diversidad en los contextos del embarazo

Existe una variedad de contextos familiares en que las mujeres tienen bebés hoy en día además del tradicional de estar casadas con el padre del bebé. Esto incluye vivir en una relación estable con el padre, pero no estar casados; no estar casados ni vivir con el padre del bebé, pero verlo de manera regular; ser futura madre soltera que está embarazada como resultado de una inseminación artificial u otras tecnologías reproductivas; y ser una mujer que tiene una relación estable con otra mujer que está embarazada gracias a la inseminación artificial u otras técnicas reproductivas. Ya que es demasiado complicado mencionar todas estas alternativas de manera constante, en las secciones que siguen nuestro lenguaje se basará en la situación de que la mujer está casada con el padre del bebé, que aún sigue siendo el contexto estadístico más común en el que nacen bebés en Estados Unidos. No obstante, los lectores deberían tener todos estos otros posibles contextos familiares en mente.

Sexo durante el embarazo

Muchas mujeres y varones se preocupan acerca de si es seguro o recomendable que una mujer embarazada tenga relaciones sexuales, en especial durante las últimas etapas del embarazo. Tradicionalmente, los médicos creían que el coito podría (1) ocasionar una infección o (2) precipitar el trabajo de parto de forma prematura o causar un aborto espontáneo (para una reseña acerca de sexualidad y embarazo, véase Von Sydow, 1999).

Sin embargo, la opinión médica actual indica que dado un embarazo saludable normal, el coito puede proseguir sin peligro alguno hasta cuatro semanas antes del nacimiento previsto del bebé (Cunningham *et al.*, 1993). No existe evidencia alguna de que el coito o el orgasmo se asocien con un trabajo de parto pretérmino (Sayle *et al.*, 2001). De hecho, un estudio en que se hicieron entrevistas a mujeres embarazadas a las 28 semanas de gestación y de nuevo después del nacimiento, encontraron que el coito y orgasmo recientes se asociaba con un menor riesgo de partos pretérmino (Sayle *et al.*, 2001). La única excepción es el caso en que haya amenaza de aborto espontáneo o trabajo de parto pretérmino. El tener relaciones sexuales o no, y la frecuencia en que se deberían tener es cuestión de decisión de la pareja, tal vez bajo recomendación del médico o la partera.

La mayoría de las mujeres embarazadas continúan teniendo relaciones sexuales a lo largo del embarazo (Reamy y White, 1987). El patrón más común es un descenso en la frecuencia del coito durante el primer trimestre, variación en el segundo trimestre y un descenso aún mayor durante el tercer trimestre (véase cuadro 7.1). Un estudio incluyó a varones, parejas de las mujeres embarazadas; los hombres reportaron el mismo patrón (Bogren, 1991).

Durante las etapas finales del embarazo, la figura de la mujer hace cada vez más difícil el coito. Es probable que lo mejor sea abandonar la posición del hombre arriba durante este tiempo. Es probable que la posición de lado (véase capítulo 10) sea la más adecuada para el coito durante las etapas tardías del embarazo. Las parejas también deben recordar que existen diver-

sas maneras de experimentar placer sexual y orgasmo además del coito: la estimulación mano-genitales o boca-genitales pueden ser buenas alternativas.² La mejor guía en esta materia son los sentimientos de la mujer. Si el coito no resulta confortable para ella, deberán explorarse las alternativas.

Nutrición durante el embarazo

Durante el embarazo, otro ser viviente está creciendo dentro de la mujer y durante este tiempo ella necesita grandes cantidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Por lo tanto, la dieta durante el embarazo es de gran importancia. Si la dieta de la mujer es buena, tendrá muchas mejores oportunidades de permanecer sana durante el embarazo y de dar a luz a un bebé sano; si su dieta es inadecuada, tiene mayores probabilidades de desarrollar un número de enfermedades durante su embarazo y de dar a luz a un bebé cuyo peso sea bajo al nacer. Los bebés con bajo peso al nacer no tienen las mismas oportunidades de supervivencia que aquellos con peso normal al momento del nacimiento. De acuerdo con un estudio realizado en Toronto, las madres dentro de un grupo de dieta deficiente tuvieron cuatro veces más problemas graves de salud durante sus embarazos que el grupo de madres cuyas dietas se complementaron con alimentos altamente nutritivos. Aquellas con dietas deficientes tuvieron siete veces más amenazas de aborto y tres veces más mortinatalidad; en promedio, sus trabajos de parto duraron cinco horas más (Newton, 1972).

Es de especial importancia que una mujer embarazada obtenga suficiente proteína, ácido fólico, calcio, magnesio y vitamina A (Luke, 1994). La proteína es importante para la construcción de nuevos tejidos. El ácido fólico también es importante para el crecimiento; los síntomas de deficiencia de ácido fólico son anemia y fatiga. Una mujer embarazada necesita más hierro que de costumbre, ya que el feto hace uso del hierro

²No obstante, sí existe cierto riesgo asociado con el cunilingus para la mujer embarazada, como se analiza en el capítulo 10.

Cuadro 7.1 Porcentaje de mujeres con diversas frecuencias de coito en las diferentes etapas del embarazo

| Número de actos de coito por semana | Línea base antes del embarazo | 12 semanas de embarazo% | 24 semanas de embarazo% | 36 semanas de embarazo% |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Ninguno | 0 | 11 | 8 | 36 |
| <1 | 7 | 24 | 25 | 26 |
| 1-3 | 54 | 52 | 55 | 33 |
| 4 o más | 40 | 14 | 13 | 5 |

Fuente: Kumar *et al.* (1981).

para sí mismo a partir de la sangre que circula hacia la placenta. Los calambres musculares, dolores de nervios, dolores de ligamentos uterinos, insomnio e irritabilidad pueden ser, todos, síntomas de deficiencias de calcio. La grave deficiencia de calcio durante el embarazo se asocia con un aumento en la presión sanguínea, lo cual puede conducir a un padecimiento grave llamado eclampsia, que se discutirá más adelante dentro del presente capítulo (Repke, 1994). Las deficiencias de calcio y magnesio se han asociado con partos prematuros. En ocasiones, aun una dieta excelente no proporciona las cantidades necesarias de hierro, calcio o ácido fólico, en cuyo caso la mujer embarazada debería tomar complementos. Datos de control recolectados en 19 estados de la Unión Americana indican que las mujeres con menos de 12 años de educación, y las mujeres negras y latinas estaban en menores probabilidades de informar del uso de multivitamínicos durante su embarazo (Williams *et al.*, 2003).

Efectos de sustancias ingeridas durante el embarazo

La cultura estadounidense utiliza tantos medicamentos que pocas veces se detiene a pensar si debería utilizar cierta sustancia. Sin embargo, la mujer embarazada necesita saber que cuando ingiere alguna droga, no sólo circula a través de su propio cuerpo, sino que es posible que también circule por el cuerpo del feto. Debido a que el feto se desarrolla con tanta velocidad durante el embarazo, las drogas pueden ocasionar graves consecuencias, incluyendo malformaciones importantes. Las drogas que ocasionan tales defectos se denominan **teratógenos**.³ Por supuesto, no todas las drogas logran cruzar la barrera placentaria, pero muchas de ellas sí lo pueden hacer. Las sustancias que las mujeres embarazadas deberían tener cuidado de utilizar se analizan más adelante.

Antibióticos

El uso prolongado de antibióticos por parte de la mujer llega a dañar al feto. La tetraciclina puede ocasionar dientes manchados y deformidades óseas. La gentamicina, kanamicina, neomicina, estreptomycinina y vancomicina suelen ocasionar sordera. La nitrofurantoína puede causar ictericia. El *Accutane* (isotretinoína), que se utiliza para el tratamiento del acné, puede ocasionar graves defectos congénitos si lo toma una mujer embarazada. Algunos medicamentos utilizados por diabéticas llegan a ocasionar diversas anomalías fetales.

³Teratógeno proviene de la palabra griega *teras*, que quiere decir "monstruo", y *gen*, que quiere decir "causa".

Alcohol

ADVERTENCIA: DE ACUERDO CON LAS AUTORIDADES DE SALUD, LAS MUJERES EMBARAZADAS NO DEBEN INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBIDO AL RIESGO DE DEFECTOS CONGÉNITOS.

Una cantidad sustancial de investigaciones han documentado los riesgos que el niño corre a causa de la ingesta materna de alcohol durante el embarazo. El alcohol que consume la mujer circula a través del feto, de modo que puede tener efectos generalizados sobre el crecimiento y desarrollo fetal. Consumir el equivalente a una copa de licor o a dos copas de vino al día se asoció en una reducción en tiempos de procesamiento de información en un estudio de lactantes de seis meses de edad (Jacobson *et al.*, 1993). Un estudio de 403 niños negros de 1 año de edad encontró menor velocidad en tiempos de reacción, aumento en la fijación visual y una reducción en la complejidad del juego asociados con el consumo materno de alcohol durante el segundo y tercer trimestres del embarazo (Jacobson *et al.*, 1994). Los hijos de madres que habían ingerido por lo menos una bebida alcohólica por día en la etapa media de su embarazo tenían habilidades motoras gruesas y finas más deficientes (p. ej., atrapar y lanzar una pelota) a los 4 años de edad (Barr *et al.*, 1990). Los déficit de 10 puntos o más en puntajes de pruebas de inteligencia al año de edad y puntajes más bajos a los cuatro años de edad están relacionados con la ingesta de alcohol durante el embarazo. (O'Connor *et al.*, 1993; Barr *et al.*, 1990). Los datos provenientes del estudio longitudinal Seattle indican que la ingesta materna de alcohol (un promedio de 3.6 copas por ocasión, ocho ocasiones por mes) se asocia con una diversidad de problemas académicos y conductuales entre niños a los 14 años de edad (Streissguth *et al.*, 1999).

El abuso del alcohol durante el embarazo puede dar por resultado crías que muestran un patrón de malformaciones denominado **síndrome alcohólico fetal (SAF)** (para reseñas, véase Mattson y Riley, 1998). Entre las características del síndrome se encuentran deficiencias de crecimiento tanto prenatales como postnatales, un cerebro pequeño, aberturas oculares pequeñas, y malformaciones en articulaciones, extremidades y corazón. Tal vez el efecto más grave es el retardo en el desarrollo. Cerca del 85 por ciento de niños con SAF obtienen calificaciones en dos o más desviaciones estándar por debajo de la media en pruebas de inteligencia (eso equivaldría a un CI aproximado de 70 o menor). De hecho, el SAF es la causa prevenible principal de retardo en el desarrollo (Braun, 1996).

Las investigaciones indican que la "ingesta alcohólica de riesgo" (siete o más copas por semana, o cinco o más bebidas en una ocasión), presenta una grave amenaza de salud al feto (Centers for Disease Control,

Teratógeno: sustancia que produce defectos en un feto.
Síndrome alcohólico fetal (SAF): deficiencia grave del crecimiento y deformaciones en el hijo de una madre que abusa del alcohol durante el embarazo.

2002). Es claro que las mujeres que beben de manera moderada pueden tener hijos afectados en algún grado (Abel, 1980). Incluso, se han documentado los efectos en los niños al alcanzar la adultez (Streissguth *et al.*, 1989). No se han establecido los límites “seguros” de consumo de alcohol durante el embarazo, así que la mejor recomendación en cuanto a la ingesta de alcohol para mujeres que están o podrían estar, o quieren estar embarazadas, es no hacerlo.

Cocaína

El uso de cocaína durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de partos prematuros (Handler *et al.*, 1991) y bajo peso al nacer (Phibbs *et al.*, 1991). La única anomalía física que se observa con regularidad es un menor tamaño en la circunferencia de la cabeza (Cherukuri *et al.*, 1988); los niños expuestos a la cocaína están en mayores probabilidades de ser microcéfalos, lo que a su vez se relaciona con deficiencias en el crecimiento y con menores puntuaciones en pruebas de inteligencia en niños de edad escolar. Los lactantes expuestos a la cocaína *in utero* muestran déficits neurológicos y anomalías del sistema nervioso central (O’Shea, 1995). Un cuidadoso estudio longitudinal que midió el desarrollo de lactantes a los 6, 12 y 24 meses de edad comparó a 218 lactantes expuestos a la cocaína con 197 bebés no expuestos a la sustancia en cuanto a resultados cognitivos y motores (Singer *et al.*, 2002). La exposición a la cocaína se asoció con un déficit de 6 puntos en calificaciones con un instrumento estandarizado a los dos años de edad. No hubo diferencias en cuanto a resultados motores a los dos años de edad. Aunque los efectos de la exposición son graves, evaluaciones cuidadosas sugieren que relativamente pocos lactantes se ven expuestos a la cocaína *in utero* (Bauer *et al.*, 2002).

Esteroides

Las hormonas sintéticas tales como la progestina pueden ocasionar la masculinización de un feto femenino, como lo discutimos en el capítulo 5. En algunos estudios, pero no en otros, los corticosteroides se relacionaron con bajo peso al nacer, paladar hendido y mortinatalidad (Østensen, 1994). Las cantidades excesivas de vitamina A se relacionan con paladar hendido. Los excesos de vitaminas D, B₆ y K también se han relacionado con defectos congénitos. Se ha mostrado que un estrógeno potente, el dietilestilbestrol (DES), ha ocasionado cáncer de la vagina en niñas cuyas madres ingirieron el fármaco durante su embarazo (Herbst, 1972). La exposición a largo plazo al DES se relaciona con un aumento en el riesgo de bajo peso al momento del nacimiento (Zhang y Bracken, 1995). Durante algún tiempo, el DES se utilizó como tratamiento de “mañana siguiente”, después del coito sin protección, pero este uso ya no cuenta con aprobación (Hatcher *et al.*, 1994).

Otras sustancias

Según el U.S. Public Health, el tabaquismo materno durante el embarazo ejerce una influencia de retraso sobre el crecimiento fetal, misma que se refleja en una disminución de peso al momento del nacimiento y en un aumento en la incidencia de partos prematuros. Un estudio de 18 000 nacimientos vivos evaluó a los lactantes para encontrar evidencia de 22 tipos de defectos congénitos; los lactantes cuyas madres fumaban estaban en mayores probabilidades de nacer con anomalías cardiovasculares, padecimientos en los que se implican arterias, venas o el corazón (Woods, 2001). Un estudio de 58 800 nacimientos en Finlandia duplicó los hallazgos de que los hijos de fumadoras se encontraban en mayores probabilidades de naci-

Figura 7.6 Efectos de la exposición prenatal al alcohol y a otras sustancias. a) Niño nacido con síndrome alcohólico fetal. b) Bebé pretérmino cuya madre utilizó cocaína crack durante su embarazo.



a)



b)

miento pretérmino y de tener bajo peso al momento del nacimiento. Un estudio de seguimiento siete años después, halló que estos niños tenían mayores probabilidades de haber desarrollado asma; el riesgo era mayor para los niños cuyas madres habían fumado de 1 a 10 cigarrillos al día, y aún mayor para aquellos niños cuyas madres habían fumado más de 10 cigarrillos por día durante el embarazo (Jaakkola y Gissler, 2004). Un estudio que comparó el riesgo a causa del tabaquismo, de la ingesta de bebidas alcohólicas y de cuidados prenatales limitados encontró que el efecto mayor y más consistente sobre los hijos de mujeres blancas se asoció con el tabaquismo (Li y Poirer, 2001).

Algunos antihistamínicos pueden producir malformaciones. Incluso la aspirina por sí sola puede ocasionar problemas sanguíneos (Cunningham *et al.*, 1989).

El químico psicoactivo que se encuentra en la marihuana traspasa la barrera placentaria (Harbison y Mantilla-Plata, 1972; Idänpään-Heikkilä *et al.*, 1969). Existe cierta evidencia de que la marihuana inhibe la ovulación (Abel, 1984); así, es posible que su uso dificulte el embarazo. En un estudio canadiense, se comparó a un grupo de mujeres que utilizaron marihuana durante el embarazo con un grupo control de mujeres que no la habían utilizado. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a incidencia de abortos espontáneos, complicaciones durante el parto, ni incidencia de defectos congénitos. Sin embargo, los recién nacidos de las usuarias de marihuana presentaban más temblores y tuvieron una mayor incidencia de problemas visuales durante sus años de educación preescolar (Fried, 1986). Un estudio longitudinal de 668 niños encontró que los hijos de usuarios de marihuana obtuvieron calificaciones más bajas en la Escala de Inteligencia Stanford-Binet a los 3 y 6 años de edad. Los niños de 6 años de edad que habían sido expuestos a la marihuana *in utero* se desempeñaron de manera deficiente en tareas que requerían de atención (Day y Richardson, 1994).

Los medicamentos antidepresivos tricíclicos tales como la amitriptilina y la imipramina se han asociado con defectos congénitos en algunos estudios, pero no en otros. Un estudio de hijos de madres que ingirieron tricíclicos durante el embarazo no encontró diferencias significativas en desarrollo del lenguaje, mediciones de inteligencia, estado de ánimo, ni temperamento desde los 16 y hasta los 86 meses de edad (Nulman *et al.*, 1997). Se debería evitar el uso de ciertos medicamentos atarácicos durante el embarazo, incluyendo litio, ácido valproico y carbamacepina; son factores de riesgo de teratogénesis en el humano. Su uso es especialmente riesgoso desde el día 18 al 55 después de la concepción. Por otra parte, la clorpromacina, el haldoperidol, la flufenacina y la clozapina se pueden utilizar sin peligro durante el embarazo (Igbul *et al.*, 2001). Se han estudiado los efectos del Prozac durante el embarazo en animales; no se han encontrado efectos adversos.

Así como en el caso del alcohol, la mejor regla para la mujer embarazada que está considerando el uso de un fármaco es: si existe duda, no lo use.

Aunque no están clasificados como medicamento, los rayos X merecen mencionarse en la presente sección ya que pueden dañar al feto, en especial durante los primeros 42 días después de la concepción.

Padres y fármacos

La mayoría de la investigación se ha enfocado sobre los efectos de las sustancias ingeridas por la mujer embarazada. Sin embargo, existen nuevas teorías que sugieren que los fármacos que ingieren los varones antes de la concepción también pueden ocasionar defectos congénitos, probablemente debido a que estas drogas dañan a los espermatozoides y a sus contenidos genéticos (Narod *et al.*, 1988). Además, un estudio encontró evidencia de que el tabaquismo de la madre durante el primer trimestre del embarazo aumentaba el riesgo de cáncer de su cría; no obstante, el tabaquismo del padre durante el embarazo en ausencia de tabaquismo materno también aumentó el riesgo de cáncer infantil (John *et al.*, 1991).

Nacimiento

El principio del trabajo de parto

Las señales de que el trabajo de parto está por comenzar varían de mujer a mujer. Puede haber un pequeño exudado de moco sanguinolento (la "señal"). Éste es el tapón mucoso que se encontraba en la abertura cervical durante el embarazo y cuyo propósito es prevenir que pasen gérmenes de la vagina al útero. En cerca del 10 por ciento de las mujeres se rompen las membranas que contienen el líquido amniótico (se rompe la fuente) y aparece un chorro de líquido cálido que baja por las piernas de la mujer. En general, el trabajo de parto inicia a las 24 horas después de que esto sucede. De manera más común, el saco amniótico no se rompe sino hasta el final de la primera etapa del trabajo de parto. Es posible que aumenten las contracciones Braxton-Hicks antes del trabajo de parto, e incluso que se confundan con éste. De manera típica, se les puede diferenciar de las contracciones del trabajo de parto en cuanto a que son muy irregulares.

El mecanismo biológico que inicia y sostiene el trabajo de parto no se comprende del todo. La teoría de ausencia de progesterona es la hipótesis principal (Schwartz, 1997). Se sabe que la progesterona inhibe las contracciones uterinas. Se ha propuesto que algún mecanismo tal como el aumento en la producción de antiprogéstágeno reduce el efecto inhibitorio de la progesterona a fin de que inicie el trabajo de parto.

Etapas del trabajo de parto

De manera común, el trabajo de parto se divide en tres etapas, aunque la duración de éstas puede variar de manera considerable de mujer a mujer. En ocasiones, todo el proceso del nacimiento se denomina *parturición*.

Primera etapa del trabajo de parto

La primera etapa del trabajo de parto inicia con la contracción regular de los músculos del útero. Estas contracciones son responsables de la producción de dos cambios en el cuello uterino, ambos de los cuales deben suceder antes de que el bebé pueda nacer. Estos cambios se denominan **borradura** (adelgazamiento) y **dilatación** (apertura). El cuello uterino debe dilatarse hasta tener una apertura de 10 centímetros (4 pulgadas) de diámetro antes de que pueda nacer el bebé.

La **primera etapa del trabajo de parto** en sí se divide en tres etapas: inicial, tardía y de transición. En

Borradura: adelgazamiento del cuello uterino durante el parto.

Dilatación: apertura del cuello uterino durante el trabajo de parto.

Primera etapa del trabajo de parto: comienzo del trabajo de parto, durante el cual existen contracciones regulares del útero; la etapa dura hasta que el cuello uterino se dilata 8 centímetros (3 pulgadas).

Transición: parte difícil del trabajo de parto al final de la primera etapa, durante la cual el cuello uterino se dilata de 8 a 10 centímetros (3 a 4 pulgadas).

Segunda etapa del trabajo de parto: etapa durante la cual el bebé sale de la vagina y se da a luz.

Episiotomía: incisión realizada en la piel, justo por detrás de la vagina, que permite que el bebé sea dado a luz con mayor facilidad.

la *etapa inicial de la primera etapa del trabajo de parto*, las contracciones están muy espaciadas, tal vez con intervalos de 15 a 20 minutos entre ellas. De manera común, una contracción dura de 45 segundos a un minuto. Esta etapa del trabajo de parto es bastante sencilla y la mujer se encuentra cómoda entre contracciones. Mientras tanto, se inician la borradura y dilatación cervicales.

La *etapa tardía de la primera etapa del trabajo de parto* se ve marcada por la dilatación del cuello uterino de 5 a 8 centímetros (2 a 3 pulgadas). En general es más corta que la etapa inicial y las contraccio-

nes son más frecuentes e intensas.

La dilatación final del cuello uterino, de 8 a 10 centímetros (3 a 4 pulgadas), ocurre durante la fase de **transición**, que es tanto corta como difícil. Las contracciones son muy fuertes y es durante esta etapa que las mujeres informan dolor y agotamiento.

La primera etapa del trabajo de parto puede durar desde 2 a 24 horas. En promedio dura de 12 a 15 horas para un primer embarazo y cerca de 8 horas para embarazos posteriores. (En casi todos los aspectos, el primer trabajo de parto es el más difícil y los posteriores son más fáciles.) Por lo general, se le dice a la mujer que vaya al hospital cuando las contracciones estén espaciadas por 4 o 5 minutos. Una vez ahí, se le coloca en el cuarto o sala de partos durante el resto de la primera etapa del trabajo de parto.

Segunda etapa del trabajo de parto: nacimiento

La **segunda etapa del trabajo de parto** (figura 7.7) comienza cuando el cuello uterino está dilatado por completo y la cabeza del bebé (o cualquier otra parte que salga primero, si el bebé se encuentra en alguna otra posición; véase figura 7.8) empieza a descender a la vagina o canal del parto. Dura de unos minutos hasta unas cuantas horas y, en general, es mucho más corta que la primera etapa.

Figura 7.7 Segunda etapa del trabajo de parto. a) Coronamiento de la cabeza del bebé y, después, b) expulsión del bebé.



a)



b)

Durante este periodo, muchas mujeres sienten la necesidad de pujar o empujar hacia fuera y, si se hace de manera adecuada, esto puede ser de gran ayuda para expulsar al bebé. Con cada contracción, el bebé se ve empujado cada vez más.

Cuando la cabeza del bebé ha transitado la distancia completa de la vagina, la parte superior de la misma se vuelve visible en la entrada vaginal; esto se denomina **coronamiento**. Es en este momento que muchos médicos llevan a cabo una **episiotomía** (véase figura 7.9), que consiste en hacer una incisión o corte en el perineo, la piel que se encuentra justo detrás de la vagina. La mayoría de las mujeres no sienten nada cuando se realiza la episiotomía ya que la presión de la cabeza del bebé contra el piso pélvico proporciona un efecto anestésico natural. La incisión se sutura después del nacimiento del bebé. La razón que dan los médicos para llevar a cabo la episiotomía es que de no hacerse, existe la posibilidad de que la cabeza del bebé desgarré el perineo; es más fácil reparar una incisión precisa que un desgarro de bordes irregulares, además que el desgarramiento puede ser más profundo y dañar más tejidos. Pero se ha cuestionado el uso de la episiotomía; los críticos afirman que es innecesaria y que se realiza sólo para conveniencia del médico, aun cuando le ocasione incomodidad a la mujer más adelante a medida que sana.

Figura 7.8 Posibles posiciones del feto al momento del nacimiento. a) presentación de nalgas (4 por ciento de los nacimientos). b) Presentación transversa (menos del 1 por ciento). c) Presentación normal de cabeza o cefálica (96 por ciento de los partos).



Figura 7.9 Episiotomía. Se puede realizar un corte mediolateral o medio.



Señalan que, por lo general, no se realizan episiotomías en los países de Europa occidental, donde los partos de todos modos se llevan a cabo sin gran dificultad.

Por último, el bebé se extrae por completo del cuerpo de la madre. En este momento, el bebé aún se encuentra conectado a la madre por medio del cordón umbilical, que corre del ombligo del bebé hacia la placenta, la cual aún se encuentra dentro del útero de la madre. Cuando el bebé respira su primera bocanada de aire, el funcionamiento de su cuerpo cambia de manera radical. La sangre comienza a circular hacia los pulmones a fin de tomar de ahí el oxígeno y se cierra una lengüeta de tejido entre las dos aurículas (cámaras) del corazón. Por lo general, este proceso toma algunos minutos y durante este tiempo, el color del bebé cambia de un

tono azulado para adquirir un color rosado y sano. Para este momento, el lactante ya no tiene necesidad del cordón umbilical, mismo que se pinza y corta a unos 7 centímetros (3 pulgadas) de su cuerpo. Gradualmente, el muñón se seca y más adelante se cae.

Para evitar la posibilidad de la transmisión de gonorrea u otras infecciones oculares de la madre al bebé, se administran gotas de nitrato de plata u otro medicamento similar en los ojos del lactante (véase capítulo 20).

Tercera etapa del trabajo de parto

Durante la **tercera etapa del trabajo de parto**, la placenta se desprende de las paredes del útero y se expulsan las secundinas (placenta y membranas fetales). Esta etapa puede durar desde unos minutos hasta una hora. Es posible que la expulsión de la placenta se acompañe de diversas contracciones. Se suturan la episiotomía y cualquier otra laceración, de haberla.

Operación cesárea (Cesárea)

La **operación cesárea** es un procedimiento quirúrgico de parto; se utiliza cuando el parto vaginal normal no es posible o deseable. La operación cesárea puede ser necesaria por una diversidad de razones; si el bebé es demasiado grande o la pelvis de la madre demasiado pequeña como para permitir que el bebé pase a la vagina; si el trabajo de parto se ha prolongado de manera excesiva y ha sido muy difícil y no hay dilatación del cuello uterino o si la madre se está acercando a un punto de agotamiento extremo; si hay un *prolapso* del cordón umbilical (se posiciona de tal manera que sale por el cuello uterino antes que el bebé); si existe una incompatibilidad Rh; o si hay sangrado excesivo o si la condición de la madre o el bebé empeoran de manera súbita. Otra complicación que requiere de una cesárea es la *placenta previa*, donde la pla-

Tercera etapa del trabajo de parto: la etapa durante la cual se expulsan las secundinas.

Operación cesárea: método de alumbramiento de un bebé por medios quirúrgicos mediante una incisión en el abdomen.

centa está conectada a la pared del útero arriba o cerca del cuello uterino.

En la operación cesárea, primero se hace una incisión en el abdomen y después en la pared del útero. El médico extrae al bebé y después sutura la pared uterina y la del abdomen.

Los partos por cesárea aumentaron de forma continua durante las décadas de 1970 y 1980 y llegaron a un tope de 24 por ciento en 1989 (Taffel *et al.*, 1991) que es una tasa considerablemente mayor a la de la mayoría de países de Europa occidental. Por ejemplo, la incidencia de cesáreas es de 10 por ciento en Holanda, de 12 por ciento en Noruega y de 10 por ciento en Inglaterra y Gales (Notzon, 1990). Contrario a la opinión popular, no es cierto que si una mujer ha tenido un parto por cesárea tiene que tener los subsiguientes partos por el mismo método. Los partos vaginales son posibles después de una cesárea (Taffel *et al.*, 1991). Además, hasta el 60 por ciento de las mujeres que han tenido un parto por cesárea anterior intentan partos vaginales posteriores. Existe un riesgo de ruptura uterina durante el intento, en especial si el trabajo de parto se induce por medio de medicamentos (Lydon-Rochelle *et al.*, 2001). Las tasas de parto por cesárea disminuyeron 8 por ciento entre 1989 y 1996 (a 20.7), pero aumentaron 10 por ciento entre 1997 y 2000 (a 22.9). Estos cambios parecen reflejar el aumento en las tasas de nacimientos vaginales después de cesárea (NVDC) de 1991 a 1996 (de 21.3 a 28.3 por cada 100 intentos), y la disminución en tasas de NVDC desde 1997 (a 23.4 por cada 100 intentos) (Menacker y Curtin, 2001).

Método Lamaze: método para el parto "preparado" que implica relajación y respiración controlada.

Existe cierta preocupación en cuanto a las altas tasas de cesárea en Estados Unidos. Las razones que se han propuesto para explicarlas incluyen lo siguiente: a) Los médicos perciben más dinero por realizar cesáreas. b) Hay más mujeres mayores que están dando a luz; es posible que tengan partos más difíciles que requieran de cesáreas. c) Cada vez es más frecuente que se utilicen monitores fetales; pueden proporcionarle una advertencia temprana al médico si el feto se encuentra en dificultades, lo cual hace necesaria una cesárea a fin de salvar al feto.

Los programas de dos hospitales indican que la tasa de operaciones cesáreas se puede disminuir de manera espectacular. En uno de los hospitales, la educación prenatal se aumentó, las pautas para operaciones cesáreas se volvieron más estrictas, se alentó a las mujeres a que permanecieran activas durante el trabajo de parto (por ejemplo, que caminaran a intervalos regulares) y a los médicos se les proporcionaron estadísticas de sus propios partos cada mes. En mayo de 1988, cuando inició el programa, la incidencia de nacimientos por cesárea era de 31 por ciento. Para el periodo de enero a junio de 1994, era de 15 por ciento (Hollander, 1996).

Las tasas de nacimiento por cesárea se ven influidas por las actitudes culturales acerca del parto. La inci-

dencia entre la población de nativos estadounidenses de Nuevo México es de un tercio la tasa de Estados Unidos (Leeman y Leeman, 2003).

Opciones de parto

Las mujeres embarazadas y sus parejas pueden elegir de entre una variedad de opciones de parto. La principal entre éstas es tomar clases de parto y prepararse mental y físicamente para el trabajo de parto y el nacimiento. Además, existen varias opciones en cuanto al uso de anestésicos durante el nacimiento. En tercer lugar, es frecuente que las mujeres elijan dar a luz en casa, en un centro de partos o maternidad o en la sala de partos de un hospital.

Método Lamaze

El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el término *parto natural* en 1932. Postulaba que el temor ocasiona tensión y que ésta causa dolor. Así, para intentar eliminar el dolor del parto, recomendó un programa que consistía de educación (para eliminar el temor de la mujer hacia lo desconocido) y el aprendizaje de técnicas de relajación (para eliminar la tensión).

El obstetra francés Fernand Lamaze desarrolló uno de los métodos más utilizados de *parto preparado*. Hoy en día, las clases que imparten el método Lamaze o variaciones del mismo se ofrecen en la mayor parte de Estados Unidos. El **método Lamaze** involucra dos técnicas básicas, *relajación* y *respiración controlada* (figura 7.10). La mujer aprende a relajar todos los músculos de su cuerpo. Saber hacer esto presenta una variedad de ventajas, incluyendo la conservación de energía durante un suceso que requiere de una resistencia considerable y, más importante, de la evitación de tensión que aumenta la percepción del dolor. La mujer también aprende una serie de ejercicios de respiración controlada los cuales utilizará como ayuda durante cada contracción.

También se enseñan algunas otras técnicas. Una, llamada *effleurage*, consiste de acariciar el abdomen con las puntas de los dedos en un movimiento ligero y circular. También hay ejercicios para fortalecer músculos específicos, tales como los de las piernas, que se someten a grandes cantidades de tensión durante el trabajo de parto y el nacimiento. Por último, debido a que el método Lamaze se basa en la idea de que el temor y el dolor que éste ocasiona se eliminan óptimamente a través de la educación, la estudiante de Lamaze aprende mucho acerca del proceso involucrado en el embarazo y el parto.

Un componente importante adicional del método Lamaze es que se requiere que la mujer esté acompañada durante las clases y durante el nacimiento mismo, ya sea por su pareja o por otra persona, que sirve de

Figura 7.10 La práctica de técnicas de relajación y respiración es esencial en la preparación para un nacimiento Lamaze.



entrenador. El entrenador representa un papel integral en el aprendizaje de la mujer en cuanto a las técnicas y al uso que hace de ellas durante el trabajo de parto. Él (asumiremos que es el padre del bebé) se encuentra presente durante el trabajo de parto y el nacimiento. Toma el tiempo de las contracciones, revisa el estado de relajación de la mujer y le da retroalimentación en caso de que no esté relajada, sugiere patrones de respiración, la ayuda a elevar su espalda a medida que expulsa al bebé y, en general, proporciona ánimo y apoyo moral. Además de los beneficios evidentes para la mujer, este principio del método Lamaze representa un verdadero progreso en cuanto a que permite que el hombre tome un papel activo en el nacimiento de su hijo y que experimente de manera más completa una de las experiencias humanas más básicas y conmovedoras.

Un malentendido común acerca del método Lamaze es que prohíbe el uso de anestésicos. De hecho, el método Lamaze es más flexible. Su meta es enseñarle a cada mujer las técnicas que necesita para controlar su trabajo de parto a fin de que no requiera de anestésicos; sin embargo, se afirma su derecho a optar por un anestésico si así lo desea. El tema de los anestésicos durante el parto, que se ha vuelto bastante polémico en años recientes, se discutirá a continuación.

Un número de estudios indican que el entrenamiento en técnicas de parto tales como el método Lamaze redundan en una serie de resultados deseables. Estos incluyen la reducción en la duración del trabajo de parto, menor incidencia de complicaciones en el parto, menor uso de anestésicos, una actitud más positiva después del nacimiento, mayor autoestima y una sensación más intensa de estar en control (por ejemplo, Felton y Segelman, 1978, Zax *et al.*, 1975).

El entrenamiento Lamaze es asociado con un incremento a la tolerancia al dolor y reducción de la ansiedad justo antes del nacimiento y cuatro semanas después del parto (Markman y Kadushin, 1986; McClure y Brewer, 1980; Worthington *et al.*, 1983).

No existe duda alguna de que el método Lamaze ha mejorado las experiencias de parto de miles de mujeres y hombres. Por otra parte, algunos de los defensores del método Lamaze son tan idealistas que pueden crear expectativas poco realistas acerca del nacimiento, en especial para aquellas mujeres que tendrán a sus primeros hijos (**primíparas**). El uso del método Lamaze reduce el dolor del parto, pero no lo elimina por completo. Para las primíparas, es frecuente que haya una discrepancia entre sus expectativas positivas del nacimiento y los resultados reales (Booth y Meltzoff, 1984). Así, aun cuando el método Lamaze produce excelentes resultados y ayuda a las mujeres a controlar el dolor, el parto sigue implicando cierta cantidad de dolor, así como complicaciones imprevistas en algunos casos.

Primípara: mujer que tiene a su primer hijo.

Uso de anestésicos durante el parto

A lo largo de la mayor parte de la historia de la humanidad, el parto ha sido “natural”; es decir, ha ocurrido sin anestésicos en el hogar de la mujer o en otro entorno conocido. En Estados Unidos, el patrón empezó a modificarse hace aproximadamente 225 años, durante la época de la Guerra Revolucionaria, cuando los médicos varones comenzaron a asistir los partos en lugar de las parteras (Wertz y Wertz, 1977). El siguiente cambio importante se dio alrededor de mediados del siglo XIX, con el desarrollo de anestésicos para uso en cirugía. Cuando se sugirió que éstos se utilizaran durante el parto, hubo cierta oposición de parte de los médicos, quienes argumentaron que el dolor de la mujer durante el parto estaba señalado en la Biblia, citando Génesis 3:16: “Con dolor parirás los hijos.” Sin embargo, la oposición al uso de anestésicos cesó casi por completo cuando la Reina Victoria dio a luz bajo anestesia por cloroformo en 1853. Desde entonces, el uso de anestésicos se ha vuelto rutinario (demasiado rutinario, según algunos) y efectivo. Antes de discutir los argumentos en favor y en contra del uso de los anestésicos, haremos una breve revisión de algunas de las técnicas de anestesia comunes que se utilizan durante el parto.

Se pueden administrar tranquilizantes (tales como el Valium) o narcóticos cuando el trabajo de parto se vuelve bastante intenso. Relajan a la mujer y mitigan el dolor. Se administran barbitúricos (Nembutal o Seconal) para dormir a la mujer. En ocasiones es posible que se utilice la escopolamina en virtud de sus efectos amnésicos; hace que la mujer olvide lo que ha sucedido y, por ende, no tiene recuerdo posterior de ningún dolor de parto. De manera más común, se utilizan anestésicos regionales y locales que insensibilizan sólo la región específica del cuerpo que padece dolor. Un ejemplo de lo anterior es el bloqueo pudendo (llamado así a causa del *pudendum*, o vulva), en el que una inyección insensibiliza sólo los genitales externos. Otros ejemplos son la anestesia raquídea (la *raquea*), en la que una inyección cerca de la médula espinal anestesia toda el área de parto, de la cintura para abajo, y el bloqueo caudal y la anestesia epidural, ambas de las cuales se administran por medio de una inyección en la espalda y que producen una insensibilización regional desde el vientre hasta las piernas (para mayor información, véase Coustan, 1995a).

Algunas personas han cuestionado el uso rutinario de anestésicos. Los defensores de la utilización de anestésicos discuten que gracias a la tecnología moderna las mujeres ya no tienen que experimentar dolor durante el parto y que, por tanto, sería tonto que sufrieran innecesariamente. Los oponentes argumentan que los anestésicos tienen una variedad de efectos peligrosos bien documentados tanto sobre la madre como sobre el lactante. Los anestésicos en el torrente sanguíneo de la madre atraviesan la barrera placentaria al bebé. Así, aunque tienen el efecto deseado de deprimir el sistema nervioso central de la madre, también deprimen el sistema nervioso central del lactante. Las investigaciones indican que los bebés nacidos bajo anestesia tienen una capacidad deficiente para mamar y un retraso en desarrollo muscular y neural durante las primeras cuatro semanas de vida en comparación con bebés nacidos sin anestesia (Boston Women's Health Book Collective, 1998; MacFarlane *et al.*, 1978). Los anestésicos previenen a la madre de usar su cuerpo de manera tan eficiente como podría para ayudar a expulsar al bebé. Si se administran al inicio del trabajo de parto, los anestésicos pueden inhibir las contracciones uterinas, demorar la dilatación cervical y prolongar el trabajo de parto. También insensibilizan a la mujer ante una de las experiencias más fundamentales de su vida.

Las investigaciones muestran que los efectos negativos de la anestesia epidural, tales como un aumento en la probabilidad del uso de instrumentos quirúrgicos durante el nacimiento y una segunda etapa del trabajo de parto más larga, se pueden reducir por medio del uso de dosis bajas y técnicas que permiten que la mujer esté en movimiento (COMET, 2001)

Tal vez la mejor solución para esta controversia sea decir que una mujer embarazada debería participar

en clases de parto preparado y que debería utilizar dichas técnicas durante su trabajo de parto. Si, ya en el momento del trabajo de parto, descubre que no puede controlar el dolor y que desea un anestésico, debería sentirse en libertad de pedirlo y de hacerlo sin sentirse culpable; en ese momento, el anestésico se debería administrar con gran cuidado.

Parto en casa contra parto en un hospital

Los partos en casa se han vuelto cada vez más populares. Un médico o una enfermera pueden asistir en un parto en casa. Los promotores del parto en casa discuten que el ambiente en un hospital —con sus aparatos amenazantes, reglas y regulaciones y su falta general de comodidad y “calidad hogareña”— es estresante para la mujer y le resta valor a lo que debería ser una experiencia humana gozosa y natural. Además, se supone que los hospitales lidian con enfermedades y el nacimiento de un bebé no se debería considerar una enfermedad; los nacimientos en hospital alientan el uso de procedimientos tales como partos con fórceps y episiotomías que en sí son peligrosos. Es probable que el parto en casa sea más relajado y menos estresante; las amistades y los demás hijos tienen permitido estar presentes. Algunos estudios indican que, en el caso de embarazos sin complicaciones, el parto en casa es tan seguro como un parto hospitalario (Hahn y Paige, 1980; para una discusión detallada, véase Hoff y Schneiderman, 1985).

El otro lado de la moneda es que si se requieren procedimientos médicos de urgencia que no se habían previsto, el parto en casa puede ser terminantemente peligroso para la madre, para el lactante o para ambos. No sólo eso, las prácticas hospitalarias en cuanto al trabajo de parto y al nacimiento han cambiado de manera radical, en especial dada la creciente popularidad del método Lamaze; así, los hospitales ya no son los sitios ominosos y extraños que solían ser. Por ejemplo, la mayoría de los hospitales permiten que el padre esté presente durante todo el trabajo de parto y el nacimiento y muchos permiten que el padre se encuentre en la sala de operaciones durante los partos por cesárea. Muchos hospitales han creado centros de parto que contienen una serie de cuartos hogareños con camas y sillones cómodos que permiten que el trabajo de parto y el nacimiento se den en un ambiente relajado, aun cuando siguen estando tan sólo a un minuto del equipo de urgencia en caso de que se requiriera.

Para cualquier nacimiento en casa, una cuidadosa supervisión médica es esencial. Sólo aquellas mujeres con embarazos normales y con partos que se anticipan sin complicación alguna deberían intentar un parto en casa. Un médico o enfermera completamente capacitados deben ser parte de la planeación. Por último, debe haber acceso a un hospital en caso de que surja cualquier urgencia.

Figura 7.11 Un parto en casa.



a)



b)

Después del nacimiento del bebé: el periodo posparto

Cambios físicos

Con el nacimiento del bebé, el cuerpo de la mujer pasa por un cambio fisiológico drástico. Durante el embarazo, la placenta produce niveles elevados tanto de estrógeno como de progesterona. Cuando la placenta se expulsa, los niveles de estas hormonas caen de manera drástica y, de este modo, el periodo posparto se caracteriza por bajos niveles de ambas hormonas. De manera gradual, los niveles de estas hormonas regresan a la normalidad a través de un periodo que dura desde unas cuantas semanas hasta unos cuantos meses. Otros cambios endocrinos incluyen un aumento de las hormonas que se asocian con el amamantamiento.

Además de esto, el cuerpo pasa por una cantidad considerable de estrés durante el trabajo de parto y el nacimiento, y es posible que la mujer se sienta agotada. La incomodidad a causa de una episiotomía es común en las primeras semanas posparto.

Cambios psicológicos

Durante uno o dos días después del alumbramiento, es común que la mujer permanezca en el hospital, aunque muchas mujeres abandonan el hospital menos de 24 horas después del parto. Durante los primeros dos días es frecuente que las mujeres se sientan eufóricas; ha pasado el largo embarazo, se han mostrado competidoras exitosas en un demandante evento atlético y están satisfechas con sus esfuerzos y, finalmente, el bebé ha llegado para hacerle mimos y amarlo.

Después del parto, muchas mujeres experimentan cierto grado de depresión. El estado de ánimo deprimido y otras experiencias van en un rango de leve a grave; la literatura médica define tres tipos. En el más leve, la *tristeza posparto*, las mujeres experimentan cambios radicales en el estado de ánimo, con perio-

dos de depresión, irritabilidad y llanto que alternan con periodos positivos. Por lo general, estos síntomas comienzan unos días después del nacimiento, se tornan más intensos una semana después del parto y disminuyen o desaparecen para la segunda semana posparto. Entre el 50 y 80 por ciento de las mujeres experimentan esta tristeza leve después del nacimiento (Kennedy y Suttentfield, 2001). La **depresión posparto** es más grave, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, insomnio, llanto frecuente, sentimientos de inadecuación y fatiga. Por lo general comienza de dos a tres semanas después del parto, pero puede suceder en cualquier momento después del nacimiento. Entre el 8 y el 15 por ciento de las mujeres la padecerán, y los síntomas duran de seis a ocho semanas (Morris-Rush y Bernstein, 2002; O'Hara y Swain, 1996). El trastorno más grave es la *psicosis posparto*, para la cual los síntomas iniciales incluyen inquietud, irritabilidad y trastornos de sueño; los síntomas posteriores incluyen conductas desorganizadas, alteraciones del estado de ánimo, delirios y alucinaciones. Su inicio puede ser drástico, dentro de las primeras 72 horas después del nacimiento o de cuatro a seis semanas posparto. Es muy poco frecuente y sólo afecta a una o dos mujeres entre 1 000 (Kennedy y Suttentfield, 2001). La depresión y la psicosis posparto requieren de tratamiento; la depresión mejora en respuesta a los medicamentos antidepresivos, psicoterapia individual y visitas de enfermería al hogar (Gjerdingen, 2003).

Parece que muchos factores contribuyen a esta depresión. Estar en el hospital es, de por sí, una experiencia estresante, como se había señalado con anterioridad. Una vez que la mujer regresa a casa, se enfrenta a otro conjunto de factores estresantes. Es probable que aún no haya regresado a sus niveles normales de energía pero aun así debe llevar a cabo la extenuante tarea de cuidar de un recién nacido. Es posible que no obtenga el sueño necesario durante las primeras semanas o meses,

Depresión posparto: depresión leve a moderada en las mujeres después del nacimiento de un bebé.

levantándose varias veces por noche para cuidar a un bebé que está llorando porque tiene hambre o está enfermo, por lo que la mujer puede agotarse. Es claro que en este momento necesita ayuda y apoyo de parte de su pareja y sus amigos. Algunos factores estresantes varían dependiendo de si éste es el primer bebé o uno posterior. El primer hijo es estresante dada la inexperiencia de la mujer; mientras se encuentra en el hospital es posible que experimente ansiedad y que se pregunte si será capaz de atender al bebé una vez que regresen a casa. En el caso de hijos posteriores e, incluso, en el caso de algunos primeros hijos, la madre puede deprimirse porque en realidad no quería tener al bebé.

También existen factores físicos de estrés durante el periodo posparto; los niveles hormonales han descendido de manera radical y el cuerpo ha sido sometido a gran tensión. Así, parece que la depresión posparto es el resultado de una combinación de factores físicos y sociales.

Los factores de riesgo para una depresión más seria incluyen una historia personal o familiar de trastornos psiquiátricos, embarazos no deseados, complicaciones serias después del parto y carencia de apoyo social (Morris-Rush y Bernstein, 2002).

En ocasiones, los padres también experimentan depresión después del nacimiento del bebé. En un estudio, el 89 por ciento de las madres y el 62 por ciento de los padres habían experimentado tristeza durante los tres meses posteriores al parto (Zaslow *et al.*, 1985). La investigación indica que los padres menos deprimidos están en mayores probabilidades de involucrarse con el lactante y con el rol de padres.

Vinculación con el bebé

Mientras que gran parte de la investigación psicológica tradicional se centra en el desarrollo de los vínculos del bebé para con la madre, se ha generado un interés más reciente en el desarrollo de la vinculación (lazos) de la madre para con el lactante. La investigación claramente muestra que este proceso inicia incluso antes del nacimiento del bebé. Dos estudios de mujeres embarazadas con sus primeros hijos mostraron que los sentimientos de cuidado crecieron a lo largo del embarazo y que aumentaron aún más al momento del nacimiento (Fleming *et al.*, 1997). En este sentido, el embarazo es, en parte, una preparación psicológica para la maternidad.

En la década de 1970, los pediatras Marshall Klaus y John Kennell popularizaron la idea de que existe una especie de “periodo crítico” o “periodo sensible” en los minutos u horas inmediatos al parto, durante los cuales la madre y el lactante deberían formar vínculos entre sí (Klaus y Kennell, 1976). Estas ideas se han incorporado con entusiasmo a las prácticas hospitalarias, de tal modo que en muchos hospitales progresistas el lactante se pasa a la madre para que ésta lo sostenga inmediatamente después del parto. De forma irónica, más adelante los científicos concluyeron que

existe poca o ninguna evidencia que sustente la hipótesis de un periodo sensible en cuanto a la vinculación (p. ej., Goldberg, 1983; Lamb, 1982; Lamb y Hwang, 1982; Myers, 1984). Tal resultado es afortunado. De lo contrario, se tendría que asumir que las madres que dan a luz por medio de una operación cesárea (y que, por tanto, pueden estar bajo anestesia general durante una hora o más después del nacimiento) y los padres adoptivos tienen una vinculación deficiente con sus hijos. Sabemos que, en ambos casos, se forman fuertes lazos de amor entre los padres y sus hijos a pesar de la falta de contacto inmediato después de su nacimiento. Aun así, la política hospitalaria del contacto inmediato entre madre y lactante y entre padre y lactante sigue siendo buena, tan sólo porque es intensamente placentera y satisfactoria.

Sexo durante el periodo posparto

El nacimiento de un bebé tiene un efecto sustancial sobre la relación sexual de la pareja. Después del nacimiento, la madre está en cierto riesgo de infección o hemorragia (Cunningham *et al.*, 1993), de modo que la pareja debería esperar al menos dos semanas antes de reiniciar sus relaciones sexuales. Cuando el coito se vuelve a dar, es posible que sea incómodo e incluso doloroso para la mujer. Si se le practicó una episiotomía, puede experimentar cierta incomodidad vaginal; si tuvo un parto por cesárea, puede experimentar incomodidad abdominal. La fatiga tanto de la mujer como de su pareja también puede influir el momento en el que reinicien sus actividades sexuales.

Un estudio longitudinal acerca del ajuste de las parejas al nacimiento de un hijo recolectó datos de 570 mujeres (y 550 parejas) en cuatro ocasiones: durante el segundo trimestre del embarazo, y a uno, cuatro y 12 meses posparto (Hyde *et al.*, 1996). Los datos acerca de las relaciones sexuales se muestran en el cuadro 7.2. En el primer mes siguiente al nacimiento, sólo el 17 por ciento había reiniciado el coito; para el cuarto mes, nueve de cada diez parejas lo habían hecho, el mismo porcentaje que informó de relaciones sexuales durante el segundo trimestre. Los informes de cunilingus mostraron un patrón similar, mientras que los informes de felación no indicaron una disminución marcada. Nótese que aunque la conducta sexual era mucho menos frecuente durante el mes siguiente al nacimiento, la satisfacción con las relaciones sexuales permaneció alta. Una influencia principal en cuanto al momento en que la pareja reinició el coito fue si la madre estaba amamantando. Tanto al mes como a los cuatro meses del parto, las mujeres que amamantaban informaron de una disminución significativa tanto en actividad como en satisfacción sexual. Una razón es que la lactancia suprime la producción de estrógeno, que a su vez da por resultado un descenso en lubricación vaginal; esto hace que el coito sea incómodo. Este problema se puede resolver mediante el uso de lubricantes vaginales.

Cuadro 7.2 Comportamiento sexual en los meses previos, durante el embarazo y un año después del parto.

| Conducta | Embarazo | | Posparto | |
|--------------------------------------|---------------|-------|----------|----------|
| | 2o. trimestre | 1 mes | 4 meses | 12 meses |
| Coito | 89% | 17% | 89% | 92% |
| Frecuencia media de coito/mes | 4.97 | .42 | 5.27 | 5.1 |
| Felación | 43% | 34% | 48% | 47% |
| Cunilingus | 30% | 8% | 44% | 49% |
| Satisfacción con la relación sexual* | 3.76 | 3.31 | 3.36 | 3.53 |

*La satisfacción con la relación sexual se calificó en una escala de 1 (muy insatisfactoria) a 5 (muy satisfactoria).

Fuente: Hyde *et al.* (1996), pp. 143-151.

Amamantamiento

Mecanismos biológicos

Existen dos hormonas, ambas secretadas por la glándula pituitaria, que están involucradas en la lactancia (producción de leche). Una, la *prolactina*, estimula a las mamas para que produzcan leche. La prolactina se produce de manera bastante constante durante el periodo de tiempo que la mujer amamanta. La otra hormona, la *oxitocina*, estimula a las mamas para que expulsen la leche. La pituitaria produce oxitocina de manera refleja en respuesta al chupeteo del lactante sobre la mama. Así, el chupeteo estimula las células nerviosas en el pezón; esta señal nerviosa se transmite al cerebro, que después envía el mensaje a la glándula pituitaria, que manda la oxitocina como mensaje, que estimula a la mama para expulsar la leche. Es interesante que la investigación con animales indica que la oxitocina estimula la conducta materna (Jenkins y Nussey, 1991).

De hecho, la leche no se produce durante varios días después del parto. Durante los primeros días, la mama secreta calostro, que se discutió con anterioridad, que es alto en proteínas y le proporciona al bebé una inmunidad temporal en contra de enfermedades infecciosas. La verdadera lactancia inicia dos o tres días después del parto; esto se puede acompañar de cierta incomodidad ya que las mamas se encuentran inflamadas y congestionadas.

También es importante señalar que, del mismo modo que durante el embarazo, las sustancias que la madre ingiere se pueden transmitir por medio de la leche al lactante. La madre que amamanta necesita tener cuidado en el uso de alcohol y otras sustancias.

Salud mental y física

Los National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud) alientan a las madres a que amamanten ya que la leche materna es la comida ideal para el bebé e incluso se ha denominado la "comida naturista por excelencia". Le proporciona al bebé la mezcla adecuada de nutrientes, con-

tiene anticuerpos que protegen al lactante de ciertas enfermedades, está libre de bacterias y siempre se encuentra a la temperatura correcta. El amamantamiento se asocia con una disminución en el riesgo de obesidad a los 5 y 6 años de edad (Von Kriss *et al.*, 1999). Así, existe poca duda de que sea mejor que la leche de vaca o que las fórmulas comerciales. La American Academy of Pediatrics (1997) concuerda. La Declaración de Política de esta academia en relación con el amamantamiento concluye que "el amamantamiento garantiza la mejor salud posible además de los mejores resultados de desarrollo y psicosociales para el lactante".

El porcentaje de bebés amamantados ha ido en aumento desde finales de la década de 1980. En 1994, se amamantó al 58 por ciento de los bebés de manera inicial. La incidencia varía en función del origen étnico, con 61 por ciento de madres angloestadounidenses, 67 por ciento de madres hispanas y 27 por ciento de madres afroestadounidenses que amamantaron durante los primeros tres meses (National Center for Health Statistics, 1998). En 2001, el 69.5 por ciento de madres nuevas amamantaron a sus bebés de inicio, con 32.5 por ciento que lo continuaron haciendo a los seis meses; 53 por ciento de madres afroestadounidenses iniciaron y 22 por ciento continuó amamantando a los seis meses (Barclay, 2003). Una reseña sistemática de programas diseñados para promover el amamantamiento concluye que las sesiones educativas que analizan los beneficios, la lactancia y los problemas y soluciones comunes, y que proporcionan capacitación así como programas de apoyo en persona o por teléfono mejoran las tasas de inicio y conservación del amamantamiento a los seis meses (Guisse *et al.*, 2003). Los programas que implican la simple distribución de materiales impresos al momento en que la nueva madre abandona el hospital, de hecho pueden reducir la probabilidad de que la madre amamante a su bebé. El apoyo directo del médico o enfermera se asocia con una probabilidad mucho mayor de amamantamiento: el apoyo de los prestadores de servicios fue especialmente importante para las jóvenes madres solteras afroestadounidenses (Lu *et al.*, 2001).

Figura 7.12 Amamantamiento.

Embarazo ectópico: un embarazo en el que el huevo fertilizado se implanta en otro sitio que no es el útero.

Desde el punto de vista de la madre, el amamantamiento tiene diversas ventajas. Éstas incluyen un encogimiento más veloz del útero a su tamaño normal y una pérdida más rápida del peso que se aumentó durante el embarazo. El amamantamiento reduce la probabilidad de embarazo ya que inhibe la ovulación. El amamantamiento completo, los intervalos cortos entre cada sesión de amamantamiento y las sesiones nocturnas de amamantamiento se asociaron con una mayor demora en la ovulación (Hatcher *et al.*, 2004). Sin embargo, es importante señalar que una mujer se puede embarazar de nuevo antes de volver a menstruar; recuérdese del capítulo 6 que la ovulación precede a la menstruación. La investigación indica que el amamantamiento reduce los estados de ánimo negativos y las madres que amamantan informan que tienen una menor percepción del estrés (Mezzacappa y Katkin, 2002). El amamantamiento también se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de senos; el riesgo relativo baja en 4.3 por ciento por cada 12 meses de amamantamiento (Collaborative Group, 2002).

Algunas mujeres informan que se sienten sexualmente excitadas cuando amamantan y algunas pocas incluso informan que tienen orgasmos. Por desgracia, en ocasiones esto produce ansiedad en la madre y

conduce a que discontinúe el amamantamiento. Sin embargo, no hay nada “malo” con esta excitación, que parece surgir de la activación de mecanismos hormonales. Desde una perspectiva adaptativa, es claro que si el amamantamiento es importante para la supervivencia del lactante, la naturaleza tendría la sabiduría de diseñar el proceso de modo que sea satisfactorio para la madre.

La Leche League (Liga de la leche) está dedicada a alentar a las mujeres a amamantar a sus bebés y ha ayudado a distribuir información acerca del amamantamiento. No obstante, esta organización tiende a ser un tanto cuanto militante en cuanto a su promoción del amamantamiento. Algunas mujeres son físicamente incapaces de amamantar, mientras que otras se sienten psicológicamente incómodas con la idea. Y el amamantar puede ser de gran inconveniencia para las mujeres que trabajan fuera de casa.

Embarazos difíciles

Embarazo ectópico

Un **embarazo ectópico** (embarazo extrauterino) sucede cuando el óvulo fertilizado se implanta en otro lugar que no sea el útero. De manera más común, los embarazos ectópicos ocurren cuando el óvulo se implanta en la trompa de Falopio (embarazo tubario;

Schenker y Evron, 1983). En raras ocasiones, la implantación también puede darse en la cavidad abdominal, en el ovario o en el cuello del útero.

Un embarazo tubario puede ocurrir si, por una razón u otra, el óvulo no puede descender por la trompa hacia el útero, como cuando las trompas de Falopio se encuentran obstruidas como resultado de alguna infección de transmisión sexual. Al inicio de un embarazo tubario, el óvulo fertilizado se implanta en la trompa de Falopio y comienza a desarrollarse, formando una placenta y produciendo las hormonas normales del embarazo. Es posible que la mujer experimente los primeros síntomas del embarazo, tales como náuseas y amenorrea, y que piense que está embarazada; o existe la posibilidad de que experimente cierto sangrado, que malinterpreta como su regla, y que piense que no está embarazada. Por lo anterior, es bastante difícil diagnosticar un embarazo tubario desde un inicio.

Un embarazo tubario puede terminar en una de dos maneras. Existe la posibilidad de que el embrión se aborte de manera espontánea y que se expulse en el interior de la cavidad abdominal, o el embrión y la placenta pueden seguir expandiéndose, estirando la trompa de Falopio hasta que estalla. Los síntomas de este tipo de ruptura incluyen un agudo dolor abdominal o cólico, un dolor abdominal sordo y posible dolor en el hombro, y sangrado vaginal. Mientras tanto, se está presentando una hemorragia y existe la posibilidad de que la mujer entre en choque y muera; por lo anterior, es de extrema importancia que una mujer que muestra estos síntomas consulte con un médico lo antes posible.

La incidencia de embarazos ectópicos aumentó en 300 por ciento en Estados Unidos de 1970 a 1987, aumentando de 4.5 casos por cada 1 000 embarazos reportados a 16.8 por cada 1 000 embarazos (Cunningham *et al.*, 1993). Se han observado aumentos similares en un número de países de Europa occidental. Se piensa que estos cambios se deban a (1) incremento en las tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), algunas de las cuales pueden conducir al bloqueo de las trompas de Falopio; y (2) aumento en el uso de anticonceptivos tales como el DIU y métodos de sólo progestina que previenen la implantación en el útero pero que no necesariamente previenen el embarazo. Un estudio de mujeres embarazadas en Francia encontró que una historia de ETS y el tabaquismo extremo (más de 20 cigarrillos por día) se asociaron con los embarazos ectópicos (Bouyer *et al.*, 2003).

Seudociesis (embarazo falso)

En la **seudociesis**, o *embarazo falso*, la mujer cree que está embarazada y muestra los signos y síntomas de un embarazo sin estar verdaderamente embarazada. Es posible que deje de menstruar y puede presentar náuseas matutinas. Suele comenzar a subir de peso y existe la posibilidad de que su abdomen se abulte. El padecimiento puede continuar durante varios meses

antes de desaparecer, ya sea de manera espontánea o como resultado de psicoterapia. En raros casos continúa hasta que la mujer entra en trabajo de parto y da a luz nada más que aire y líquido.

Hipertensión inducida por embarazo

El embarazo puede ocasionar que la presión sanguínea de una mujer suba a niveles anormales. La *hipertensión inducida por embarazo* incluye tres padecimientos de gravedad creciente: (1) hipertensión, (2) preeclampsia y (3) eclampsia. La hipertensión se refiere a una elevación de la presión arterial por sí sola. La **preeclampsia** se refiere a una elevada presión arterial acompañada de edema (retención de líquidos e inflamación) generalizado y de proteinuria (proteínas en la orina). La combinación de hipertensión y proteinuria se asocian con un aumento de riesgo de muerte fetal. En la preeclampsia grave los síntomas anteriores persisten y es posible que la mujer experimente problemas con la visión, dolores abdominales y graves dolores de cabeza. En la *eclampsia* la mujer sufre de convulsiones, puede entrar en coma y es posible que muera (Cunningham *et al.*, 1993).

Por lo general, la preeclampsia no se presenta sino hasta después de la vigésima semana del embarazo. Es más probable que suceda en mujeres que no hayan completado un embarazo anterior. Es especialmente común entre adolescentes. Las mujeres latinas y negras tienen muchas más probabilidades de experimentar preeclampsia que las mujeres blancas no hispanas. El riesgo de preeclampsia aumenta de manera constante a medida que sube el *índice de masa corporal*. En el caso de mujeres en sobrepeso, una reducción en el peso del embarazo puede reducir su riesgo de preeclampsia (Bodnar *et al.*, 2004). La posibilidad de la preeclampsia enfatiza la necesidad del cuidado médico adecuado antes y durante el embarazo, en especial en el caso de mujeres adolescentes y minoritarias. La hipertensión y la preeclampsia se pueden manejar de manera adecuada durante sus fases iniciales. La mayoría de muertes maternas suceden entre mujeres que no reciben cuidados prenatales.

Enfermedades virales durante el embarazo

Ciertos virus pueden cruzar la barrera placentaria entre la mujer y el feto y ocasionar daños considerables, en especial si la enfermedad ocurre durante el primer trimestre del embarazo. El ejemplo mejor conocido es la rubéola o sarampión alemán. Si una mujer se contagia de rubéola durante el primer mes de embarazo, hay un 50 por ciento de probabilidades de que el bebé nazca sordo, con deficiencias mentales, con cataratas o con defectos congénitos del corazón. Más adelante, el riesgo disminuye, de modo que para el tercer mes del embarazo las probabilidades de anomalía son sólo del 10 por ciento. Mientras que la mayoría de las muje-

Seudociesis: embarazo falso en el que la mujer presenta los signos del embarazo sin estar embarazada.
Preeclampsia: grave enfermedad del embarazo cuyos elementos principales son elevada presión arterial, edema grave y proteinuria.

Amniocentesis: prueba realizada para determinar si un feto tiene defectos de nacimiento; se realiza insertando un fino tubo dentro del abdomen de la mujer para obtener una muestra de líquido amniótico.

Muestreo de vellosidad coriónica (MVC): técnica para el diagnóstico prenatal de defectos del nacimiento que implica la toma de muestra y análisis de las células de la vellosidad coriónica.

res están inmunizadas contra la rubéola debido a que la padecieron durante su infancia, una mujer que sospeche que no está inmune puede recibir una vacuna que la inmunizará; debería hacer esto buen tiempo antes de que se embarace.

El herpes simple también es *teratogénico*, es decir, es capaz de producir defectos en el feto.

Por lo general, los síntomas del

herpes simple son leves: vesículas febriles o fuegos. El herpes genital (véase capítulo 20) es una forma de herpes simple en que pueden aparecer ulceraciones en la región genital. Por lo general, el lactante contrae la enfermedad por contacto directo con la ulceración; el parto por operación cesárea puede prevenir esto. Las mujeres con herpes genital también tienen un alto riesgo de abortos espontáneos.

Defectos congénitos

Como ya se ha señalado, un número de factores, tales como las sustancias que se ingieren durante el embarazo y enfermedades durante el mismo, pueden ocasionar defectos en el feto. Otras causas incluyen defectos genéticos (por ejemplo, fenilcetonuria, PKU, que ocasiona retardo en el desarrollo) y defectos cromosómicos (por ejemplo, síndrome de Down, que ocasiona retraso).

De todos los bebés nacidos en Estados Unidos, 2 a 3 por ciento tienen defectos congénitos significativos. Cerca de un cuarto de los fetos abortados de manera espontánea tienen malformaciones. La causa de más de la mitad de estos defectos es desconocida (O'Shea, 1995).

En la mayoría de los casos, las familias sencillamente han tenido que aprender, de la mejor manera posible, a vivir con un hijo con defectos congénitos. Sin embargo, hoy en día se encuentran disponibles la amniocentesis, el muestreo de vellosidad coriónica (que se explica adelante) y la orientación genética que ayudan a prevenir parte de ese dolor, siempre y cuando el aborto sea éticamente aceptable a los padres.

La **amniocentesis** implica la inserción de un tubo fino a través del abdomen de la mujer embarazada para tomar un poco del líquido amniótico, incluyendo células que ha descartado el feto, a fin de analizarlo. La técnica puede proporcionar un diagnóstico temprano de la mayoría de anomalías cromosómicas, de algunos trastornos bioquímicos de origen genético y de enfermedades vinculadas con el sexo, donde las mujeres actúan como portadoras, pero que afectan a los varones (hemofilia y distrofia muscular), aunque no es capaz de detectar todos los defectos. Si se descubre un defecto, la mujer puede tomar la decisión de terminar el embarazo por medio de un aborto.

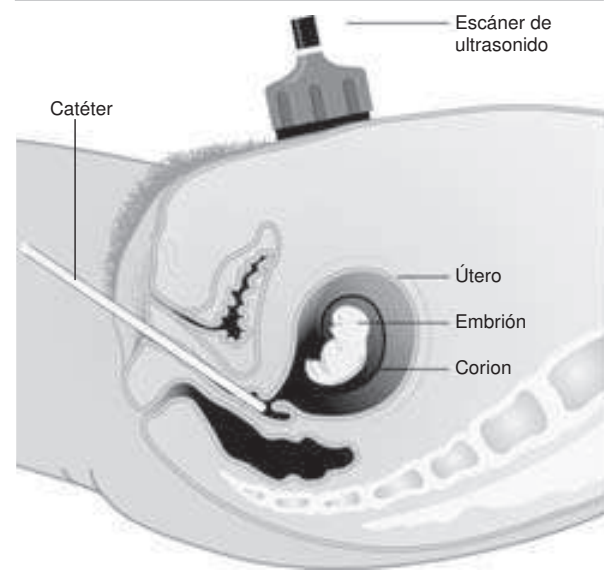
La amniocentesis se debería llevar a cabo entre la decimotercera y decimosexta semanas de embarazo.

El momento en que se hace la prueba es importante por dos razones. Primero, si se descubre un defecto y se planea llevar a cabo un aborto, se debe hacer lo más pronto posible (véase capítulo 8). Segundo, existe 1 por ciento de probabilidades de que la amniocentesis misma ocasione que la mujer pierda al bebé, y el riesgo aumenta a medida que progresa el embarazo.

Debido a que la amniocentesis misma implica cierto riesgo, por lo general se piensa (aunque la cuestión es controversial) que se debería llevar a cabo sólo en el caso de mujeres que tengan un riesgo elevado de dar a luz a un hijo con defectos congénitos. Una mujer se encuentra en esta categoría si (1) ya ha tenido un hijo con algún defecto congénito; (2) cree que es portadora de algún defecto congénito, lo cual sólo se puede establecer mediante la orientación genética, y (3) es mayor de 35 años de edad, en cuyo caso han aumentado enormemente sus probabilidades de parir a un hijo con alguna anomalía cromosómica.

Es posible que a la larga el **muestreo de vellosidad coriónica (MVC)** reemplace a la amniocentesis para el diagnóstico prenatal de defectos congénitos (Doran, 1990; Kolker, 1989). Un problema importante con la amniocentesis es que no se puede llevar a cabo sino hasta el segundo trimestre del embarazo; si se descubre algún defecto congénito, es posible que sea necesario llevar a cabo un aborto tardío. En contraste, el muestreo de vellosidad coriónica se puede llevar a cabo durante el primer trimestre del embarazo, por lo general al rededor de la novena a onceava semanas después de la con-

Figura 7.13 Tanto el muestreo de vellosidad coriónica (MVC) como la amniocentesis se encuentran disponibles para el diagnóstico prenatal de defectos congénitos. El MVC (que se muestra aquí) puede detectar anomalías cromosómicas y enfermedades ligadas al sexo.



cepción. El muestreo de vellosidad coriónica se puede llevar a cabo de dos maneras: de forma transcervical, donde se inserta un catéter en el interior del útero a través del cuello uterino como se muestra en la figura 7.13, y de forma transabdominal, donde se inserta una aguja (guiada por ultrasonido) a través del abdomen. En ambos casos, se toma una muestra de las células de la vellosidad coriónica (el corion es la membrana más exterior de las que rodean al feto, al amnios y al líquido amniótico) y se analizan a fin de encontrar evidencia de defectos congénitos. Los estudios indican que el MVC es tan preciso como la amniocentesis. De igual manera que la amniocentesis, conlleva un ligero riesgo de pérdida fetal (ocasionada, por ejemplo, por aborto espontáneo). En el caso de la amniocentesis, la tasa de pérdida fetal es aproximadamente del 1 por ciento; para el MVC es de cerca del 2 por ciento (Wass *et al.*, 1991).

La amniocentesis y el MVC (cuando se siguen de un aborto) presentan una serie de cuestiones éticas graves, algunas de las cuales se discutirán más adelante en otros capítulos. Sin embargo, aquí es importante señalar el estrés psicológico extremo al que con frecuencia se ven sometidas las familias de niños con defectos congénitos.

Incompatibilidad Rh

El factor Rh es una sustancia que se encuentra en la sangre; si está presente, se dice que la persona es Rh positiva (Rh+); si está ausente, se dice que la persona es Rh negativa (Rh-). El factor Rh se transmite de manera genética, donde el Rh+ es dominante sobre el Rh-.

La presencia o ausencia del factor Rh no constituye un problema de salud a menos que una persona Rh- reciba una transfusión sanguínea o cuando una mujer Rh- está embarazada de un feto Rh+ (que sólo puede ocurrir si el padre es Rh+). Se realiza una prueba de sangre rutinaria al inicio del embarazo para determinar si la mujer es Rh-. Por fortuna, cerca del 85 por ciento de las personas blancas y 93 por ciento de las personas negras son Rh+; así, los problemas asociados con ser Rh- no son muy comunes.

Si sangre Rh+ entra en contacto con sangre Rh-, esta última forma anticuerpos como reacción ante el factor Rh que se encuentra en la sangre invasora. De manera típica, como se ha señalado con anterioridad, hay poco intercambio entre la sangre de la mujer y la del feto; la placenta las mantiene separadas. Sin embargo, durante el parto puede haber una mezcla considerable de ambas. Así, durante el nacimiento, la sangre de un bebé Rh+ ocasiona la formación de anticuerpos en la sangre de la mujer Rh-. Durante el siguiente embarazo, parte de la sangre de la mujer se introduce en el feto y los anticuerpos atacan los glóbulos rojos de éste. Existe la posibilidad de que el bebé nazca muerto, de que esté gravemente anémico o de que sufra de retardo en el desarrollo. Así, existe poco riesgo para la mujer Rh- durante su primer embarazo ya que aún no se han formado anticuerpos; sin embargo, los embarazos posteriores pueden ser enormemente peligrosos.

Por fortuna, se han desarrollado técnicas para lidiar con esta situación. La inyección de una sustancia llamada *Rhogam* (globulina inmune Rh, [D]) previene que la sangre de la mujer produzca anticuerpos. De ser necesario, el feto o bebé recién nacido puede obtener una transfusión.

Aborto espontáneo: terminación del embarazo antes de que el feto sea viable como resultado de causas naturales (sin intervención médica).

Aborto espontáneo

El **aborto espontáneo**, o *aborto accidental*, ocurre cuando se presenta la terminación del embarazo por causas naturales antes que el conceptus sea viable (capaz de sobrevivir por sí mismo). No se debe confundir con el *aborto inducido* en el que se finaliza un embarazo por medios mecánicos o médicos (lo que de manera común se conoce como *aborto*; véase capítulo 8) o con la *premadurez*, en la que el embarazo termina antes de lo anticipado, pero después de que el lactante es viable.

Se estima que 20 por ciento de todos los embarazos terminan en un aborto espontáneo (Frishman, 1995). Lo más probable es que esto sea una subestimación, ya que es posible que no se detecten los abortos espontáneos muy iniciales. La mujer llega a no saber que está embarazada y puede confundir los productos de un aborto espontáneo por su periodo menstrual. Así, la verdadera incidencia puede acercarse más al 40 por ciento (Cunningham *et al.*, 1993). La mayoría de los abortos espontáneos —el 80 por ciento— suceden durante el primer trimestre del embarazo.

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren porque el conceptus es defectuoso. Estudios de fetos espontáneamente abortados indica que cerca del 60 por ciento mostraban anomalías incompatibles con la vida; por ejemplo, muchos tenían anomalías cromosómicas enormes (Singer, 1995). Así, contrario a la creencia popular, los traumas psicológicos y físicos no son causas comunes de aborto espontáneo. De hecho, este tipo de aborto parece funcional en cuanto a que elimina muchos fetos defectuosos de manera natural.

Nacimiento pretérmino

Una importante complicación durante el tercer trimestre del embarazo es el trabajo de parto y nacimiento prematuros del feto. Cuando el parto ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se considera *pretérmino*. Ya que la fecha de concepción no siempre se puede determinar con precisión, el nacimiento pretérmino (premadurez) se puede definir en términos del peso del lactante al momento de su nacimiento; se considera que un lactante que pesa menos de 2 500 gramos (5 1/2 libras) se encuentra en la categoría de bajo peso al nacer. Sin embargo, esto es inadecuado. La preocupación principal debería ser el desarrollo funcional del lactante más que su peso. El National Center for Health Statistics (Centro Nacional de Estadísticas de Salud) (2002) informa que el 11.9 por ciento de todos los nacimientos en Estados Unidos durante el año 2001 fueron pretérmino. La inci-

dencia fue de 11.0 para lactantes blancos, 11.4 para lactantes hispanos y 17.5 para lactantes negros.

El nacimiento pretérmino es preocupante ya que un lactante prematuro tiene muchas menos probabilidades de supervivencia que un lactante a término. Se estima que más de la mitad de muertes de bebés recién nacidos en Estados Unidos se debe al nacimiento pretérmino. Los lactantes pretérmino son especialmente susceptibles a las infecciones respiratorias y deben recibir cuidados expertos. Los avances en técnicas médicas han mejorado las tasas de supervivencia de los lactantes pretérmino en forma considerable. En la actualidad, sobrevive el 99 por ciento de los lactantes que pesan 2 500 gramos al momento del nacimiento, como lo hace el 64 por ciento de aquellos que pesan 1 000 gramos (Cunningham *et al.*, 1993). Sin embargo, la premadurez puede provocar daños al lactante que sobrevive. Un estudio longitudinal encontró que los lactantes de bajo peso al nacer obtuvieron calificaciones significativamente inferiores en pruebas de matemáticas y lectura desde los 6 y hasta los 14 años de edad (Boardman *et al.*, sf).

Los factores maternos tales como una salud deficiente, nutrición defectuosa, tabaquismo extremo, uso de cocaína e infecciones genitales o sistémicas se asocian con la premadurez. La hipertensión inducida por el embarazo también puede conducir a un nacimiento pretérmino. Las madres adolescentes jóvenes, cuyos cuerpos aún no se encuentran preparados para parir hijos, también son muy susceptibles al trabajo de parto y nacimiento prematuros. Mientras más se encuentre expuesta a riesgos la mujer embarazada, mayor será el riesgo de premadurez (Ahluwalia *et al.*, 2001).

Infertilidad

La **infertilidad** se refiere a la incapacidad de una mujer para concebir y parir a un hijo vivo, o a la incapacidad de un varón para peñar a una mujer. Se estima que el 14 por ciento de todas las parejas en Estados Unidos tienen un problema de infertilidad en algún momento dado (Sciarra, 1991). Cuando las parejas fértiles deliberadamente intentan concebir, cerca del 20 por ciento lo logra dentro del primer ciclo menstrual y cerca del 70 por ciento lo logra dentro de los primeros seis ciclos (Hatcher *et al.*, 2004). Se considera que una pareja es infértil si no ha concebido después de un año de coito frecuente y sin protección (Swerdloff y Wang, 2000). El término *estéril* se refiere a un individuo que tiene un factor absoluto que previene la concepción.

Causas de la infertilidad

Entre las parejas que tienen una causa identificable, los factores masculinos son responsables en cerca del 40 por ciento de los casos; los factores femeninos son responsables de un 40 por ciento adicional. En el 20 por ciento restante, ambos tienen problemas (véase Hatcher *et al.*, 2004).

Causas en la mujer. La causa más común de infertilidad en la mujer es la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), ocasionada por una enfermedad de transmisión sexual, en especial gonorrea o clamidia. Otras causas incluyen ausencia de ovulación, bloqueo de las trompas de Falopio y “moco hostil”, que significa que el moco cervical bloquea el paso de los espermatozoides. Las causas menos comunes son la nutrición deficiente, trastornos de la conducta alimentaria, exposición a químicos tóxicos tales como plomo o pesticidas, tabaquismo y uso de alcohol, narcóticos o barbitúricos. La edad también puede ser un factor; la fertilidad declina en la mujer después de los 35 años de edad, y el descenso es especialmente marcado después de los 40 años de edad.

Causas en el varón. La causa más común de infertilidad en los hombres se debe a infecciones del sistema reproductivo ocasionadas por enfermedades de transmisión sexual. Otra causa es un bajo conteo de espermatozoides (con frecuencia a causa de varicoceles, venas varicosas en los testículos). Las parejas preocupadas acerca de un bajo conteo de espermatozoides pueden decidir abstenerse del coito vaginal con la esperanza de aumentar el conteo, pero las investigaciones indican que esto no funciona. En los varones con bajos conteos de espermatozoides, estos últimos se vuelven menos móviles y muestran señales de envejecimiento después de tan sólo 24 horas de abstinencia (Levitas, 2003). Otra causa es la baja motilidad de los espermatozoides, lo cual significa que no pueden nadar bien. Las causas menos comunes incluyen exposición a agentes tóxicos tales como el plomo, tabaquismo, uso de alcohol y marihuana, y empleo de algunos medicamentos prescritos (Hatcher *et al.*, 1994). Investigaciones recientes han mostrado que la exposición a estrógenos ambientales provoca la maduración demasiado rápida de los espermatozoides, reduciendo su capacidad fertilizante (Adeoya-Osiguwa *et al.*, 2003). La exposición a los estrógenos ambientales viene a través del contacto con sustancias tales como cerveza y pesticidas.

Las investigaciones también informan que la calidad del semen masculino declina con la edad. A medida que envejecen los varones, el volumen de su semen y el número y motilidad de sus espermatozoides baja (Eskenazi *et al.*, 2003). Otras investigaciones sugieren que estos descensos no afectan la incidencia de éxito en la fertilización de óvulos *in vitro* (Paulson *et al.*, 2001).

Factores combinados. En algunas situaciones, la combinación de factores presentes tanto en la mujer como en el hombre ocasiona la infertilidad. Uno de dichos factores es una respuesta inmunológica. La mujer puede tener una reacción alérgica a los espermatozoides del hombre, lo cual ocasiona que produzca anticuerpos que destruyen o dañan a los espermatozoides. O bien, su sistema inmune puede reaccionar al feto o a la placenta. Según una teoría polémica, existe la posibilidad de que sea una reacción inmune la que ocasiona la elevada presión arterial que se asocia con la preeclampsia (Fox, 2002). Las reacciones inmunes

Infertilidad: incapacidad de una mujer para concebir y dar a luz a un niño vivo o incapacidad de un hombre para fecundar a una mujer.

sucedan en respuesta a la entrada de células desconocidas en el cuerpo; si el cuerpo se ha visto expuesto con frecuencia a estas células en el pasado, hay menos probabilidades de una reacción. La exposición frecuente anterior de una mujer al semen de un hombre específico reduciría las probabilidades de que rechace sus espermatozoides. Así, el coito vaginal frecuente (Robertson y Sharkey, 2001) o el sexo oral donde la mujer se traga el eyaculado (Koelman *et al.*, 2000) antes de hacer un intento por embarazarse pueden aumentar las probabilidades de un embarazo exitoso.

Los espermatozoides cuentan con un sensor químico que ocasiona que naden hacia el óvulo, atraído por un químico que se encuentra sobre la superficie del mismo (Spehr *et al.*, 2003). Los investigadores ya han identificado un químico que perturba este proceso al neutralizar el receptor. Este químico, o químicos, que influye sobre la superficie del óvulo puede ocasionar la infertilidad. Por último, existe la sencilla posibilidad de que la pareja tenga falta de conocimientos; por ejemplo, es posible que no sepan sincronizar el coito de manera adecuada para que ocurra la concepción.

Aspectos psicológicos de la infertilidad

Es importante reconocer el estrés psicológico al que se puede someter una pareja infértil (Liebmann-Smith, 1987). Debido a que en nuestra sociedad el papel del hombre se define de manera parcial por su capacidad de procrear hijos, es posible que el varón sienta que se está cuestionando su masculinidad o virilidad. De manera similar, el papel de la mujer se encuentra definido en gran parte por su capacidad de parir hijos, de modo que la mujer puede sentirse inadecuada.⁴ Históricamente, la fertilidad se ha alentado en la mayoría de las culturas y, de hecho, se ha demandado; por lo tanto, es posible que sean elevadas las presiones sobre las parejas infértiles, lo que conduce a un mayor estrés psicológico. A medida que aumenta el énfasis sobre el control poblacional en nuestra sociedad y la falta de hijos⁵ se vuelve una opción más aceptable y reconocida, es posible que disminuya el estrés de las parejas infértiles.

Las investigaciones indican que entre las parejas que inician programas de tratamiento para la infertilidad, las mujeres perciben que experimentan más estrés emocional y social que los hombres (a menos que se diagnostique que el varón es el responsable de la infertilidad) (Leiblum, 1993). Al mismo tiempo, las mujeres esperan recibir más apoyo social para enfrentarse a este estrés. La infertilidad no reduce la satisfacción marital de manera significativa, pero sí ocasiona conflictos (Abbey *et al.*, 1992). Afecta la relación sexual

de la pareja; reduce espontaneidad (en especial en las parejas que se encuentran en programas de tratamiento que incluyen coito programado) y se asocia con una menor satisfacción sexual (Zolbrod, 1993).

Tratamiento de la infertilidad

Existen médicos y clínicas que se especializan en la evaluación y tratamiento de la infertilidad. Una evaluación de infertilidad debería incluir un análisis de los conocimientos que la pareja tiene acerca de conducta sexual y concepción, así como de factores del estilo de vida tales como uso frecuente de drogas. La infertilidad ocasionada por tales factores se puede tratar con facilidad.

Si el problema de infertilidad tiene su origen en la ausencia de ovulación de la mujer, el tratamiento puede incluir los llamados medicamentos de fertilidad. El medicamento de elección es el clomifeno (*Clomid*). Estimula a la glándula pituitaria para que produzca LH y FSH, con lo que induce la ovulación. El tratamiento produce el embarazo en aproximadamente la mitad de las mujeres a las que se les receta. Contrario a los informes de los medios, los nacimientos múltiples ocurren sólo 8 por ciento de las ocasiones, en comparación con el 1.2 por ciento de los embarazos naturales. Si el tratamiento con *Clomid* no tiene éxito, una segunda posibilidad son las inyecciones de HMG (gonadotropina de la menopausia humana).

Si la infertilidad está ocasionada por un bloqueo en las trompas de Falopio, en ocasiones una delicada microcirugía puede ser efectiva para eliminar el bloqueo.

Si la infertilidad es producto de varicoceles en los testículos, el padecimiento generalmente se puede tratar con éxito por medio de un procedimiento quirúrgico llamado varicocelectomía.

Por último, existe un número de nuevas tecnologías reproductivas, tales como la fertilización *in vitro*, que ahora se encuentran disponibles para aquellas personas que padecen de problemas de infertilidad, como se discutirá en la siguiente sección.

Un estudio canadiense es de utilidad para poner en perspectiva las cuestiones del tratamiento de la infertilidad. Entre las parejas infértiles que buscaron tratamiento, el 65 por ciento logró embarazarse más adelante *sin tratamiento alguno* (Rousseau *et al.*, 1983). Para algunas parejas, la concepción sencillamente toma un poco más de tiempo. Así, es necesario considerar los riesgos asociados con los tratamientos contra la posibilidad de que se puede lograr un embarazo sin necesidad de ellos.

Nuevas tecnologías reproductivas

Las tecnologías reproductivas que se han desarrollado en las últimas tres décadas implican que hay muchas formas para concebir y tener bebés además del coito y el embarazo.

Inseminación artificial: procedimiento en el cual se coloca el espermatozoides dentro de la vagina por otro medio que no es el coito.

⁴Una encuesta de parejas infértiles encontró que el estrés de la infertilidad se asociaba con una reducción en autoestima tanto en el marido como en la mujer (Abbey *et al.*, 1992).

⁵Aquí, la semántica puede hacer una gran diferencia. Muchas parejas que deciden no tener hijos prefieren denominarse *libres de niños* más que *sin hijos*.

Figura 7.14



“YA SÉ TODO ACERCA DE LOS PAJARITOS Y LAS ABEJITAS, MAMÁ;
¡YO QUIERO SABER ACERCA DE LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, LA
FERTILIZACIÓN IN VITRO Y LA MATERNIDAD SUSTITUTA!”

Fuente: Renault/Sacramento Bee/Rothco

Transferencia de embrión:
procedimiento mediante el cual se
transfiere un embrión desde el útero
de una mujer al útero de otra.

Inseminación artificial

La **inseminación artificial** implica la colocación artificial de semen en la vagina a fin de producir un embarazo; así, es un medio para lograr la repro-

ducción sin la existencia del coito. La inseminación artificial con animales se llevó a cabo por primera vez en 1776. En 1949, cuando unos científicos británicos congelaron espermatozoides de manera exitosa sin hacerles ningún daño aparente, se inició una nueva era de tecnología reproductiva para animales. Hoy en día, la crianza de ganado se hace en forma rutinaria por medio de la inseminación artificial.

En el caso de los humanos, existen dos tipos de inseminación artificial: inseminación artificial por el esposo (AIH; inseminación homóloga) e inseminación artificial por donador (AID; inseminación heteróloga. No se confunda con *AIDS*, SIDA en inglés). La AIH se puede utilizar cuando el esposo tiene un conteo bajo de espermatozoides. Se obtienen varias muestras de su semen y se combinan para conformar una muestra con un conteo más elevado. Entonces, se coloca esta muestra en la vagina de la mujer al momento de su ovulación. La AID se utiliza cuando el esposo es estéril. Un donador proporciona el semen para fertilizar a

la mujer. Se estima que en Estados Unidos nacen entre 10 000 y 20 000 bebés como resultado de la AID.

Bancos de esperma

Ya que ahora se puede congelar el esperma, existe la posibilidad de almacenarlo, que es exactamente lo que la gente está haciendo: usar *bancos de esperma* humano congelado. Los bancos de esperma abren un sinnúmero de posibilidades para diversos estilos de vida. Por ejemplo, suponga que una pareja decide, después de haber tenido dos hijos, que desean un método permanente de control natal. Entonces, el marido se hace una vasectomía. Sin embargo, dos años después de que se ha realizado la vasectomía, uno de sus hijos muere, y desean fervientemente tener otro bebé. Si el hombre ha almacenado su semen en un banco de esperma, pueden hacerlo.

Los varones jóvenes pueden utilizar los bancos de esperma para almacenar su semen antes de someterse a radioterapia para un cáncer. Más adelante pueden procrear hijos sin temor de que les transmitirán cromosomas dañados (a causa de las radiaciones) a sus crías.

Desde mediados de la década de 1990, los bancos de esperma se han puesto en línea, abriendo la disponibilidad de sus servicios a millones de personas alrededor del mundo (Springen y Noonan, 2003). Se estima que existen cerca de 110 bancos de esperma en Estados Unidos y los más grandes han establecido sitios en la red. Estos sitios permiten que los futuros padres echen un vistazo a una buena cantidad de información acerca de cada donador potencial, permitiéndoles no sólo que hagan su elección con base en el peso, estatura y color de cabello y ojos, sino también en cuanto a educación e historia médica familiar. Sin embargo, como es frecuente que pase en la red, no existe garantía de que el donador haya proporcionado la información adecuada. Se estima que cerca del 70 por ciento del dinero que se gastó en servicios de banco de esperma en el 2002 (65 millones de dólares) se destinó a compras en la red.

Transferencia de embrión

Con la **transferencia de embrión**, un óvulo fertilizado en desarrollo (embrión) se transfiere del útero de una mujer al útero de otra. El Dr. John Buster de UCLA perfeccionó la técnica para su uso con humanos, y en 1984 se anunciaron los primeros dos nacimientos resultantes del procedimiento (Brotman, 1984; Associated Press, 1984).

Esta técnica puede hacer posible que una mujer que puede concebir, pero que siempre aborta de manera espontánea al inicio del embarazo, transfiera su embrión a otra mujer que funge como *madre sustituta*; es decir, la persona que proporciona el útero dentro del cual crece el embrión (y a quien los medios, de manera algo cruel, han denominado “matriz en renta”). En esencia, el procedimiento de transferencia

del embrión también puede servir como el opuesto de la inseminación artificial. Esto es, si una mujer no produce óvulos viables, se puede utilizar el espermatozoide del esposo para inseminar a otra mujer (quien dona su óvulo) en forma artificial, y entonces se transfiere el óvulo fertilizado de la donadora a la madre.

Bebés de probeta

Es posible que los científicos hagan que un óvulo y un espermatozoide se unan fuera del cuerpo humano (en una “probeta”). El término científico para este procedimiento es **fertilización *in vitro*** o **FIV** (en latín, *in vitro* quiere decir “en vidrio”). Más adelante, el óvulo fertilizado o embrión se puede implantar en el útero de la mujer para que lo lleve a término. Esta técnica puede ser de gran utilidad para aquellas parejas que son infértiles debido a que existe un bloqueo en las trompas de Falopio de la mujer.

Se alcanzó un hito el 25 de julio de 1978, en Londres, con el nacimiento de Louise Brown, la primera bebé de probeta. El obstetra Patrick Steptoe y el fisiólogo Robert Edwards habían fertilizado el óvulo de la madre con el espermatozoide del padre dentro de una caja de Petri y lo habían implantado en el útero de la mujer. El embarazo pasó sin complicaciones y Louise nació sana y normal. Hoy en día, el procedimiento se lleva a cabo en diversos países y tan sólo existen 70 clínicas dentro de Estados Unidos.

Según los datos recolectados por la Society for Assisted Reproductive Technology (Sociedad de Tecnologías de Reproducción Asistida), 70 por ciento de los procedimientos que se llevaron a cabo en Estados Unidos en 1995 fueron FIV (CDC, 1997). Una encuesta de 384 clínicas de infertilidad realizada en el 2001 indicó que cerca del 29 por ciento de todos los procedimientos lograron el éxito; es decir, dieron por resultado un nacimiento vivo (Wright *et al.*, 2004). El procedimiento es costoso, con un precio aproximado de 8 000 dóla-

res por intento, sin contar los procedimientos preliminares. Se estima que el bebé FIV promedio cuesta entre 10 000 y 18 000 dólares.

Hay evidencia de que los bebés nacidos como resultado de la FIV tienen mayores probabilidades de presentar un bajo peso al nacer y de tener anomalías congénitas. No está claro si el aumento en el riesgo se deba al procedimiento o a factores relacionados; por ejemplo, en general las madres son mayores (Kovacs, 2002a).

También existe la posibilidad de congelar óvulos fertilizados *in vitro*, lo que da por resultado embriones congelados. Este procedimiento crea la posibilidad de donar embriones; en 1984, en Australia, se anunció por primera vez el nacimiento de un bebé a causa de este procedimiento. El estatus legal y moral de los fetos congelados es una cuestión difícil y algunas personas se preocupan por el *desperdicio de embriones*.

TIFG

La **TIFG** (transferencia intrafalopiana de gametos) es una mejoría, en algunos casos, de la FIV. Se recolectan óvulos y espermatozoides (gametos) y después se insertan combinados en la trompa de Falopio, donde se puede dar la fertilización natural, seguida de una implantación normal. Cerca del 2 por ciento de los procedimientos que se llevaron a cabo en el 2001 fueron de este tipo (Wright *et al.*, 2004). Debido a que las cantidades son tan pequeñas, no se ha informado de tasas de éxito.

Otra mejoría adicional es la TIFC (transferencia intrafalopiana de cigotos), que implica fertilizar al óvulo con espermatozoide en una caja de Petri, y después colocar el óvulo fertilizado en desarrollo (cigoto) dentro de la trompa de Falopio, de nuevo permitiendo la implantación natural. Cerca del 2 por ciento de los procedimientos llevados a cabo en el 2001 utilizaron esta técnica.

Existen más probabilidades de que la reproducción asistida sea exitosa si la mujer es joven (menor a los 34 años de edad) y se utilizan embriones frescos en lugar de congelados. Las tasas de éxito no varían según la causa de la infertilidad.

Clonación

La *clonación* es la reproducción de un individuo a partir de una sola célula que se toma de un “donador” o “padre”. La técnica implica reemplazar el núcleo de un óvulo con el núcleo de la célula del donador, produciendo de esta manera un embrión que es genéticamente idéntico al donador. Por supuesto, un niño sólo tiene la mitad de sus genes en común con su madre; la otra mitad proviene del padre. Por lo tanto, los hijos nunca son genéticamente idénticos a cualquiera de los padres. Pero en la clonación, no existe necesidad de un

Fertilización *in vitro* (FIV): procedimiento en el que se fertiliza el óvulo con el espermatozoide en una caja de Petri.
TIFG: transferencia intrafalopiana de gametos, un procedimiento en el que se recolectan el espermatozoide y los óvulos y después se insertan juntos en la trompa de Falopio.

Figura 7.15 Patrick Steptoe y Robert Edwards, quienes exitosamente desarrollaron el procedimiento que produjo el primer bebé de probeta a través de la fertilización *in vitro*.



Figura 7.1 Nuevas tecnologías reproductivas. a) Con la fertilización *in vitro*, es más probable que ocurra la fertilización si se rasguña al óvulo, permitiendo que el espermatozoide penetre con mayor facilidad. b) El Dr. Vicken Sahakian, director médico de una clínica de fertilidad, recolecta los óvulos de Deborah, de 38 años de edad. Ella y su marido, Erik, han acudido para una fertilización *in vitro*. De los 13 óvulos producidos, 5 se fertilizaron y reintrodujeron en el cuerpo de Deborah.



a)



b)

espermatozoide, y el resultado es un individuo que es genéticamente idéntico al donador.

La primera clonación exitosa fue de un ratón en 1981. En 1997, los investigadores anunciaron el nacimiento de Dolly, una oveja clonada de la sola célula de una borrega adulta. En el año 2000, nacieron seis puerquitos clonados, algo que fue significativo ya que los cerdos son fisiológicamente similares a los humanos (Prather, 2000). La clonación tiene gran potencial como fuente de órganos que se podrían trasplantar para reemplazar a aquellos que estén fallando, o como alternativa en casos de infertilidad. Sin embargo, conlleva graves riesgos; menos del 3 por ciento de los intentos de clonación tienen éxito y aquellos que sí lo logran ocasionalmente sufren de graves defectos genéticos impredecibles (Kolata, 2001).

Selección de género

Hay gran interés en las técnicas que permitan que las parejas elijan si tienen un niño o una niña. Tal tecnología sería de utilidad para aquellos padres que ya tienen seis hijas y realmente quieren tener un hijo, o para las personas que quisieran tener una cría de cada género. Sin embargo, podrían surgir problemas. Algunos científicos temen que el resultado de poder elegir el género sería un gran desequilibrio en la población, con muchos más varones que mujeres, dado que muchas parejas prefieren que su primera cría sea un niño varón.

Hay una gran cantidad de “sabiduría popular” en cuanto a diversos métodos hogareños que aumentarían las probabilidades de que un feto sea masculino o femenino. Una técnica es planear el momento del coito con relación a la ovulación, basado en la creencia que los espermatozoides que llevan el cromosoma Y nadan con mayor velocidad; así, el coito al momento de la ovulación debería aumentar las probabilidades de tener un varón, mientras que hacerlo en un momento anterior y remoto a la ovulación debería favorecer a los espermatozoides lentos pero resistentes que llevan el cromosoma X, lo que daría por resultado tener una niña. Diversos estudios han intentado someter a prueba estas ideas, dependiendo de mediciones indirectas del momento de la ovulación (cambios en el moco cervical, temperatura corporal basal); sugieren que hay mayores probabilidades de que nazca una mujer si el coito coincide con la ovulación. Por lo tanto, la sabiduría popular está en lo incorrecto. Ciertos estudios también han investigado el efecto de las duchas vaginales; la sabiduría popular afirma que realizar duchas vaginales con vinagre cambiará el pH vaginal, aumentando las probabilidades de un varón. Ninguno de estos u otros métodos “naturales” afectará el género de la cría de modo confiable (Kovacs, 2002b).

Como siempre, los empresarios están tomando ventaja del deseo de la gente de elegir el género del bebé y

venden kits que prometen resultados. Algunos de estos kits se valen de los métodos naturales y le proporcionan al consumidor termómetros, soluciones para duchas vaginales y demás parafernalia. Existe por lo menos una compañía que vende estos kits por medio de la red. De nuevo, no existe evidencia alguna de que estos kits produzcan los resultados esperados. ¡*Caveat emptor* (que el comprador se prevenga)!

Existen diversos procedimientos científicos de laboratorio que se pueden utilizar para separar a los espermatozoides que contienen cromosomas femeninos y masculinos. Las técnicas más antiguas implican una separación basada en velocidad de nado o en características inmunológicas; éstos funcionan con una precisión del 70 al 80 por ciento. La técnica de clasificación más novedosa, el método *Micro-Sort*, utiliza un selector activado por fluorescencia, que puede seleccionar espermatozoides que contienen el cromosoma X con un 90 por ciento de precisión; esta técnica reduce el conteo de espermatozoides enormemente y requiere de tecnologías de reproducción asistida (TRA). Hay

pocos datos en cuanto a los resultados a largo plazo del uso de este procedimiento (Kovacs, 2002b).

El método más confiable de selección de género es el diagnóstico genético previo a la implantación (PGD). Esta técnica implica que se retiren óvulos de la mujer para fertilizarlos *in vitro*. Después de tres días, se toma una célula de cada embrión y se determina su configuración genética. Entonces, el embrión del tipo preferido se implanta por medio de TRA. Este método es enormemente invasivo del cuerpo de la mujer además de ser muy costoso. Las probabilidades de que el óvulo implantado resulte en el nacimiento de un lactante vivo sano son las mismas que para otros embarazos TRA.

Las tecnologías que aquí se han discutido, en especial la TIFG y la TIFC requieren de médicos expertos y de instalaciones adecuadas. En consecuencia, son muy costosas (Hatcher *et al.*, 2004). Como ya se señaló, sus tasas de éxito son bajas. Por estas y otras razones, estos procedimientos hacen que surjan cuestiones legales complejas (que se discuten en el capítulo 22) y preocupaciones éticas (que se discuten en el capítulo 21).

RESUMEN

Los espermatozoides se fabrican en los testículos y se eyaculan a través de los conductos deferentes vía la uretra hacia el interior de la vagina. Entonces comienzan su travesía pasando por el cuello uterino y el útero y ascendiendo por la trompa de Falopio para llegar al óvulo, que ya ha sido expulsado por el ovario. Cuando el óvulo y el espermatozoide se reúnen en la trompa de Falopio, se lleva a cabo la concepción. Entonces, la sola célula ovárica fertilizada comienza a dividirse a medida que desciende por la trompa de Falopio y, por último, se implanta en el útero. Existen varias técnicas para mejorar las probabilidades de concepción.

La placenta, que es de gran importancia en la transmisión de sustancias entre la mujer y el feto, se desarrolla al inicio del embarazo. El desarrollo más notable del feto sucede durante el primer trimestre (los primeros tres meses), cuando se forman la mayoría de los principales sistemas de órganos y se desarrollan las características humanas.

Para la mujer, los primeros signos del embarazo incluyen amenorrea, sensibilidad de las mamas y náuseas. Las pruebas de embarazo más comunes están diseñadas para detectar la hCG en orina o sangre. Los cambios físicos durante el primer trimestre se deben principalmente al aumento de los niveles de estrógeno y progesterona que produce la placenta. A pesar de los mitos culturales acerca de la satisfacción radiante de la mujer embarazada, algunas mujeres presentan sentimientos negativos durante el primer trimestre. En general, la mujer se siente mejor durante el segundo trimestre, tanto física como psicológicamente.

A pesar de las preocupaciones de muchas personas, en general, el coito durante el embarazo es bastante

seguro. La nutrición es excepcionalmente importante durante el embarazo ya que el cuerpo de la mujer tiene que proporcionar los materiales de los cuales se ha de crear otro ser humano. Las mujeres embarazadas también deben tener mucho cuidado en cuanto a la ingesta de fármacos ya que algunos pueden penetrar la barrera placentaria e introducirse al feto, ocasionando posibles daños.

Típicamente, el trabajo de parto se divide en tres etapas. Durante la primera etapa, el cuello uterino presenta borradura (adelgazamiento) y dilatación. Durante la segunda etapa, el bebé desciende por la vagina. La placenta se expulsa durante la tercera etapa. La operación cesárea es un método quirúrgico para parir a un bebé.

El método Lamaze de parto “preparado” se ha vuelto muy popular; enfatiza el uso de la relajación y de la respiración controlada para controlar las contracciones y para minimizar la incomodidad de la mujer. Es posible que no se necesiten anestésicos, lo cual parece deseable, ya que son potencialmente peligrosos para el lactante.

Durante el periodo posparto, los niveles hormonales se encuentran muy disminuidos. Es posible que la depresión posparto surja a partir de una combinación de este estado hormonal y de las muchas tensiones ambientales a las que está sujeta la mujer durante este lapso.

Existen dos hormonas que están implicadas en la lactancia: prolactina y oxitocina. El amamantamiento tiene una serie de ventajas tanto psicológicas como de salud.

Las dificultades en el embarazo incluyen los embarazos ectópicos (extrauterinos), laseudociesis (embarazo falso), la preeclampsia y eclampsia, enfermedades (tales como rubéola), un conceptus defectuoso, incompatibilidad Rh, aborto espontáneo y nacimiento pretérmino.

La causa más común de infertilidad en hombres y mujeres es la infección relacionada con enfermedades de transmisión sexual.

Las nuevas tecnologías reproductivas incluyen la inseminación artificial, los bancos de espermatozoides congelados,

trasplantes del embrión, fertilización *in vitro* (bebés de probeta) y la TIFG (transferencia intrafalopiana de gametos), siendo todas una realidad hoy en día. Estos procedimientos son costosos y tienen bajas tasas de éxito.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

- Desde el punto de vista de una mujer embarazada, ¿qué preferiría usted, un parto en casa o un parto en el hospital? ¿Por qué?
- Para los lectores varones, ¿qué papel se puede usted imaginar que representaría si tuviera un hijo? ¿Siente usted que está preparado para representar ese papel? Para las lectoras mujeres, ¿idealmente, qué papel le gustaría que representara una pareja imaginaria en la crianza de sus hijos imaginarios?
- Una amiga cercana le confiesa que tiene miedo de embarazarse. Ha oído que las mujeres embarazadas experimentan desagradables síntomas físicos (dolores, fatiga, enfermedad) y psicológicos (accesos de llanto, depresión). En especial, le preocupa que un embarazo podría tener un efecto negativo en su relación con su pareja. ¿Qué información le daría usted en cuanto a sus temores?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Dorris, Michael. (1989). *The broken cord*. Nueva York: Harper & Row. La historia verdadera de un hombre y el niño que adoptó, quien resultó sufrir de síndrome alcohólico fetal y todos los trastornos conductuales que lo acompañan.
- Kane, Elizabeth. (1988). *Birth mother: The story of America's first legal surrogate mother*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich. Un recuento perspicaz en primera persona escrito por la mujer que fue la primera en hacer un contrato para parir al hijo de otra pareja, pero que más adelante desarrolló serias dudas.
- Nilsson, A.L., et al. (1986). *A child is born*. Nueva York: Dell. Contiene fotografías excepcionales del desarrollo prenatal.
- Zolbrod, Aline P. (1993). *Men, women and infertility: Intervention and treatment strategies*. Nueva York: Lexington. Explora el impacto de la infertilidad sobre la personalidad, la relación de la pareja y la sexualidad.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.plannedparenthood.org/health>
Información de salud de la Planned Parenthood Federation of America.

<http://www.childbirth.org>
Información acerca de partos y de opciones de parto desde la perspectiva del consumidor.

<http://www.noah-health.org>
Pregunte a NOAH acerca del embarazo: fertilidad e infertilidad. Información de salud para el consumidor y vínculos con otros recursos.

<http://www.lamaze.org>
Método de parto Lamaze y educación acerca del mismo.

C A P Í T U L O

8

Anticoncepción y aborto

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

La píldora, el parche y el anillo

La píldora combinada
Otros tipos de píldoras
El parche
El anillo vaginal
Anticoncepción de urgencia

Inyecciones Depo-Provera

EI DIU

El diafragma y el capuchón cervical

El diafragma
El capuchón cervical

El condón masculino

El condón femenino

Espermicidas

Duchas vaginales

Método por retiro

Métodos de conciencia de la fertilidad (ritmo)

Método del calendario
Método de los días estándar
Método de la temperatura corporal basal
Método del moco cervical (ovulación)
Método sintotérmico
Pruebas caseras de ovulación

Esterilización

Esterilización masculina
Esterilización femenina

Aspectos psicológicos: actitudes hacia la anti- concepción

Aborto

Procedimientos de aborto
Aspectos psicológicos
Los hombres y el aborto

Nuevos avances en anticoncepción

Métodos para varones
Métodos para mujeres

Durante un corto tiempo trabajé en una clínica de abortos. Un día me encontraba orientando a una mujer que acudió para realizarse un aborto. Comencé a discutir los posibles métodos anticonceptivos que ella utilizaría en el futuro (había estado utilizando el ritmo) y le pregunté cuál método planeaba usar después del aborto. “El ritmo”, me respondió, “lo usé durante 11 meses y ¡me funcionó!”*

*Wiedeger (1976), p. 42.

El estudiante promedio actual creció en la época de la píldora y simplemente supone que existen a su disposición métodos anticonceptivos sumamente efectivos. A veces es difícil recordar que esto no siempre ha sido así y que anteriormente la anticoncepción era, en el mejor de los casos, una cuestión errática. La anticoncepción es menos polémica de lo que fue alguna vez y, sin embargo, el uso de anticonceptivos fue ilegal en Connecticut hasta 1965 (la decisión de la Suprema Corte en el caso de *Griswold vs. Connecticut*, 1965, se analiza en el capítulo 22).

Actualmente existe una multitud de razones para el uso individual de anticonceptivos. Tanto los bebés como las madres son más sanos si los embarazos tienen una distancia de tres a cinco años entre sí (Setty-Venugopal y Upadhyay, 2002). La mayoría de las parejas desean limitar el tamaño de su familia, en general a uno o dos hijos. Es típico que los solteros quieran evitar el embarazo. En algunos casos una pareja sabe, debido a que han recibido orientación genética, que tienen un alto riesgo de procrear un hijo que tenga un defecto congénito y, por ende, quieren impedir el embarazo. Y en esta época de mujeres exitosas en sus carreras, muchas mujeres consideran que es esencial tener control sobre si tendrán hijos y cuándo lo harán.

Al nivel de la sociedad en general, también existen importantes razones para alentar el uso de los anticonceptivos. Existen cerca de 1 millón de embarazos anuales entre adolescentes en Estados Unidos (Henshaw, 1997), lo cual constituye un grave problema social. Al nivel global, la superpoblación es un problema serio. En 1900, la población mundial era de 1.6 mil millones —y se habían requerido millones de años para llegar a ese nivel— (Townsend, 2003). Para 1950 había llegado a 2.5 mil millones. En 1999, la población mundial alcanzó 6 mil millones, un aumento alarmante, y los expertos estiman que llegará a los 8.9 mil millones para el año 2050. Con la destrucción resultante del ambiente y el aumento en el consumo de los recursos naturales, surgen graves preocupaciones acerca de la capacidad del planeta para sostener una población tan grande, incluso en un futuro relativamente cercano. La mayoría de los expertos consideran que debemos limitar el tamaño de la población de Estados Unidos al igual que asistir a otros países en cuanto a limitar su propia población (Upadhyay y Robey, 1999). Para un resumen sobre las

prácticas anticonceptivas en todo el mundo, véase el cuadro 8.1.

En este capítulo analizaremos diversos métodos de control natal, cómo funcionan, qué tan efectivos son, cuáles son sus efectos secundarios, al igual que sus ventajas y desventajas. También discutiremos el aborto y los avances en la tecnología anticonceptiva.

La píldora, el parche y el anillo

La píldora combinada

Con las **píldoras anticonceptivas combinadas** (ocasionalmente llamadas anticonceptivos orales), como Loestrin y Ovcon, la mujer ingiere durante 21 días una píldora que contiene estrógeno y progestina (una progesterona sintética) a dosis más altas que sus niveles naturales. Después no toma ninguna píldora o toma un placebo durante siete días, luego de lo cual repite el ciclo.

El patrón tradicional de 21 días con la píldora y siete días sin ella sigue siendo muy común, pero se han introducido variaciones. Una es el *Seasonale*, que proporciona 84 días de hormonas combinadas y 7 días de placebo; esto significa que la mujer tiene una menstruación sólo una vez cada tres meses.

Cómo funciona

La píldora funciona principalmente impidiendo la ovulación. Recordemos del capítulo 6 que, en un ciclo menstrual natural, los niveles más bajos de estrógeno que ocurren durante y justo al terminar la menstruación detonan la producción de FSH en la pituitaria, lo cual estimula el proceso de la ovulación. La mujer comienza a tomar la píldora anticonceptiva el primer día de la menstruación. Entonces, justo cuando los niveles de estrógeno serían normalmente bajos, se les eleva de manera artificial. Este nivel elevado de estrógeno inhibe la producción de FSH y nunca se envía el mensaje de que debe iniciarse la ovulación. El nivel más elevado de progesterona inhibe la producción de LH, lo cual impide de manera adicional la ovulación.

Píldoras anticonceptivas combinadas: pastillas anticonceptivas que contienen una combinación de estrógeno y progestina (progesterona).

Cuadro 8.1 Anticoncepción alrededor del mundo, informada por las mujeres actualmente casadas (las grandes variaciones reflejan diferencias entre culturas con respecto a factores tales como disponibilidad de servicios médicos, educación de la gente acerca de la anticoncepción y roles de género).

Porcentaje que utilizan métodos anticonceptivos

| Región, país | Esterilización voluntaria | | Píldora | DIU | Condón masculino | Inyectables* | Métodos vaginales† y ritmo | Todos los métodos |
|---------------------------------|---------------------------|---------|---------|-----|------------------|--------------|----------------------------|-------------------|
| | Hombres | Mujeres | | | | | | |
| Norteamérica | | | | | | | | |
| Estados Unidos | 11 | 28 | 27 | 1 | 20 | 4 | 4 | — |
| Europa | | | | | | | | |
| Francia | ND | ND | 38 | 21 | 5 | ND | ND | 80 |
| Holanda | 9 | 4 | 47 | 3 | 8 | ND | ND | 74 |
| África (debajo del Sahara) | | | | | | | | |
| Kenya | 0 | 6 | 9 | 3 | 1 | 12 | 6 | 39 |
| Asia | | | | | | | | |
| Bangladesh | 1 | 7 | 23 | 1 | 4 | 7 | 5 | 54 |
| India | 2 | 34 | 2 | 2 | 3 | 0 | 3 | 48 |
| Latinoamérica | | | | | | | | |
| Colombia | 1 | 27 | 12 | 12 | 6 | 4 | 7 | 77 |
| Medio Oriente y Norte de África | | | | | | | | |
| Egipto | 0 | 1 | 10 | 36 | 1 | 6 | 1 | 56 |
| Marruecos | 0 | 3 | 38 | 5 | 1 | <1 | 3 | 58 |

ND: Estadísticas no disponibles.

*Incluyen inyecciones como Depo-Provera.

†Incluye en diafragma, capuchón cervical y espermicidas.

Fuentes: Piccinino y Mosher (1998). U.S. Bureau of the Census, International Data Base (2004), www.census.gov/ipd/www/idbprint.html; Zildar *et al.* (2003).

La progestina proporciona un efecto adicional de respaldo. Conserva el moco cervical muy espeso, lo cual dificulta que el esperma penetre, y cambia el recubrimiento del útero de tal manera que, incluso si un óvulo fertilizado llegase, su implantación sería improbable.

Cuando se retiran el estrógeno y la progestina (después del día 21 en la píldora tradicional), el recubrimiento del útero se desintegra y ocurre un sangrado o menstruación por retiro, aunque de manera típica el flujo se reduce debido a que la progestina ha inhibido el desarrollo del endometrio.

Efectividad

Antes de discutir la efectividad de la píldora, necesitan definirse varios términos técnicos que se utilizan para comunicar los datos acerca de la efectividad de los anticonceptivos.

Si 100 mujeres utilizan un método anticonceptivo durante un año, el número de ellas que se embarazarán durante ese primer año se denomina *tasa de fracaso* o *tasa de embarazo*. Es decir, si cinco de cada 100 mujeres

quedan embarazadas durante un año de utilizar el

anticonceptivo A, entonces la tasa de fracaso de A es 5 por ciento. La *efectividad* es 100 menos la tasa de fracaso; por ende, se diría que el anticonceptivo A tiene una efectividad del 95 por ciento. También podemos hablar de dos tipos de tasa de fracaso: *la tasa de fracaso para usuarios perfectos* y *la tasa de fracaso para usuarios típicos*. La tasa de fracaso para usuarios perfectos se refiere a los estudios sobre el mejor uso posible del método —por ejemplo, cuando a un usuario se le ha enseñado bien el método, lo utiliza con consistencia perfecta y así sucesivamente—. La tasa de fracaso para usuarios típicos es simplemente eso: la tasa de fracaso cuando las personas usan en realidad el método, quizá de manera imperfecta cuando olvidan tomar la píldora o no usan un condón en todas las ocasiones. La buena noticia es que si usted es muy responsable acerca de la anticoncepción, puede anticipar una tasa de fracaso cercana a la del usuario perfecto.

El uso de las píldoras combinadas es uno de los métodos más efectivos de control natal. La tasa de fracaso de la usuaria perfecta es de 0.3 por ciento (es decir, el método es, en esencia, 100 por ciento efectivo) y la tasa de fracaso de la usuaria típica es de 8 por ciento (Hatcher *et al.*, 2004). Los fracasos ocurren principalmente como resultado de olvidos en cuanto a

Tasa de fracaso: tasa de embarazo que ocurre utilizando un método anticonceptivo particular; porcentaje de mujeres que quedarán embarazadas después de un año de utilizar el método.

tomar la píldora durante dos o más días. Si una mujer olvida tomar una píldora, debería tomarla en cuanto se acuerde y tomar la siguiente en el tiempo regular; esto no parece aumentar notablemente el riesgo de embarazo. Si olvida tomarla durante dos días, debería consultar a su médico para que le dé instrucciones. Si la olvida durante tres o más días, debería utilizar algún otro método de control natal durante lo que reste de ciclo.

Efectos secundarios

Es posible que usted haya visto informes en los medios de comunicación acerca de los efectos secundarios peligrosos de las píldoras anticonceptivas. Algunos de estos informes no son más que cuentos de terror que tienen poca o ninguna evidencia que los sustente. Sin embargo, existen algunos riesgos bien documentados que se asocian con el uso de la píldora y las mujeres que la utilizan o que están pensando hacerlo deberían estar conscientes de ellos.

Entre los efectos secundarios graves asociados con el uso de la píldora se encuentran aumentos ligeros, pero significativos, de ciertos padecimientos del sistema circulatorio. Uno de ellos son los problemas con coagulación de la sangre (trastornos por tromboembolia). Las mujeres que utilizan la píldora tienen una mayor probabilidad de desarrollar coágulos (trombos) en comparación con las mujeres que no la usan. A menudo, los trombos se forman en las piernas y entonces pueden ir a los pulmones. Suelen ocurrir un accidente cerebral vascular si el coágulo se va al cerebro. Los coágulos llegan a conducir a dolor, hospitalización y (en raros casos) a la muerte. Los síntomas de los trombos son cefaleas graves, dolor intenso en las piernas o el pecho y disnea. La mayoría de los casos de coágulos ocurren en fumadoras mayores de 35 años. En algunas mujeres, la píldora puede causar elevación de la presión arterial; por ende, es importante realizarse chequeos regulares de modo que se pueda detectar este efecto secundario en caso de ocurrir.

En los medios de comunicación han habido muchos informes acerca de que la píldora causa cáncer. Sin embargo, los datos científicos no proporcionan evidencia de que la píldora produzca cáncer cervical, del útero o mamario. La buena noticia es que, de hecho, la píldora protege a las mujeres del cáncer endometrial y del cáncer ovárico (Hatcher *et al.*, 2004). Sin embargo, la píldora puede agravar un cáncer existente, como el cáncer mamario.

En las mujeres que han tomado la píldora por más de cinco años aumenta el riesgo de tumores hepáticos benignos (Hatcher *et al.*, 2004). Estos tumores pueden provocar la muerte por hemorragia si llegan a desgarrarse. Aunque estos problemas son relativamente raros, sí subrayan la importancia de que el médico realice un examen completo antes de recetar píldoras anticonceptivas y de que las mujeres se realicen chequeos regulares mientras las utilicen.

La píldora aumenta la cantidad de flujo vaginal y la susceptibilidad a vaginitis (inflamaciones vaginales como la monilia; véase capítulo 20) debido a que altera el equilibrio químico del revestimiento de la vagina. Las mujeres que toman la píldora tienen una mayor susceptibilidad a la clamidia. En un estudio, las mujeres que utilizaban la píldora tuvieron tasas de 73 por ciento mayor de adquirir clamidia y de 70 por ciento más alta de obtener gonorrea que los grupos de comparación de mujeres que utilizaban esterilización o un DIU (Louv *et al.*, 1989).

La píldora puede provocar un poco de náuseas, aunque esto siempre desaparece después de uno o dos meses de uso. Algunas marcas de píldoras también pueden provocar aumento de peso, al incrementar el apetito o la retención de agua, pero con frecuencia este efecto secundario puede revertirse cambiando a otra marca.

Por último, puede haber ciertos efectos psicológicos. Cerca del 20 por ciento de las mujeres que tomaban la píldora informaron aumento en irritabilidad y depresión, que empeoraron con el tiempo de uso. Es probable que estos efectos secundarios se relacionen con la progesterona en la píldora; cambiar a una marca diferente puede resultar útil. También suele haber cambios en deseo sexual. Algunas mujeres informan un aumento en interés sexual (McCoy y Matyas, 1996), pero otras señalan una disminución del deseo sexual al igual que reducción en la lubricación vaginal (Graham *et al.*, 1995). De nuevo, cambiar de marca puede ser útil.

Debido a los efectos secundarios mencionados antes, las mujeres en los siguientes grupos no debería utilizar la píldora (Hatcher *et al.*, 2004): aquellas con problemas circulatorios o de coagulación sanguínea; aquellas que han tenido un infarto o cardiopatías coronarias; aquellas con tumores hepáticos; mujeres con cáncer mamario; madres en la lactancia (la píldora tiende a secar la provisión de leche y las hormonas pueden transmitirse al bebé a través de la leche) y las mujeres embarazadas. Las mujeres mayores de 35 años con tabaquismo deberían utilizar la píldora con precaución, debido a que el riesgo de infarto es considerablemente más alto en este grupo.

Después de toda esta discusión, ¿qué tan peligrosa es la píldora? La respuesta a esta pregunta depende de quién sea usted y de cuál sea su perspectiva acerca del asunto. Si usted tiene problemas de coagulación, la píldora es peligrosa; si no tiene ninguna de las contraindicaciones listadas antes, entonces es muy segura (Hatcher *et al.*, 2004). También importan el propio punto de vista y el estándar de comparación. Aunque una tasa de mortalidad de 1.6 por cada 100 000 personas suena elevada, es importante considerar que una alternativa a la píldora es el coito sin anticonceptivos, lo cual significa embarazo, que tiene su propio grupo de efectos secundarios y una tasa de mortalidad propia. Por ende, aunque la tasa de mortalidad de la píldora es

Tema central 8.1

Margaret Sanger: Pionera del control natal

Margaret Higgins Sanger (1879-1966) fue una defensora del control de la natalidad en Estados Unidos; para lograr sus metas tuvo que enfrentar a diversos opositores, incluyendo al gobierno de Estados Unidos, y cumplió con una condena en prisión.

Sanger nació en Corning, Nueva York, hija de una mujer tuberculosa que murió joven después de tener 11 hijos. Su padre era un bohemio que luchó por el sufragio femenino. Después de cuidar de su agonizante madre, Margaret estudió la carrera de enfermería y se casó con William Sanger en 1902.

Se interesó en la salud femenina y comenzó a escribir artículos sobre el tema. Posteriormente estos trabajos se publicaron como libros intitolados *What Every Girl Should Know* (1916: Lo que toda chica debería saber) y *What Every Mother Should Know* (1917: Lo que toda madre debería saber).

Es posible que la mayor motivación de Sanger haya provenido de su trabajo como enfermera. Sus pacientes eran mujeres pobres en salas de maternidad en el lado este de Nueva York. Entre estas mujeres, el embarazo era un “padecimiento crónico”. Margaret Sanger presenció cómo estas mujeres, agotadas y envejecidas a los 35 años de edad, recurrían al aborto autoinducido, que en muchos casos resultaba en su muerte. Frustrada ante su incapacidad por ayudarlas, renunció a la enfermería:

Llegué a la repentina conclusión de que mi trabajo como enfermera y mis actividades en el servicio social eran completamente paliativas y, en consecuencia, pueriles e inútiles para aliviar la miseria que veía a mí alrededor.

Margaret determinó que, en lugar de esto, “buscaría la raíz del mal”. Aunque con frecuencia se le acusó de querer disminuir la tasa de nacimientos, más bien su idea era que las familias, ricas y pobres por igual, tuvieran hijos deseados que recibieran todas las ventajas.

Un obstáculo para su trabajo era la Ley Comstock de 1873 (véase el capítulo 22) que clasificaba la información sobre anticoncepción como obscena y establecía que era ilegal enviarla por correo. En 1914, Sanger fundó la National Birth Control League (Liga Nacional de Control Natal), impulsando el movimiento del control de la natalidad en Estados Unidos. A través de su revista, *Woman Rebel*, obedeció lo enunciado por la ley y no proporcionó información sobre anticoncepción, sin embargo se le procesó en nueve tribunales y se le condenó a 45 años de prisión.

Margaret Sanger dejó los Estados Unidos en la víspera del juicio. Viajó por toda Europa y en Holanda visitó las primeras clínicas de control natal que se establecieron en todo el mundo. Después tuvo la idea de abrir tales clínicas en Estados Unidos. Mientras tanto, se habían desechado los cargos en su contra.

de 1.6 por cada 100 000 personas, la tasa de mortalidad para el embarazo y el parto es de 12 por cada 100 000 (Cheng *et al.*, 2003). Y aunque la píldora puede precipitar diabetes, también puede hacerlo el embarazo. Por tanto, en muchos sentidos la píldora no es más peligrosa que la alternativa, el embarazo, y de hecho logra ser más segura. Otros posibles estándares de comparación son los fármacos que comúnmente se toman por razones menos serias. Por ejemplo, la aspirina se utiliza de manera rutinaria para la cefalea. Informes recientes indican que la aspirina tiene efectos secundarios y, por ende, es posible que la píldora anticonceptiva no sea más peligrosa que los medicamentos que tomamos sin preocuparnos mucho.

En pocas palabras, la píldora tiene algunos efectos secundarios potencialmente graves, en particular para individuos en alto riesgo, pero para muchas otras mujeres es un medio extremadamente efectivo de anticoncepción que representa poco o ningún peligro.

Ventajas y desventajas

La píldora tiene varias ventajas. Tiene una efectividad cercana al 100 por ciento si se utiliza de manera apropiada. No interfiere con el coito, como ocurre con algunos otros métodos: el diafragma, el condón y la espuma. No es engorrosa. Algunos de sus efectos secundarios también representan ventajas: reduce la cantidad de flujo menstrual y, por ende, reduce los cólicos. De hecho, en algunas ocasiones se le receta con otros propósitos que no son la anticoncepción, para regular la menstruación y eliminar los cólicos. También es menos frecuente que las usuarias de la píldora sufran de anemia por deficiencia de hierro. La píldora puede reducir la presencia de acné y tiene un efecto protector sobre algunas cosas bastante graves, incluyendo la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y el cáncer ovárico y endometrial (Hatcher *et al.*, 2004).

Por supuesto, los efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas discutidos antes son sus principales desventajas. Otra desventaja es el costo, que se acerca a

Figura 8.1 Margaret Sanger, una pionera del movimiento de control natal, aparece en esta fotografía de 1929. Las autoridades de Boston le prohibieron hablar sobre el control de la natalidad, de modo que, como protesta, se cubrió la boca y escribió en un pizarrón.



Regresó a Estados Unidos y, en 1916, abrió su primera clínica de control natal del país en Brooklyn. La policía cerró el consultorio después de nueve días de operación y Margaret Sanger fue encarcelada durante

30 días. Sin embargo, después de apelar, los tribunales respaldaron su postura y en 1918 se emitió una decisión que permitía que los médicos proporcionaran información anticonceptiva a las mujeres para la “cura y prevención de enfermedades”.

El movimiento del control natal estaba obteniendo seguidores y la primera Conferencia Nacional de Control natal fue realizada en 1921 en Nueva York, con la asistencia de médicos, científicos y seguidores legos. En 1931, el Papa aprobó el ritmo como método válido para los católicos romanos.

Las mujeres también estuvieron a la vanguardia del control natal en Canadá. En Hamilton, Ontario, Mary Elizabeth Hawkins organizó la Hamilton Birth Control Society (Sociedad de Hamilton para el control natal) en 1932. La doctora Elizabeth Bagshaw, una de las pocas mujeres médicas de Hamilton en esa época, trabajó en la clínica durante los siguientes 30 años aproximadamente. Proporcionar información sobre control natal también era ilegal en sentido técnico en Canadá durante ese tiempo, a menos que satisficiera el “bien público” y, de hecho, a una trabajadora social de Ottawa se le acusó (pero se le eximió de los cargos en 1937) debido a sus actividades de planificación familiar.

El papel de Margaret Sanger para lograr que se diera información sobre control natal a las mujeres estadounidenses y para que se legalizara el uso de esa información es incuestionable. Cuando alguna vez Heywood Broun señaló que Margaret Sanger carecía de sentido del humor, ella respondió “Soy la protagonista de las mujeres que no tienen nada de qué reírse”.

Fuentes: Chesler (1992); *Current Biography* (1944); Van Preagh (1982).

los 15 dólares por mes (o tan poco como 2 a 4 dólares por mes a través de las clínicas de planificación familiar) durante el tiempo que se les utilice. También colocan la responsabilidad completa de la anticoncepción en la mujer. Además, tomarlas correctamente es un poco complicado; la mujer debe comprender cuándo debe tomarlas y debe recordar el momento en que debe tomarlas y cuándo debe dejarlas. Este esfuerzo no debería ser demasiado problemático para la estudiante universitaria promedio, pero para las mujeres campesinas analfabetas de un país en desarrollo que piensan que la píldora se lleva alrededor del cuello como amuleto o para las mujeres con deficiencias mentales (que también necesitan anticonceptivos), las píldoras anticonceptivas actuales son demasiado complicadas.

Otra crítica de la píldora es que para una mujer que tiene coito poco frecuente (digamos, una vez por mes o menos), representa una anticoncepción exagerada; es decir, la píldora produce infertilidad todos los días de cada mes. Las mujeres en esta situación podrían con-

siderar un método, como el diafragma, que se utiliza sólo cuando se necesita.

Por último, es importante reconocer que, aunque es un excelente anticonceptivo, la píldora no proporciona ninguna protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

Reversibilidad

Cuando una mujer desea embarazarse, simplemente deja de tomar la píldora después de terminar un ciclo. Algunas mujeres experimentan una breve demora (de dos a tres meses) en embarazarse, pero las tasas de embarazo son aproximadamente las mismas que para las mujeres que nunca han tomado la píldora.

Interacciones con otros medicamentos

Si usted toma píldoras anticonceptivas, está tomando un medicamento que se vende con receta y puede haber interacciones con otros fármacos de receta que usted esté tomando (Hatcher *et al.*, 2004). Por ejemplo,

Figura 8.2 Diferentes tipos de píldoras anticonceptivas.



algunos medicamentos contra la tuberculosis disminuyen la efectividad de la píldora.

La píldora también aumenta el metabolismo de algunos fármacos, haciéndolos más potentes (Hatcher *et al.*, 2004). Los ejemplos incluyen ciertos ansiolíticos, corticoesteroides empleados para

Píldora trifásica: píldora de control natal que contiene un nivel constante de estrógenos y tres fases de progesterona, con el propósito de imitar de manera más estrecha los ciclos hormonales naturales de la mujer.

inflamaciones y teofilina (una sustancia utilizada para el asma y que es un ingrediente, por ejemplo, del Primatene). Por ende, es posible que las mujeres que utilizan la píldora requieran dosis

menores de estos medicamentos.

Algunos fármacos de venta sin receta también pueden interactuar con la píldora. Por ejemplo, la hierba de San Juan puede disminuir sustancialmente la efectividad de la píldora.

Otros tipos de píldoras

Hasta este momento, la discusión se ha centrado principalmente en la *píldora combinada*, llamada de este modo debido a que contiene tanto estrógeno como progesterina. Esta variedad de píldora es la que se utiliza de manera más generalizada, pero existen muchos tipos de píldoras combinadas y varios tipos de píldoras además de éstas.

Las píldoras combinadas varían de una marca comercial a otra en cuanto a las dosis de estrógeno y progesterina. La dosis de estrógeno es importante porque a mayores dosis es más probable que induzca problemas de coagulación. La mayoría de las mujeres tienen buenos resultados con píldoras que no contienen más de 20 a 35 microgramos de estrógeno, como Alesse, Mircette y Desogen. Debido a las preocupaciones sobre los efectos secundarios del estrógeno en la

píldora, las píldoras actuales tienen niveles considerablemente menores de estrógeno que las antiguas; por ejemplo, Ortho-Novum 1/35 tiene un tercio de la cantidad de estrógeno de la primera píldora, Enovid 10. Las marcas con altos niveles de progesterina se relacionan con síntomas como vaginitis y depresión. Por ende, dependiendo de cuáles efectos secundarios se deseen evitar, se puede elegir una marca por sus niveles altos o bajos de estrógeno o progesterona. (Véase Hatcher *et al.*, 2004, p. 428, para una lista de los síntomas relacionados con las dosis de estrógeno y progesterina.)

Las **píldoras trifásicas** (p. ej., Ortho Tri-Cyclen) contienen un nivel constante de estrógeno al igual que la píldora combinada, pero tiene tres fases en los niveles de progesterona. La idea es reducir la exposición total a la hormona, aunque es posible que esto se relacione más con cuestiones de mercadeo que con otra cosa.

También se han desarrollado *píldoras que sólo contienen progesterina* (como Micronor, Nor-Q D y Ovrette). En ocasiones se les llama *minipíldoras*. Estas píldoras contienen solamente una dosis baja de progesterina y nada de estrógeno, y se diseñaron para evitar los efectos secundarios relacionados con el estrógeno de las píldoras convencionales. La mujer toma la primera minipíldora el primer día de su menstruación y una cada día después de esto, a la misma hora todos los días. Los efectos de las píldoras que contienen sólo progesterina en cuanto a la prevención del embarazo incluyen los siguientes: cambios en el moco cervical que impiden el paso del espermatozoide, inhibición de la implantación e inhibición de la ovulación (aunque 40 por ciento de las mujeres que toman la minipíldora ovulan de manera consistente). Las píldoras que sólo contienen progesterina tienen una tasa de fracaso de la usuaria típica que es mayor que la de las píldoras combinadas, aunque gran parte del fracaso ocurre durante los primeros seis meses de uso. Su principal efecto secundario parece ser que produce ciclos menstruales muy irregulares. Es probable que la minipíldora sea más útil para mujeres que no pueden tomar las píldoras combinadas; por ejemplo, mujeres mayores de 35 años que presentan tabaquismo o mujeres con antecedentes de presión arterial elevada o problemas de coagulación.

Las píldoras que sólo contienen progesterina también son útiles para mujeres que están lactando y no pueden utilizar las píldoras combinadas porque éstas reducen la producción de leche. Ningún tipo de píldora debería utilizarse en las primeras seis semanas después del parto mientras que se está lactando, porque pequeñas cantidades de las hormonas pueden llegar al lactante a través de la leche materna. No obstante, después de ese tiempo, las píldoras que sólo contienen progesterina son una buena opción.

El parche

El parche (Ortho Evra) contiene las mismas hormonas que las píldoras anticonceptivas combinadas, pero se

administran de manera transdérmica, es decir, a través de la piel. El parche en sí, que se ha mostrado en muchos comerciales televisivos, es delgado, de color beige y tiene el tamaño aproximado de una curita doble. Consiste de una capa protectora externa de poliéster, una capa adhesiva que contiene las hormonas y un recubrimiento de poliéster que se retira antes de aplicarlo.

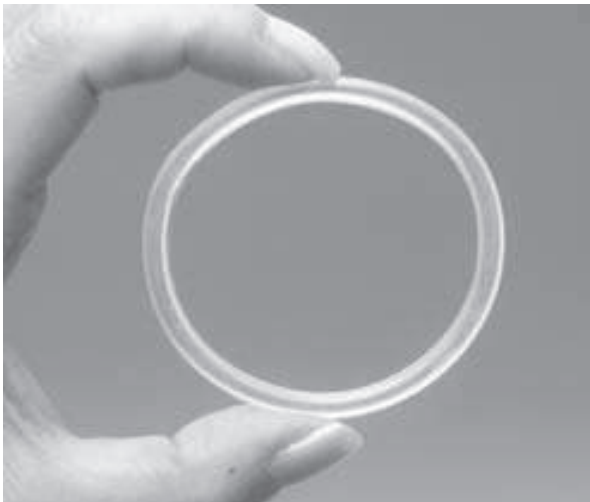
El parche dura siete días, de modo que la mujer se coloca uno nuevo cada semana durante tres semanas y después tiene una semana en la que no se coloca el parche. La primera vez que se utiliza requiere de un par de días para que las hormonas alcancen niveles efectivos en el torrente sanguíneo, de modo que se debería utilizar un método de respaldo, como el condón, durante cierto tiempo. Una ventaja es que las mujeres que utilizan el parche no tienen que recordar que deben tomar la píldora todos los días, sólo que deben reemplazar el parche cada semana. Además, con el parche, las hormonas ingresan al cuerpo a través de la piel en lugar de pasar por el estómago y requerir digestión.

El parche es nuevo, de modo que no tenemos datos amplios sobre él en este momento. Debido a que las hormonas son las mismas que en la píldora, la expectativa es que sus beneficios y efectos secundarios serán bastante similares a los de la píldora (Hatcher *et al.*, 2004). Un estudio a lo largo de 13 meses con usuarias reales indicó que la tasa de fracaso de la usuaria real es menor a 1 por ciento, lo cual lo hace sumamente efectivo, un poco más que la píldora (Audet *et al.*, 2001; Smallwood *et al.*, 2001).

El anillo vaginal

No es lo último en piercing corporal. Más bien, el anillo vaginal (NuvaRing) es un anillo flexible y transparente

Figura 8.3 NuvaRing, el anillo anticonceptivo vaginal.



de plástico lleno de las mismas hormonas que la píldora combinada, pero a dosis un poco menores. El anillo se coloca en la parte más alta de la vagina y permanece allí durante 21 días. Se retira y la mujer no lo utiliza —sí, adivinó usted— durante siete días. Entonces se inserta un nuevo anillo. Este método requiere incluso de menos memoria que el parche.

El anillo también es de reciente introducción, de modo que los datos científicos al respecto son limitados. Debido a que las hormonas incluidas en él son las mismas que las utilizadas en la píldora combinada, los efectos secundarios deberían ser iguales. La investigación muestra que es sumamente eficaz para detener la ovulación (Mulders y Dieben, 2001). Se espera que sea más efectivo inclusive que la píldora porque elimina el problema del olvido. Un estudio con 2 300 mujeres que utilizaron el anillo durante un año encontró que la tasa de embarazo entre usuarias reales es menor a 1 por ciento (21 embarazos), donde la mitad de los embarazos fueron producidos por fallas graves en el uso correcto del método (Dieben *et al.*, 2002).

Anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia está disponible en forma de píldora para situaciones como violación o ruptura de un condón (Hatcher *et al.*, 2004; Trussell *et al.*, 2000; von Hertzen y Van Look, 1996). El tratamiento es más efectivo si se comienza dentro de un lapso de 12 a 24 horas y no puede demorarse más de 120 horas (cinco días). Las píldoras anticonceptivas regulares que contienen levonorgestrel (una progestina) se toman a dosis más altas; por ejemplo, dos dosis de dos tabletas en cada toma de Ovral o dos dosis de cuatro tabletas de Lo/Ovral o Levlen en cada toma con 12 horas de diferencia. Plan-B es un producto creado de manera específica para la anticoncepción de urgencia y contiene la misma hormona importante. Un efecto secundario común es la náusea, pero puede tomarse una medicina para prevenirla.

La anticoncepción de urgencia puede funcionar de varias maneras, dependiendo del momento del ciclo en que se tome. Puede detener la ovulación, inhibir el funcionamiento de los espermatozoides, prevenir la fertilización o inhibir el desarrollo del endometrio nutricional. Su acción es casi siempre la de prevenir el embarazo, no la de causar un aborto.

La anticoncepción de urgencia tiene una efectividad entre el 75 y el 89 por ciento (Hatcher *et al.*, 2004). Sin embargo, estos datos estadísticos subestiman su efectividad real, ya que se refieren a la efectividad durante la parte más fértil del ciclo. Las tasas reales de embarazo se encuentran entre el 0.5 y el 2 por ciento (von Hertzen *et al.*, 2002). Por ende, la anticoncepción de urgencia es sumamente efectiva.

El hecho de que un profesional de salud tenga que recetar la anticoncepción de urgencia es un asunto polémico. En 2004, la FDA rechazó una propuesta para

que Plan-B estuviera disponible como fármaco de libre venta. Se estimó que, si estuviese fácilmente disponible, la anticoncepción de urgencia impediría hasta la mitad de los 3 millones de embarazos no deseados que ocurren cada año en Estados Unidos (Hatcher *et al.*, 2004).

Inyecciones Depo-Provera

La Depo-Provera (DMPA) es una progestina aplicada por inyección. Las inyecciones deben repetirse cada tres meses para obtener la efectividad máxima. Depo-Provera comenzó a utilizarse en Estados Unidos en 1992.

Cómo funciona

Depo-Provera funciona como los otros métodos que sólo emplean progestina, al inhibir la ovulación, engrosar el moco cervical e inhibir el crecimiento del endometrio.

Efectividad

Depo-Provera es sumamente eficaz, con una tasa de fracaso de la usuaria típica del 3 por ciento, lo cual hace que sea más efectivo que la píldora.

Efectos secundarios

No se han encontrado efectos secundarios mortales de Depo-Provera, aunque todavía no se realizan estudios a largo plazo.

Ventajas y desventajas

Depo-Provera tiene muchas ventajas. No interfiere con el coito. Requiere menos dependencia de la memoria que las píldoras anticonceptivas, aunque la mujer debe recordar aplicarse una nueva inyección cada tres meses. Está disponible para mujeres que no pueden utilizar la píldora combinada, como las fumadoras mayores de 35 años y aquellas con problemas de presión arterial.

Una desventaja de Depo-Provera es que la mayoría de las usuarias sufren amenorrea (no presentan menstruación). A veces sólo tienen manchado. Sin embargo, ésta suele ser una ventaja. Puede aliviar la anemia debida a las menstruaciones intensas y Depo-Provera puede utilizarse como tratamiento para la endometriosis.

Reversibilidad

El método es reversible simplemente al no aplicarse otra inyección. Muchas mujeres permanecen infértiles

desde seis hasta 12 meses después de detener el uso de la inyección, pero entonces pueden quedar embarazadas a tasas normales (Lande, 1995).

El DIU

El **dispositivo intrauterino (DIU)** es una pequeña pieza de plástico que tiene diversas formas. También puede contener metal o una hormona. Un médico o una enfermera insertan el DIU en el útero y éste permanece en su sitio hasta que la mujer quiere que se le retire. Del DIU penden uno o dos cordeles plásticos que pasan por el cuello del útero y que permiten que la mujer verifique que el dispositivo está en su lugar adecuado.

La idea básica del DIU ha existido desde hace tiempo. En 1909, Burton Richter informó sobre el uso de un DIU hecho de seda para sutura. En el decenio de 1920, el médico alemán Ernst Grafenberg proporcionó datos sobre 2 000 inserciones de anillos con hilo de seda o de plata. A pesar de su elevada efectividad (98.4 por ciento), su trabajo tuvo una pobre recepción. No fue sino hasta el decenio de 1950, con el desarrollo de los dispositivos de plástico y de acero inoxidable, que el método obtuvo gran popularidad. En la década de los 80, el uso del DIU en Estados Unidos se

Figura 8.4 DIU de la T de cobre (fotografía ampliada).



Dispositivo intrauterino (DIU): dispositivo plástico que en ocasiones contiene metal o una hormona y que se inserta en el útero con propósitos anticonceptivos.

redujo notablemente después de que muchas personas demandaron a varios fabricantes debido a que afirmaban haber sufrido daños por el dispositivo, en especial el DIU conocido como Dalkon Shield, que fue retirado del mercado (Hubacher, 2002). Algunas compañías detuvieron la producción de los DIU y otras se declararon en bancarrota. Como resultado, actualmente sólo existen dos DIU disponibles en Estados Unidos. Ambos tienen forma de T; uno contiene cobre (la T de cobre o Paragard) y el otro contiene progesterona (Mirena LNG-IUS). En la actualidad, 106 millones de mujeres utilizan el DIU en todo el mundo, 40 millones de ellas en la República Popular de China, y los expertos pronostican un resurgimiento del entusiasmo por el dispositivo en Estados Unidos (Hubacher, 2002).

Cómo funciona

El DIU funciona impidiendo la fertilización. Produce cambios en el útero y en las trompas de Falopio y en este ambiente, los espermatozoides que llegan al útero quedan detenidos y no pueden ingresar a la trompa de Falopio (Treiman *et al.*, 1995). También es posible que el óvulo se mueva con mayor rapidez a través de la trompa de Falopio, lo cual reduce la posibilidad de fertilización.

El dispositivo Mirena libera progesterona directamente dentro del útero. Un efecto consiste en reducir el endometrio. Esto produce reducción del flujo menstrual y menor riesgo de anemia, con lo cual se superan dos efectos secundarios indeseables de otros DIU.

Se considera que la pequeña cantidad de cobre incluida en la T de cobre tiene un efecto anticonceptivo adicional. Parece alterar el funcionamiento de las enzimas implicadas en la implantación. La progestina engrosa el moco cervical, altera la ovulación y cambia el endometrio.

Efectividad

El DIU es sumamente efectivo; está en la misma categoría de Depo-Provera y la píldora (y la esterilización) en cuanto a efectividad. La tasa de embarazo con la T de cobre es de 0.7 por ciento para el primer año de uso; después de eso, la tasa de fracaso es incluso menor (Hatcher *et al.*, 2004). La T de cobre es efectiva durante 10 años y Mirena lo es durante cinco años.

La mayoría de los fracasos ocurren durante los primeros tres meses de uso, ya sea porque se expulsó el DIU o por otras razones desconocidas. La expulsión es más probable en mujeres que nunca han estado embarazadas, en mujeres más jóvenes y en mujeres durante la menstruación. La tasa de expulsión es de aproximadamente 1 a 7 por ciento en el primer año (Treiman *et al.*, 1995).

Efectos secundarios

Los efectos secundarios más comunes de la T de cobre son un aumento de los cólicos menstruales, sangrados

irregulares y aumento del flujo menstrual. Estos síntomas ocurren en 10 a 20 por ciento de las mujeres que utilizan este dispositivo y es más probable que sucedan de manera inmediata después de la inserción. En contraste, Mirena reduce el flujo menstrual y cerca del 20 por ciento de las usuarias dejan de sangrar por completo.

No existe evidencia de que el DIU provoque cáncer.

Ventajas y desventajas

Una desventaja del DIU es su costo inicial, que es aproximadamente de 300 dólares para una cliente regular en una clínica de planificación familiar, por el DIU más la inserción. No obstante, incluso a ese precio, el DIU es el medio más económico de anticoncepción durante el largo periodo de uso, ya que se incurre en ese costo sólo una vez y, por ejemplo, la T de cobre tiene una duración de 10 años.

La efectividad del DIU de la T de cobre es su principal ventaja. La tasa de fracaso para la usuaria típica es sólo del 0.7 por ciento, lo cual significa que es más efectivo que las píldoras anticonceptivas combinadas y la inyección Depo-Provera.

Una vez insertado, el DIU es sencillo de usar. La mujer sólo tiene que verificar periódicamente que los cordeles estén en su sitio. Así, tiene una ventaja sobre otros métodos como el diafragma o el condón en cuanto a que no interrumpe de ninguna manera el coito. Tiene una ventaja sobre la píldora en cuanto a que la mujer no tiene que recordar utilizarlo. El DIU es un método que pueden utilizar con seguridad las mujeres después del parto o durante la lactancia.

Por el contrario de lo que piensan algunas personas, el DIU no interfiere con el uso de tampones durante la menstruación ni tiene ningún efecto sobre el coito.

Reversibilidad

Cuando una mujer que está utilizando el DIU desea embarazarse, simplemente solicita que un médico retire el dispositivo. Puede embarazarse de inmediato.

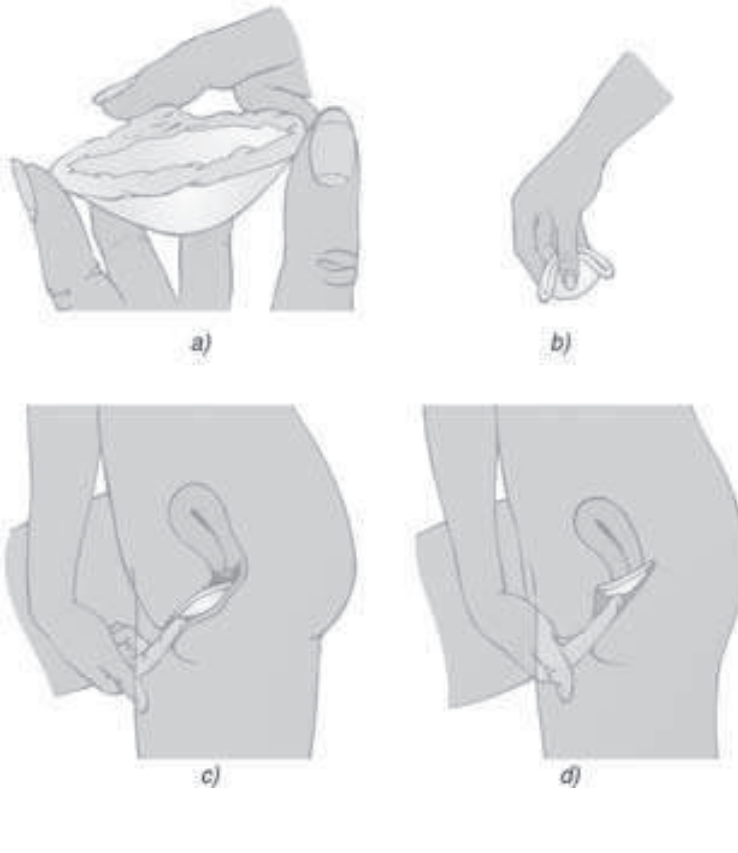
El diafragma y el capuchón cervical

El diafragma

El **diafragma** es una pieza circular, con forma de cúpula, hecha de hule delgado y con un borde de metal flexible cubierto de hule (véase figura 8.5). Se inserta dentro de la vagina y, cuando está en su sitio, ajusta perfectamente sobre el cuello del útero. Para utilizarlo de manera efectiva, debe aplicarse una crema o jalea anticonceptiva (como Delfen) sobre él.

Diafragma: dispositivo anticonceptivo de hule con forma de capuchón que encaja dentro de la vagina de la mujer arriba del cuello uterino.

Figura 8.5 Uso apropiado del diafragma. *a)* Se aplica espermicida (cerca de 1 cucharada en el centro y alrededor del borde). *b)* Se unen los bordes para permitir una fácil inserción. *c)* El diafragma doblado se inserta a través de la vagina. *d)* El diafragma se coloca de manera apropiada, cubriendo el cuello del útero. Para verificar su colocación correcta, toque el cuello del útero para asegurarse de que esté cubierto completamente con el diafragma.



La crema se unta sobre el borde y sobre la superficie interna (la superficie que se coloca contra el cuello del útero). El diafragma puede insertarse hasta seis horas antes del coito; debe dejarse en su lugar durante, cuando menos, seis horas después y puede quedarse en su sitio hasta 24 horas. Se considera que un mayor tiempo de uso aumenta el riesgo del síndrome de shock tóxico (véase capítulo 6).

El uso del diafragma fue el primero de los métodos más efectivos de anticoncepción para las mujeres. Se popularizó en un artículo escrito en 1882 por el investigador alemán Mensinga. En 1925, el esposo de Margaret Sanger fundó la primera compañía estadounidense en fabricarlos y fueron el pilar de la anticoncepción hasta aproximadamente 1960.

Cómo funciona

La principal acción del diafragma en sí es mecánica; bloquea la entrada del útero de modo que los espermatozoides no puedan pasar por él. La crema mata cualquier espermatozoide que pase por la barrera. Cualquier espermatozoide que permanezca en la vagina muere después de cerca de ocho horas (ésta es la razón por la que el diafragma no debería retirarse hasta cuando menos seis horas después del coito).

Efectividad

La tasa de fracaso para la usuaria típica con el diafragma se ha estimado en cerca del 16 por ciento. La mayoría de los fracasos se deben al uso inapropiado: es posible que la mujer no lo utilice todas las veces o que no lo deje el tiempo suficiente o quizá no utilice crema o jalea anticonceptiva. Incluso con el uso perfectamente apropiado, sigue habiendo una tasa de fracaso. Por ejemplo, Masters y Johnson encontraron que la expansión de la vagina durante la excitación sexual (véase capítulo 9) puede provocar que el diafragma se deslice. Para llegar cerca del 100 por ciento de efectividad, el diafragma puede combinarse con un condón en la época de la ovulación o a lo largo del ciclo.

A menudo, las tasas de fracaso para el diafragma y el capuchón cervical se expresan en rangos, por ejemplo, del 17 al 25 por ciento. Esto es así porque las tasas de fracaso para estos métodos dependen en gran medida de las características de fertilidad de la usuaria. Por ejemplo, una mujer menor a 30 años que tiene relaciones sexuales cuatro o más veces por semana tiene el doble de la tasa promedio de fracasos que una mujer mayor de 30 años que tiene relaciones menos de cuatro veces por semana.

Debido a que el ajuste apropiado del diafragma es esencial para su efectividad, es importante que el médico ajuste individualmente el tamaño del diafragma para cada mujer. Se debe reajustar el tamaño después de un parto, un aborto, aumentos o disminuciones extremas de peso o cualquier suceso similar que pudiese alterar la forma y tamaño de la vagina.

Efectos secundarios

El diafragma tiene pocos efectos secundarios. Uno es la posible irritación de la vagina o del pene; esto es causado por la crema o jalea y puede aliviarse cambiando a otra marca comercial. Otro efecto secundario es la rara ocurrencia del síndrome de shock tóxico que se ha informado en mujeres que se dejan colocado el diafragma por más de 24 horas. Por tanto, las usuarias deberían tener cuidado en no dejarse el diafragma por mucho más de las 6 a 8 horas necesarias, en especial durante la menstruación.

Ventajas y desventajas

Algunas personas consideran que el diafragma es indeseable porque debe insertarse antes del coito y, por

ende, arruina la espontaneidad del sexo. Por supuesto, las personas que tienen esta actitud no deberían utilizar el diafragma como medio de control natal, dado que probablemente no lo usarán todas las veces, en cuyo caso no funcionará. Sin embargo, una estudiante nos dijo que ella y su pareja hacían que la preparación e inserción del diafragma fuera una parte ritual de su preámbulo erótico; ¡él inserta el diafragma y ambos se la pasan bien! Las parejas que tienen este tipo de actitud están en mucha mayor probabilidad de utilizar el diafragma de manera efectiva. Lo que es más, el diafragma se puede insertar una o más horas antes de tener relaciones sexuales.

Algunas mujeres sienten desagrado por tocar sus genitales e insertar sus dedos dentro de la vagina. El uso del diafragma no es un buen método para ellas.

El diafragma requiere de cierto uso de la razón y presencia de ánimo de parte de la mujer. Ella debe recordar tenerlo consigo cuando lo necesite y contar con cierta cantidad de crema o jalea. También necesita evitar dejarse llevar tanto por la pasión que lo olvide o decida no usarlo.

Una desventaja es que la crema o jalea pueden derramarse después del coito.

El costo del diafragma es de cerca de 35 dólares más el costo de la visita al médico y el costo de la crema anticonceptiva. Con los cuidados apropiados, un diafragma debería durar cerca de dos años; por lo tanto, no es costoso.

Las principales ventajas del diafragma son que tiene pocos efectos secundarios y, cuando se utiliza apropiadamente, es muy efectivo. Por tal razón, las mujeres que están preocupadas de los efectos secundarios de la píldora deberían considerar seriamente al diafragma como una alternativa. También existe evidencia de una reducción en la tasa de cáncer cervical entre quienes han usado el diafragma a largo plazo. Asimismo, el diafragma proporciona cierta protección contra las enfermedades de transmisión sexual como la clamidia, porque cubre y protege el cuello del útero.

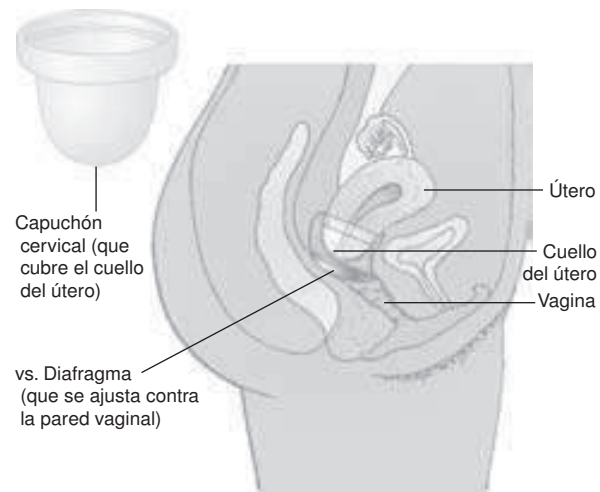
Reversibilidad

Si una mujer desea embarazarse, simplemente deja de utilizar el diafragma. Su uso no tiene ningún efecto sobre las posibilidades posteriores de concepción.

El capuchón cervical

El **capuchón cervical** fue aprobado por la FDA en 1988. Es similar al diafragma pero tiene una forma un tanto diferente, ya que tiene mayor ajuste alrededor del cuello uterino (véase figura 8.6). Como el diafragma, debería utilizarse con una crema espermicida. Una ventaja es que puede dejarse colocado por más tiempo que el diafragma. Puede permanecer en su sitio durante 48 horas, pero los expertos aconsejan que no se deje más tiempo debido a problemas potenciales de

Figura 8.6 El capuchón cervical.



olor y de aumento en el riesgo del síndrome de shock tóxico. Algunas mujeres son alérgicas al látex o a los espermicidas.

El capuchón cervical tiene aproximadamente la misma efectividad que el diafragma; es decir, tiene una tasa de fracaso para la usuaria típica cercana al 16 por ciento. Sin embargo, la tasa varía considerablemente si la mujer es nulípara (nunca ha tenido un bebé) o es para (ha tenido un bebé). La tasa de fracaso es del 16 por ciento para las mujeres nulíparas, pero de un colosal 32 por ciento para las mujeres paras.

El condón masculino

El **condón masculino** (“goma”, “profiláctico” o “preservativo”) es una cubierta delgada que se ajusta sobre el pene. Viene enrollado en un pequeño paquete y debe desenrollarse sobre el pene antes de usarlo. Puede estar hecho de látex (“goma”) o poliuretano o del tejido intestinal de las ovejas (“piel”). El condón de poliuretano (Avanti, Trojan Supra) es una innovación reciente que es útil para las personas con alergia al látex (Walsh *et al.*, 2003).

El extenso uso del condón moderno, tanto para la anticoncepción como para la protección contra enfermedades data aproximadamente de 1843, cuando se desarrolló el hule vulcanizado; sin embargo, el uso de una funda para cubrir el pene

Capuchón cervical: método de control natal que implica un capuchón de hule que encaja perfectamente en el cuello uterino.
Condón masculino: cubierta anticonceptiva que se coloca en el pene.

Figura 8.7 Una variedad de condones masculinos.

se ha conocido durante gran parte de la historia registrada.¹ Casanova (1725-1798) fue uno de los primeros en popularizarlo por su capacidad anticonceptiva al igual que por su valor como protección. Los condones se han vuelto cada vez más populares porque ayudan a proteger contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En Estados Unidos, se venden anual-

mente cerca de 440 millones de ellos (Hatcher *et al.*, 2004).

Para ser eficaz, el condón debe colocarse de manera apropiada. Debe desenrollarse sobre el pene erecto antes de que éste ingrese a la vagina: *no* sólo antes de la eyaculación, dado que desde mucho antes se pueden haber producido algunas gotas de semen que contienen unos cuantos miles de espermatozoides. También, para ser eficaces en la prevención de ETS, deben colocarse antes de que el pene entre en la vagina.

Los condones tienen dos tipos de presentación: aquellos con la punta plana y aquellos con una punta que sobresale, en la que se atrapa el semen. Si se utiliza el condón de punta plana, se debe dejar cerca de ½ pulgada (1.25 cm) en la punta para detener el producto de la eyaculación. Se debe tener cuidado en que el condón no se deslice durante el coito. Después de que el hombre ha eyaculado, debe detener el borde del condón contra la base del pene mientras se retira. Es mejor retirar el pene poco después de la eyaculación, cuando el hombre todavía tiene la erección, a fin de minimizar el riesgo de derrames. Debe utilizarse un nuevo condón en cada acto sexual.

¹ Los condones han sido estímulo para los chistes a lo largo de la historia. La siguiente poesía humorística es un ejemplo de ello:

There was a young man of Cape Horn
Who wished he had never been born
An he wouldn't have been
If his father had seen
That the end of the rubber was torn

N. de T. Una traducción libre del verso sería:

Había un triste joven del Lido
Que desearía no haber nacido
Y así habría pasado
Si el papá no hubiese comprado
Un condón que ya estaba podrido.

Figura 8.8 Colocación correcta del condón. a) se pinza la punta para sacar el aire. b) Entonces se desenrolla el condón sobre el pene erecto.



a)



b)

Los condones pueden ser lubricados o no lubricados. Es posible que se necesite un poco de lubricación para el coito. Las espumas o jaleas anticonceptivas funcionan bien para ese propósito y dan una protección adicional. También es posible utilizar un lubricante estéril como la jalea K-Y.

Cómo funciona

El condón atrapa el semen y con ello previene que ingrese a la vagina. En los condones recubiertos con un espermicida, éste mata los espermatozoides y proporciona doble protección. Sin embargo, no necesariamente se prefieren los condones recubiertos con espermicida. Éstos pueden crear alergias al espermicida en el varón o en su pareja y probablemente la cantidad de espermicida no sea suficiente para ser muy efectivo. Para las parejas que desean mejorar la efectividad del condón, es probable que sea mejor que la mujer utilice una espuma anticonceptiva.

Efectividad

En realidad, los condones son mucho más efectivos como anticonceptivo de lo que piensa la mayoría de

la gente. La tasa de fracaso para el usuario perfecto es aproximadamente del 2 por ciento. La tasa de fracaso para el usuario típico es cercana al 15 por ciento, pero muchos de los fracasos provienen del uso inapropiado o inconsistente. La FDA controla de manera cuidadosa la calidad de los condones y, por ello, son pequeñas las probabilidades de una falla debida a defectos en el condón en sí.

En combinación con una espuma o crema anticonceptiva o un diafragma, el condón tiene una efectividad cercana al 100 por ciento.

Efectos secundarios

El condón no tiene efectos secundarios, excepto que algunos usuarios son alérgicos al látex. Para ellos, existen condones fabricados de poliuretano u otros plásticos.

Ventajas y desventajas

Una desventaja del condón es que debe colocarse justo antes del coito, lo cual hace surgir de nuevo la vieja discusión sobre la espontaneidad. Si la pareja puede hacer que la colocación del condón sea un ritual agradable y

erótico compartido, se puede reducir al mínimo este problema.

Algunos hombres se quejan de que el condón reduce la sensación y, por ello, disminuye su placer en el coito (“es como tomar una ducha con un impermeable puesto”). Ésta puede ser una desventaja importante. Sin embargo, la reducción de la sensación llega a ser una ventaja para algunos; por ejemplo, puede ayudar al eyaculador precoz. Los condones de poliuretano son más delgados y deberían proporcionar mayor sensación.

Los condones tienen varias ventajas. Son el único anticonceptivo disponible actualmente para los hombres, aparte de la esterilización. Son económicos (cerca de 1 a 1.50 dólares por tres), se obtienen fácilmente sin receta en cualquier farmacia y en algunas tiendas de conveniencia y son bastante fáciles de usar, aunque el hombre (o la mujer) deben planear de antemano para tenerlos disponibles cuando se les necesite.

Por último, una de las principales ventajas de los condones es que dan protección contra muchas enfermedades de transmisión sexual (Cates, 2001). En los últimos años, los grupos políticos de extrema derecha han lanzado una campaña para convencer al público de que los condones son totalmente ineficaces en la prevención de las ETS. Sin embargo, los datos científicos contradicen estas afirmaciones. Los condones son una protección sumamente efectiva contra las ETS que se transmiten principalmente a través de las secreciones genitales (semen, secreciones cervicales y vaginales), porque evitan el contacto con las secreciones de la otra persona. Las ETS en esta categoría incluyen clamidia, gonorrea, tricomoniasis, hepatitis B y VIH (Hatcher *et al.*, 2004). Los condones también proporcionan cierta protección, aunque no perfecta, contra las ETS que se transmiten principalmente por contacto con la piel, como herpes, sífilis y el virus del papiloma humano. Por supuesto, no protegen contra estas enfermedades si el área que produce el microorganismo no está cubierta por el condón; por ejemplo, si las vesículas de herpes están en el escroto. Los condones de látex y poliuretano son los más efectivos; los condones hechos con pieles animales son mucho menos efectivos porque tienen poros más grandes que permiten el paso de algunos virus, como el VIH. Para un análisis más completo, véase el capítulo 20.

Reversibilidad

El método es fácil y totalmente reversible. El hombre simplemente deja de usar condones si desea fecundar.

Innovaciones

Con la popularidad cada vez mayor de los condones en el decenio de 1990, ocurrieron varias innovaciones. La nueva marca Mentor tiene una superficie interna adhesiva, con la idea de reducir el riesgo de deslizamientos

y derrame. La comercialización de condones también ha cambiado de manera espectacular. En la actualidad, los esfuerzos de promoción se dirigen cada vez más a las mujeres y existe una nueva apertura a la comercialización y venta. En las secciones dirigidas a la salud femenina en las farmacias se pueden encontrar marcas como Lady Trojan empaquetadas en atractivas envolturas de colores pastel. La revista *Consumer Reports* (junio de 1999) revisó la amplia variedad de marcas disponibles en la actualidad.

El condón femenino

El condón femenino apareció en 1994. Está fabricado de poliuretano y se asemeja a un globo transparente (figura 8.9). Tiene dos anillos, uno en cada extremo.

Figura 8.9 El condón femenino. Un anillo se ajusta sobre el cuello del útero y el otro se coloca en la parte exterior del cuerpo, sobre la vulva, de modo que el condón cubre la vagina y parte de la vulva.



Uno de los anillos se inserta en la vagina de manera muy similar a un diafragma, mientras que el otro se extiende sobre la entrada de la vagina. La parte interna está prelubricada y se puede aplicar mayor lubricación si así se desea. Para utilizarlo, debe dirigirse el pene dentro del condón femenino para que no se deslice entre el condón y la pared vaginal. El condón debe retirarse inmediatamente después del coito, antes de que la mujer se ponga de pie. El anillo externo se cierra y tuerce para mantener dentro el semen. En cada acto sexual debe utilizarse un nuevo condón femenino.

Cómo funciona

El condón femenino funciona impidiendo que el espermatozoide entre a la vagina y bloqueando la entrada al útero.

Efectividad

El condón femenino es nuevo, de modo que tenemos menos datos de su efectividad en comparación con otros métodos. Los datos que tenemos no parecen impresionantes. La tasa de fracaso para la usuaria típica es de 21 por ciento (Hatcher *et al.*, 2004), lo cual es inaceptablemente alto para muchas mujeres. La tasa de fracaso para la usuaria perfecta es de 5 por ciento.

Efectos secundarios

El condón femenino tiene pocos o ningunos efectos secundarios. Unas cuantas mujeres experimentan irritación vaginal y unos cuantos hombres presentan irritación del pene como resultado de su uso.

Ventajas y desventajas

El condón femenino se fabrica de poliuretano, no del látex que se utiliza para la mayoría de los condones masculinos. El poliuretano es menos susceptible a desgarres y no se deteriora con la exposición a sustancias con base de aceite de la manera que ocurre con el látex. No crea las reacciones alérgicas que tienen algunas personas al látex.

Una de las principales ventajas es que el condón femenino es un método que puede utilizar la mujer para reducir su riesgo de adquirir una ETS. El poliuretano es impermeable al VIH y a los virus y bacterias que causan otras ETS.

Con respecto a las desventajas, de nuevo se presenta el problema de la espontaneidad. El condón femenino, cuando menos en su forma actual (la esperanza es que mejorará en el futuro) es incómodo y cruje cuando se le utiliza. En comparación, hace parecer sofisticado y discreto al condón masculino. También, es el menos efectivo de los métodos discutidos hasta este momento en el capítulo.

Otra desventaja es su costo, cerca de 5 dólares por condón, que es considerablemente mayor que el costo de los condones masculinos.

Reversibilidad

El método es fácil y totalmente reversible. La mujer simplemente deja de usar el condón.

Espermicidas

Los anticonceptivos en espuma (Delfen, Emko), crema y gel se clasifican como **espermicidas**,

es decir, que matan espermatozoides. Su presentación es en un tubo o lata, junto con un aplicador de plástico. Se llena el aplicador y se inserta dentro de la vagina; por medio de un émbolo se vacía el contenido del aplicador en la vagina, cerca del cuello uterino. De este modo, el espermicida se inserta de manera muy parecida a un tampón. Debe dejarse de seis a ocho horas después del coito. Una aplicación da protección únicamente para un acto sexual.

Los espermicidas no deben confundirse con los diversos productos para la higiene femenina (desodorantes vaginales) que existen en el mercado. Estos últimos no son efectivos como anticonceptivos.

Cómo funcionan

Los espermicidas consisten de una sustancia química espermicida con base inerte y funcionan de dos maneras: química y mecánica. Las sustancias químicas eliminan a los espermatozoides mientras que la base inerte en sí bloquea de manera mecánica la entrada al cuello del útero, de modo que los espermatozoides no pueden nadar para entrar en él.

Efectividad

Las tasas de fracaso para los espermicidas pueden llegar hasta el 25 por ciento (Raymond *et al.*, 2004). Dicho en términos sencillos, no son muy eficaces. Las espumas tienden a ser más efectivas que las cremas y jaleas. También existen tabletas y supositorios espermicidas, pero son los menos efectivos. Los espermicidas son sumamente efectivos únicamente cuando se les utiliza con un diafragma o un condón.

Efectos secundarios

Algunas personas tienen reacciones alérgicas —irritación de la vagina o el pene— a los espermicidas. Debido a que no pudimos encontrar estudios científicos sobre la incidencia de estas alergias, tomamos una encuesta de nuestras clases de sexualidad. Encontramos que, de los estudiantes que utilizaron espermicidas, cerca del 2 por ciento de los hombres informaron una reacción alérgica, al igual que 26 por ciento de las mujeres.

Espermicida: sustancia que mata a los espermatozoides.

Figura 8.10 Todas las espumas, cremas y jaleas anticonceptivas son espermicidas.



Ventajas y desventajas

La principal ventaja de los espermicidas es que están fácilmente disponibles, sin receta, en cualquier farmacia. Por tanto, se les puede utilizar como un recurso provisional hasta que la mujer pueda acudir a un médico y obtener un anticonceptivo más efectivo.

Ducha vaginal: lavar el interior de la vagina con un líquido.

No obstante, su tasa de fracaso es tan elevada que no podemos recomendar su uso como medida única; siempre combínelos con un segundo método como el condón.

Los espermicidas no proporcionan protección contra ETS bacterianas como la clamidia y la gonorrea. Tampoco protegen contra el VIH y existe cierta evidencia de que su uso frecuente aumenta la susceptibilidad al VIH (Hatcher *et al.*, 2004).

Su principal desventaja es que, por sí solos, no son muy efectivos. También interrumpen la espontaneidad del sexo, aunque sólo de manera muy breve. Algunas mujeres sienten desagrado hacia la sensación de que el espermicida se derrame después del coito y algunas sufren irritación por las sustancias químicas. Por

último, algunas personas consideran que su sabor es muy desagradable, por lo que su uso interfiere con el sexo oral.

Duchas vaginales

Algunas personas creen de manera errónea que las **duchas vaginales** (lavar la vagina con un líquido), con una de varias soluciones, es una técnica anticonceptiva efectiva. Un rumor popular entre adolescentes es que las duchas con Coca-Cola después del coito prevendrán el embarazo. Por desgracia, si bien es cierto que las soluciones ácidas matan a los espermatozoides, se requiere sólo de unos cuantos segundos para que alguno de los espermatozoides llegue al moco cervical y, una vez allí, está en libertad de seguir su curso hacia el útero y ninguna solución para duchas vaginales lo alcanzará. La mujer tendría que ser una campeona de velocidad para levantarse y ducharse con la suficiente rapidez, e incluso es posible que la

ducha misma empuje algunos espermatozoides hacia el útero. Por ende, las duchas vaginales no son efectivas como método anticonceptivo.

Método por retiro

El **método por retiro** (coito interrumpido, “sacarlo”) es probablemente la forma más antigua de control natal (incluso en Génesis 38:8-9 se encuentra una referencia a él en la historia de Onán; de aquí que en ocasiones se le conozca como *onanismo*, aunque este término a veces se utiliza también como sinónimo de masturbación). El método por retiro todavía se utiliza ampliamente en todo el mundo. El hombre retira el pene de la vagina de su pareja antes de tener un orgasmo y, por tanto, eyacula fuera de la vagina. Para ser efectivo como método de anticoncepción, la eyaculación debe ocurrir completamente lejos de la vulva de la mujer.

Efectividad

El método por retiro no es muy efectivo como medio de control natal. La tasa de fracaso es cercana al 27 por ciento. Los fracasos ocurren por diversas razones: las pocas gotas de líquido que salen del pene durante la excitación pueden contener suficientes espermatozoides como para que ocurra la concepción; si la eyaculación ocurre fuera de la vagina, pero cerca de la vulva, los espermatozoides tienen todavía posibilidad de entrar en la vagina y continuar hasta el útero; y a veces el hombre simplemente no se retira a tiempo.

Efectos secundarios

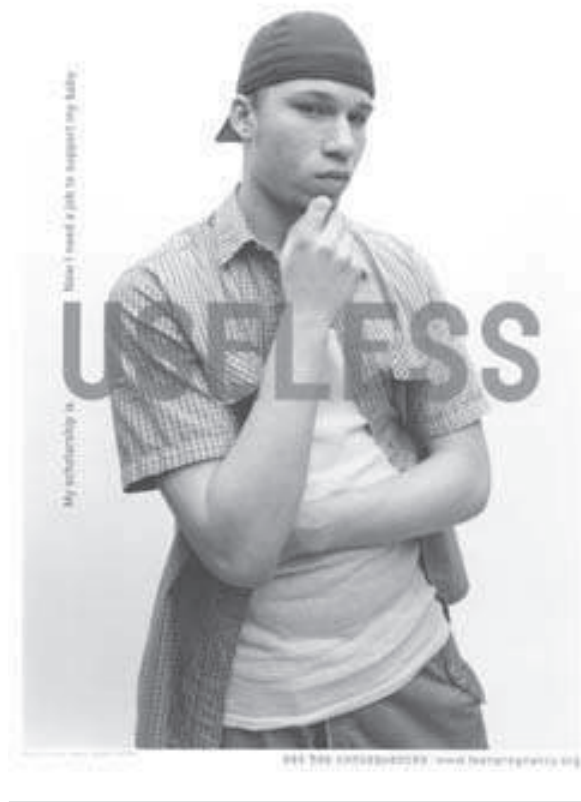
El método por retiro no produce directamente efectos secundarios al nivel físico. Sin embargo, utilizado durante largos periodos puede contribuir a disfunciones sexuales en el varón, como eyaculación precoz, y también a disfunciones sexuales en la mujer.

Ventajas y desventajas

La principal ventaja del método por retiro es que es el único método de último minuto; se puede utilizar cuando no existe otra alternativa disponible, aunque si la situación es tan desesperada, se podría considerar la abstinencia o alguna otra forma de expresión sexual como el sexo oral-genital. Es obvio que el método por retiro no requiere receta médica y es totalmente gratuito.

Una de las desventajas principales es que no es muy efectivo. Además, requiere de gran motivación de parte del varón y puede resultar estresante para él, ya que debe mantener constantemente una especie de control autoconsciente. Es posible que la mujer se preocupe de si el varón se retirará a tiempo y, con toda

Figura 8.11 La responsabilidad del hombre es una cuestión clave en el control de la natalidad.



certeza, la situación no es ideal para que ella tenga un orgasmo.

Métodos de conciencia de la fertilidad (ritmo)

Los **métodos de conciencia de la fertilidad (ritmo)** son la única forma de control “natural” de la natalidad y, por ende, son los únicos métodos oficialmente aprobados por la Iglesia Católica Romana. Requieren de abstinencia del coito durante el periodo fértil de la mujer (alrededor de la ovulación). Existen varios métodos de ritmo, en cada uno de los cuales el periodo fértil de la mujer se determina de una manera diferente (Kambic, 1999).

Método por retiro: método de control natal en que el hombre retira el pene de la vagina de su pareja antes de eyacular.

Método del ritmo (conciencia de la fertilidad): un método de control natal que implica abstenerse del coito en la época de ovulación de la mujer.

Método del calendario

El **método del calendario** es el método básico de ritmo. Se basa en la suposición de que la ovulación ocurre aproximadamente 14 días antes del inicio de la menstruación. Funciona mejor para las mujeres que tienen un ciclo perfectamente regular de 28 días. La mujer debería ovular el día 14 y casi con toda seguridad en uno de los días del 13 al 15. Se suman tres días antes de ese periodo (el esperma depositado con anterioridad puede dar por resultado la concepción) y se suman dos días después de ello (para tomar en cuenta los óvulos de larga permanencia); de este modo, la pareja debe abstenerse del coito desde el día 10 hasta el día 17. Por ende, incluso para la mujer que tiene ciclos perfectamente regulares, se requieren ocho días de abstinencia a la mitad de cada ciclo. La

Método del calendario: tipo de método de ritmo para el control natal en el que la mujer determina el momento de la ovulación mediante llevar registro en el calendario de la longitud de sus ciclos menstruales.
Método de temperatura corporal basal (TCB): tipo de método de ritmo para el control natal en el que la mujer determina el momento de la ovulación mediante llevar registro de su temperatura.

investigación demuestra que los espermatozoides pueden vivir hasta cinco días dentro del tracto reproductivo de la mujer y los óvulos viven menos de un día (Wilcox *et al.*, 1995).

La mujer que no es perfectamente regular debe llevar registro de sus ciclos durante cuando menos seis meses y, de preferencia, durante un año. A

partir de este registro, determina las longitudes de su ciclo más corto y de su ciclo más largo. De este modo, el periodo preovulatorio seguro se calcula restando 18 al número de días en ciclo más corto y el periodo postovulatorio seguro se calcula restando 11 del número de días en el ciclo más largo (véase cuadro 8.2). Así, para una mujer que tiene ciclos un tanto regulares —es decir, con ciclos que varían de 26 a 33 días en dura-

ción— se requeriría un periodo de abstinencia desde el día 8 hasta el día 22 (un total de 15 días).

Método de los días estándar

El método de los días estándar (MDE) es una variación del método del calendario que se diseñó para hacerlo más sencillo (Hatcher *et al.*, 2004). Los defensores de este método dicen que 80 por ciento de las mujeres tienen ciclos con duraciones entre 26 y 32 días. Para estas mujeres, es muy probable que el periodo fértil se encuentre entre los días 8 y 19. Por ende, si una mujer sabe que es regular y que la duración de su ciclo se encuentra entre 26 y 32 días, todo lo que necesita hacer es llevar un registro del día del ciclo y abstenerse del coito desde el día 8 hasta el día 19. Por supuesto, abstenerse durante 12 días de cada mes no constituye una perspectiva tentadora para muchas mujeres.

Método de la temperatura corporal basal

Un método un poco más preciso para determinar la ovulación es el **método de la temperatura corporal basal (TCB)**. El principio que subyace a este sistema se analizó en los capítulos 6 y 7. La mujer se toma la temperatura todos los días inmediatamente después de despertarse. Durante la fase preovulatoria, su temperatura estará a un nivel constante e idealmente bajo. El día en que comienza la ovulación, la temperatura desciende con rapidez (aunque esto no siempre ocurre) y el día después de la ovulación, la temperatura sube de manera abrupta, permaneciendo en un nivel alto durante el resto del ciclo. El coito sería seguro comenzando más o menos tres días después de la ovulación. Antes hemos señalado algunas de las tensiones psicológicas implicadas en el uso de este método. Como

Cuadro 8.2 Determinación del periodo fértil utilizando el método del calendario*

| Ciclo más corto (días) | El periodo fértil comienza | Ciclo más largo (días) | El periodo fértil termina |
|------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|
| 22 | 4 | 23 | 12 |
| 23 | 5 | 24 | 13 |
| 24 | 6 | 25 | 14 |
| 25 | 7 | 26 | 15 |
| 26 | 8 | 27 | 16 |
| 27 | 9 | 28 | 17 |
| 28 | 10 | 29 | 18 |
| 29 | 11 | 30 | 19 |
| 30 | 12 | 31 | 20 |
| 31 | 13 | 32 | 21 |
| 32 | 14 | 33 | 22 |
| | | 34 | 23 |
| | | 35 | 24 |

Ejemplo; si los ciclos de una mujer tienen una longitud variable de 26 a 33 días, es posible que sea fértil en cualquier momento entre los días 8 y 22 del ciclo; de modo que para evitar el embarazo, debe abstenerse del coito desde el día 8 hasta el día 22.

*Véase texto de "Método del calendario" para una explicación adicional.

forma de anticoncepción, el método TCB tiene una desventaja importante en cuanto a que la determinación de los días seguros ocurre únicamente *después* de la ovulación; en teoría, según este método, no existen días seguros antes de ovular. Así, es mejor utilizar el método TCB en combinación con el método del calendario o con el método del moco cervical, el cual determina el periodo preovulatorio seguro; el método TCB determina el periodo postovulatorio seguro.

Método del moco cervical (ovulación)

Otro método de ritmo se basa en las variaciones a lo largo del ciclo en el moco que se produce en el cuello del útero. Este **método del moco cervical** funciona de la siguiente manera.

En términos generales hay unos cuantos días después de la menstruación durante los cuales no se produce moco y se presenta una sensación general de sequedad vaginal; éste es un periodo relativamente seguro. Posteriormente hay varios días de secreción de moco en el periodo cercano a la mitad del ciclo. En los primeros días el moco es blanco o turbio y pegajoso. La cantidad aumenta y el moco se va volviendo más transparente, hasta que hay uno o dos *días pico* cuando el moco se asemeja mucho a la clara de huevo: transparente, líquido y filamentosos. También hay una sensación de lubricación vaginal. La ovulación ocurre en un periodo de 24 horas después del último día pico. Se requiere de abstinencia desde el primer día de secreción del moco hasta cuatro días después de los días pico. Después de eso el moco, si está presente, es turbio o blanco y el coito es seguro.

Método sintotérmico

El **método sintotérmico** combina dos métodos de ritmo para producir una mayor efectividad. La mujer registra los cambios en el moco cervical (sintomático) al igual que su temperatura corporal basal (térmico). La combinación de los dos debería proporcionar una determinación más precisa del momento de la ovulación.

Pruebas caseras de ovulación

Recientemente se han desarrollado pruebas caseras para la detección de la ovulación. La mayoría de tales pruebas se han diseñado para que las utilicen aquellas parejas que desean concebir; sin embargo, en la actualidad existen unas cuantas pruebas disponibles con propósitos anticonceptivos (Hatcher *et al.*, 2004). Un tipo (PG53, PC 2000 y Maybe Baby) implican minimicroscopios para examinar la saliva y el moco cervical. Otras incluyen computadoras para temperatura que funcionan con el método TCB. Las computadoras hormonales (p. ej., Persona) evalúan los niveles hormonales en la orina. El costo va de 50 a 500 dólares. La efectividad de estas pruebas aún no se ha investigado de manera suficiente como para recomendar su confiabilidad.

Efectividad

La efectividad del método del ritmo varía considerablemente dependiendo de varios factores, pero en términos básicos no es muy efectivo con las usuarias típicas (lo cual ha dado lugar a su apodo de "Ruleta Vaticana" y a varios chistes del tipo de "¿Cómo se le llama a la gente que usa el ritmo?" Respuesta: "Padres"). Aunque la tasa de fracaso de la usuaria típica es cercana a 25 por ciento para todos los métodos, las tasas de fracaso para las usuarias ideales varían considerablemente. Son del 5 por ciento para el método del calendario, 2 por ciento para la TCB, 2 por ciento para el método sintotérmico y 3 por ciento para el método del moco cervical (Hatcher *et al.*, 2004).

Tiende a haber menos fallas cuando el ciclo de la mujer es muy regular y cuando la pareja está sumamente motivada y ha recibido buena instrucción en cuanto a los métodos. La efectividad del método de ritmo también depende en parte del propósito que se tenga para usarlo: si se usa para impedir totalmente el embarazo o para espaciar los embarazos. Si la meta es la prevención absoluta del embarazo (por ejemplo, como sería probablemente en el caso de una adolescente soltera), el método simplemente no tiene la suficiente efectividad. Pero si la pareja desea espaciar los embarazos un tiempo mayor que el que tendrían naturalmente, es probable que el método sirva para ello. Saber cuándo ocurren los periodos fértiles de la mujer también puede mejorar la efectividad de otros métodos anticonceptivos. La combinación del método sintotérmico con el uso del condón o diafragma durante los días fértiles puede conducir a obtener efectividad sin necesidad de la abstinencia.

Ventajas y desventajas

Para muchos usuarios del método de ritmo, su principal ventaja es que la Iglesia Católica Romana lo considera como un método aceptable de control natal.

El método no tiene efectos secundarios excepto el posible estrés psicológico y es económico. Es fácilmente reversible. También ayuda a la mujer a adquirir mayor conciencia sobre el funcionamiento de su cuerpo. El método requiere la cooperación de ambos miembros de la pareja, lo cual se puede considerar como ventaja o como desventaja.

Sus principales desventajas son la elevada tasa de fracaso y el estrés psicológico que puede causar. Son necesarios periodos de abstinencia de cuando menos ocho días, y hasta de dos o tres semanas, lo cual es un requisito inaceptable para muchas parejas. De hecho, el método de ritmo sería más apropiado para las personas que no gustan gran cosa del sexo.

Método del moco cervical: tipo de método de ritmo para el control natal en el que la mujer determina el momento de la ovulación mediante verificar su moco cervical.
Método sintotérmico: tipo de método de ritmo para el control natal que combina el método de la temperatura corporal basal y el método del moco cervical.

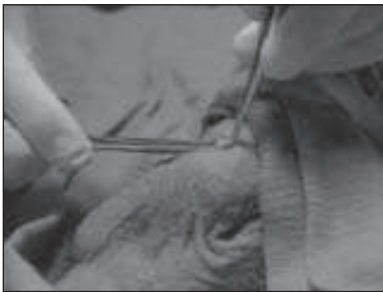
Se requiere de cierta cantidad de tiempo, generalmente varios meses, para obtener los datos necesarios para hacer que el método funcione. Así, simplemente no es posible comenzar a utilizarlo de manera espontánea.

Esterilización

La **esterilización**, o anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), es un procedimiento quirúrgico a través

Esterilización: procedimiento quirúrgico a través del cual un individuo se vuelve estéril; es decir, incapaz de reproducirse.

Vasectomía: procedimiento quirúrgico para la esterilización masculina que implica la sección de los conductos deferentes.



El video "Vasectomy" del capítulo 8 de su CD demuestra cómo se lleva a cabo este procedimiento.

del cual un individuo se vuelve permanentemente estéril, es decir, incapaz de reproducirse. La esterilización es un tema muy cargado de emociones por una variedad de motivos. Hace venir a la mente imágenes sobre programas gubernamentales de esterilización *involuntaria* en los que se esteriliza a grupos de personas —posiblemente aquellas con trastornos mentales, delinquentes o miembros de algunos grupos minoritarios— para que no se puedan reproducir. (La siguiente discusión trata únicamente sobre la esterilización voluntaria que se utiliza como método anticonceptivo para aquellos que no desean tener más hijos o que no quieren tener hijos en absoluto.) Algunas personas confunden la esterilización con la castración, aunque ambas son muy

diferentes. También es un tema emocional porque la esterilización implica el final de la propia capacidad reproductiva, que es muy básica para los roles y la identidad de género. La capacidad de fecundar o la capacidad para engendrar un hijo son muy importantes en las definiciones culturales de la hombría y la feminidad. Esperamos que a medida que los roles de género se vuelvan más flexibles en nuestra sociedad y nuestra preocupación con la reproducción se reemplaza con una preocupación por limitar el tamaño de la población, la palabra *esterilización* ya no implique tales visos emocionales.

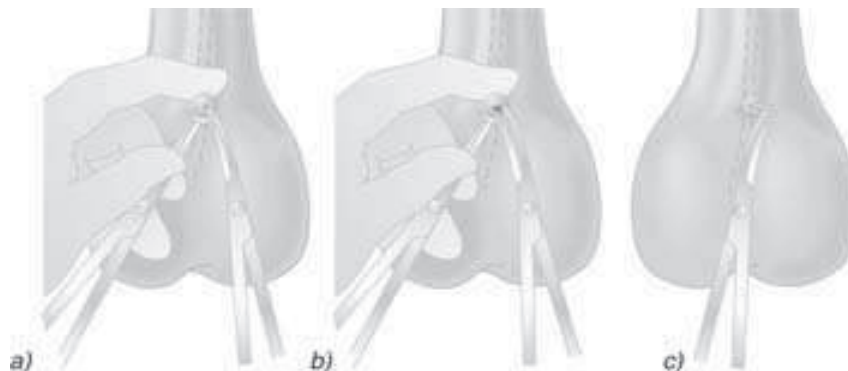
La mayoría de los médicos son conservadores en cuanto a llevar a cabo esterilizaciones; desean asegurarse de que el o la paciente ha tomado una firme decisión por sí mismo y que no se arrepentirá meses después y deseará que se revierta el procedimiento. El médico tiene la obligación de seguir el principio del "consentimiento informado". Esto significa explicar los procedimientos implicados, hablarle al paciente sobre los posibles riesgos y ventajas, analizar métodos alternativos y responder a cualquier pregunta que pueda tener el paciente.

A pesar de este conservadurismo, la esterilización tanto masculina como femenina se ha vuelto cada vez más popular como método de control de la natalidad. La esterilización es el método más común de control natal en Estados Unidos en la actualidad y lo utiliza el 39 por ciento de las parejas en edad fértil que no desean concebir (Hatcher *et al.*, 2004).

Esterilización masculina

La operación de esterilización masculina se llama **vasectomía**, llamada de este modo por los vasos o conductos deferentes, que se atan o cortan. Se puede realizar en el consultorio del médico utilizando anestesia local y requiere sólo de cerca de 20 minutos. En el pro-

Figura 8.12 Vasectomía sin bisturí. a) Se toma el conducto (línea punteada) con unas pinzas especiales de anillo y se sujeta el escroto con pinzas de punta afilada. b) Las pinzas ensanchan ligeramente la apertura y c) se extrae el conducto y se ata. Después se extrae el otro conducto a través del mismo orificio pequeño y se repite el procedimiento.



cedimiento tradicional, el médico hace una pequeña incisión en el lado de la parte superior del escroto. Entonces se separa el conducto de sus tejidos circundantes, se ata y se corta. Después se repite el procedimiento en el otro lado y se cosen las incisiones. Durante uno o dos días, el hombre tiene que abstenerse de actividades intensas y debe tener cuidado en no abrirse la incisión. En la actualidad se ha desarrollado un procedimiento llamado vasectomía sin bisturí (Hatcher *et al.*, 2004). Implica realizar simplemente un pequeño orificio en el escroto y tiene una tasa menor de complicaciones que la vasectomía estándar (véase figura 8.12).

De manera típica, el hombre puede reiniciar sus actividades sexuales en pocos días. Sin embargo, no debe suponerse que ya es estéril. Es posible que haya unos pocos espermatozoides que todavía se encuentran en sus conductos más allá del punto de la incisión. En general, todos los espermatozoides han salido después de 20 eyaculaciones, pero su ausencia debería confirmarse con un análisis de semen. Hasta realizar tal confirmación, debería emplearse un método adicional de control natal.

Abundan los conceptos erróneos sobre la vasectomía. De hecho, una vasectomía no crea cambios físicos que interfieran con la erección. Tampoco interfiere de ningún modo con la producción de hormonas; los testículos continúan fabricando testosterona y segregándola al torrente sanguíneo. Asimismo, no interfiere con el proceso o sensación de eyaculación. Como se indicó antes, casi todo el líquido de la eyaculación se produce en las vesículas seminales y en la próstata y la incisión se hace mucho antes que ese punto en el sistema de conductos. De este modo, el producto de la eyaculación es completamente normal, excepto que no contiene espermatozoides.

Cómo funciona

La vasectomía imposibilita que los espermatozoides pasen más allá del corte en el conducto. Así, la vasectomía impide que los espermatozoides estén dentro del producto de la eyaculación.

Efectividad

La vasectomía es esencialmente 100 por ciento efectiva; tiene una tasa de fracaso del 0.1 por ciento. Los fracasos ocurren porque todavía hay unos cuantos espermatozoides presentes durante las primeras eyaculaciones posteriores a la cirugía, porque el médico no cortó por completo el conducto o porque los extremos del conducto se han vuelto a unir.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios físicos de la vasectomía son mínimos. En cerca del 5 por ciento de los casos hay una complicación menor de la cirugía, como infección del conducto (Hatcher *et al.*, 2004).

Es posible que surjan algunos problemas con base psicológica. Por esta razón la actitud del hombre hacia

la vasectomía es de suma importancia. Cerca del 5 por ciento se arrepienten de habérsela realizado (Hatcher *et al.*, 2004).

Reversibilidad

Se han hecho bastantes esfuerzos para desarrollar técnicas con las cuales se puedan revertir las vasectomías (el procedimiento quirúrgico para revertirlas se denomina vasovasostomía) y para desarrollar técnicas de vasectomía que sean más reversibles. En la actualidad, con las sofisticadas técnicas de microcirugía, las tasas de embarazo posteriores a la reversión son cercanas al 50 por ciento (Hatcher *et al.*, 2004). Sin embargo, al tomar una decisión sobre si ha de realizarse una vasectomía, el hombre debería suponer que es irreversible.

Después de una vasectomía, algunos hombres comienzan a formar anticuerpos para sus propios espermatozoides. Debido a que estos anticuerpos destruyen el esperma, podrían contribuir aún más a la naturaleza irreversible de la vasectomía.

Ventajas y desventajas

Las principales ventajas de la vasectomía son su efectividad y sus riesgos mínimos para la salud. Una vez que se ha realizado, no requiere de mayor consideración o planificación por parte del varón. Como método permanente y a largo plazo para la anticoncepción, resulta muy económico. La operación en sí es sencilla —más que los procedimientos de esterilización femenina— y no requiere hospitalización ni ausencia del trabajo. Por último, es uno de los pocos métodos que permiten que el hombre asuma la responsabilidad de la anticoncepción.

La permanencia de la vasectomía puede considerarse como ventaja o como desventaja. Si se desea una anticoncepción permanente, con toda seguridad el método es mucho mejor que algo como las píldoras anticonceptivas, que deben emplearse de manera repetida. Pero si la pareja cambia de opinión y desea tener un hijo, la permanencia es una notable desventaja. Algunos hombres envían varias muestras de su esperma a un banco de esperma congelado de modo que se pueda realizar una inseminación artificial si deciden tener un hijo después de la vasectomía.

Otra desventaja de la vasectomía son los diversos problemas psicológicos que podrían ser consecuencia de la operación si el hombre considera que la esterilización es una amenaza para su masculinidad o virilidad. Sin embargo, los estudios a largo plazo sobre hombres que se han hecho la vasectomía no presentan evidencia de tales problemas psicológicos (Population Information Program, 1983). En los estudios realizados en todo el mundo, la mayoría de los hombres vasectomizados dicen que no se han arrepentido de realizarse la esterilización, que la recomendarían a otros y que no ha habido cambio, sino más bien mejoría, en su felicidad y satisfacción sexual en el matrimonio. Menos del 5 por ciento de los hombres vasectomizados informan

problemas psicológicos como una reducción en la libido o depresión. Esta tasa no es más alta que en las muestras control de hombres sin vasectomía.

Por último, si una pareja casada utiliza la vasectomía como método permanente de control natal, la mujer no está protegida si tiene coito con otra persona que no sea su marido.

Esterilización femenina

Se han utilizado diversas técnicas quirúrgicas para esterilizar a la mujer, incluyendo la minilaparotomía, laparoscopia y el abordaje transcervical (ligadura de trompas o “atar las trompas” son términos que también se han escuchado). Estas técnicas difieren en cuanto al tipo de procedimiento utilizado (véase figura 8.13). Se realizan con anestesia local o general e implican algún tipo de bloqueo de las trompas de Falopio de modo que no puedan unirse el espermatozoide y el óvulo.

En una **minilaparotomía** (“minilap”) se realiza una pequeña incisión (menos de 3 centímetros o aproximadamente una pulgada de longitud) en el abdomen.

Minilaparotomía: método de esterilización femenina.



El video “Tubal Liga” en el capítulo 8 de su CD demuestra cómo se realiza este procedimiento.

Cada trompa de Falopio se extrae con delicadeza a través de la abertura. Cada una de las trompas se bloquea, ya sea cortando o atando los extremos o aplicando un pequeño clip; entonces se deja que las trompas se deslicen a su lugar. Con la *laparoscopia*, se inserta un instrumento de amplificación dentro del abdomen. El médico lo usa para identificar las trompas de Falopio y después las bloquea con electrocoagulación o con clips. Cualquiera de estos procedimientos requiere cerca de 10 a 20 minutos y no es necesario que la mujer pase la noche en el hospital.

El procedimiento más novedoso es el *abordaje transcervical* que no requiere de incisión. En lugar de ello, los instrumentos entran por el cuello uterino y el útero y se coloca un dispositivo de bloqueo dentro de las trompas de Falopio. También existen procedimientos especiales para las mujeres que acaban de tener un bebé o a las que se les ha realizado recientemente un aborto.

Los procedimientos de esterilización femenina no interfieren con los ovarios y, por ende, la producción de hormonas continúa normalmente; de este modo, la esterilización femenina no trae consigo una menopausia prematura. Algunos de los conceptos erróneos surgen de la confusión entre los procedimientos de esterilización femenina y la histerectomía (remoción quirúrgica del útero) o la ooforectomía (remoción quirúrgica de los ovarios que sí anula el funcionamiento hormonal). Estas últimas dos operaciones producen esterilidad, pero en general se realizan con otros propósitos que no son la esterilización, como por ejemplo para el tratamiento del cáncer.

Cómo funciona

Los procedimientos de esterilización femenina imposibilitan que el óvulo pase por las trompas de Falopio hacia el útero. También impiden que el espermatozoide llegue al óvulo.

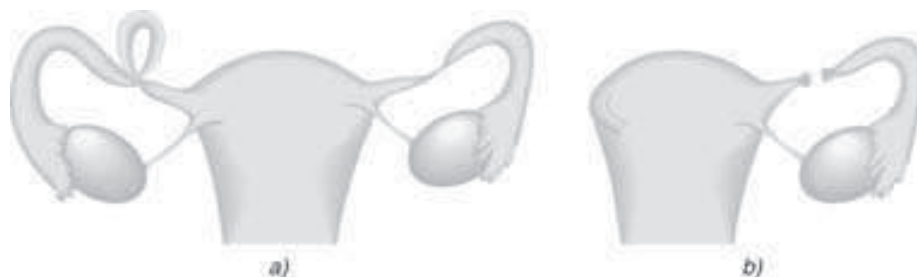
Efectividad

En esencia estos procedimientos tienen una efectividad del 100 por ciento. La tasa de fracaso del 0.5 por ciento se debe a que ocasionalmente los extremos de las trompas de Falopio se vuelven a unir y a raros casos en que la mujer estaba embarazada antes de que se realizara el procedimiento de esterilización.

Efectos secundarios

En ocasiones existen efectos secundarios que provienen de la cirugía, como infecciones, hemorragias y problemas relacionados con la anestesia. En general, sólo 1 por ciento de las mujeres que se someten a la cirugía experimentan complicaciones.

Figura 8.13 Dos métodos para llevar a cabo la ligadura de trompas o minilaparotomía. En *a*) las trompas de Falopio se atan y se realiza un corte en la curva: los extremos cortados cicatrizan posteriormente. En *b*) las trompas se atan en dos sitios y después se corta y retira la sección intermedia.



Reversibilidad

Las técnicas sumamente refinadas de microcirugía hacen posible que en algunos casos se pueda revertir la esterilización femenina. La tasa de éxito varía considerablemente dependiendo del método utilizado para realizar la esterilización. Las tasas de embarazo van del 38 al 82 por ciento (Hatcher *et al.*, 2004). Sin embargo, cuando al decidir si debe realizarse la cirugía de esterilización, la mujer debería suponer que es irreversible. Cinco años después de la esterilización, sólo 7 por ciento de las mujeres se arrepienten de haberse sometido al procedimiento (Jamieson *et al.*, 2002).

Ventajas y desventajas

La esterilización femenina tiene algunas de las mismas ventajas que la esterilización masculina en cuanto a efectividad, permanencia y economía cuando se utiliza para la anticoncepción a largo plazo. Una desventaja es que no ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

Aspectos psicológicos: actitudes hacia la anticoncepción

Un viejo dicho favorito entre quienes laboran en la planificación familiar es que los anticonceptivos son tan efectivos como la gente que los utiliza. Es decir, ningún método anticonceptivo es efectivo si no se le utiliza o si se le usa de manera inapropiada. Por tanto, el usuario es, cuando menos, tan importante como toda la tecnología de anticoncepción.

Cada año en Estados Unidos, 1 millón de adolescentes, o una de cada nueve mujeres entre 15 y 19 años (la mayoría de ellas solteras), se embaraza (Hatcher *et al.*, 2004). No es una exageración decir que el embarazo adolescente ha llegado a proporciones epidémicas. Cerca del 30 por ciento de estos embarazos concluyen en aborto (Alan Guttmacher Institute, 2001), 54 por ciento dan por resultado nacimientos vivos (en una adolescente soltera o en parejas casadas “por la fuerza”) y el resto terminan en abortos espontáneos.

La gran mayoría de estos embarazos no deseados son resultado de la incapacidad de personas sexualmente activas para utilizar de manera responsable los anticonceptivos. Según un estudio, 27 por ciento de las adolescentes blancas y 35 por ciento de las adolescentes negras sexualmente activas no utilizan anticonceptivos (Hofferth, 1990). En un estudio sobre mujeres estadounidenses que se habían sometido a abortos, 46 por ciento no había utilizado ningún método de anticoncepción en el mes en el que ocurrió el embarazo y muchas de las demás lo habían utilizado de manera inconsistente (Jones *et al.*, 2002).

Si hemos de comprender este problema y tomar medidas efectivas para resolverlo, debemos entender

la psicología del uso y la falta de uso de los anticonceptivos. Muchos investigadores han estado estudiando este tema.

Cuando se pregunta a los adolescentes por qué no utilizan anticonceptivos, las razones que dan tienden a encontrarse en las siguientes categorías (Morrison, 1985):

1. Creencias acerca de la propia fertilidad: “Pensé que yo (o mi pareja) no podía quedar embarazada”.
2. Desear el embarazo o, cuando menos, no importarle si quedaba embarazada.
3. Problemas para obtener el anticonceptivo. En esto pueden estar implicados muchos factores, como desconocimiento de dónde se pueden obtener los anticonceptivos, sentir que es una molestia conseguirlos o tener la expectativa de que serán demasiado costosos.
4. El coito no estaba planeado y, por ende, tampoco se planea la anticoncepción.
5. Actitudes y sentimientos negativos acerca de la anticoncepción. Por ejemplo, algunos piensan que los anticonceptivos son sucios y vergonzosos, otros tienen objeciones religiosas y algunos piensan que los anticonceptivos son peligrosos.

Los científicos sociales han desarrollado varias teorías para explicar por qué los adolescentes usan o no usan los anticonceptivos. Estas teorías tienden a estar en una de tres categorías: (1) teorías que consideran que la conducta de anticoncepción es resultado de un proceso de toma de decisiones; (2) teorías que suponen que el comportamiento anticonceptivo es el producto del desarrollo psicológico, y (3) teorías que se enfocan en la personalidad y las emociones, como el trabajo de Donn Byrne acerca de la erotofobia. Permítanos examinar cada una de estas tres categorías.

Un ejemplo de una teoría de toma de decisiones es la que formuló Kristin Luker (1975). Esta investigadora afirma que las mujeres adolescentes realizan esencialmente un análisis de costo-beneficio —aunque quizá no muy deliberado— en el que ponderan (1) los costos de la anticoncepción (p. ej., puede ser difícil de obtener, quizá a su pareja no le guste la idea); (2) los beneficios de la anticoncepción (no embarazarse); (3) los costos del embarazo, que pueden no parecer demasiado grandes para una joven con pocas esperanzas para el futuro, y (4) los beneficios del embarazo (sentirse como una mujer, tener un bebé que te ame). También la mujer realiza una estimación de la probabilidad de embarazarse y en general la subestima. Como resultado, se involucra en una toma de riesgo anticonceptivo, muy parecida a no ajustarse el cinturón de seguridad en un automóvil (porque los costos de la anticoncepción parecen superar los beneficios o porque parece haber beneficios en el embarazo).

Los modelos del desarrollo examinan el proceso de desarrollo psicológico durante la adolescencia (p. ej., Jorgensen, 1980; Morrison, 1985). Es posible que los adolescentes consideren que sus valores se ajustan firmemente a los valores de sus padres, pero su comportamiento se conforma cada vez más a las normas de su grupo de pares. Resultando un conflicto entre valores y comportamiento (Zabin *et al.*, 1984). De manera más específica, quizá los adolescentes sustentan los valores conservadores de sus padres en cuanto al sexo premarital, que premian la abstinencia y, por ende, la abstención en el uso de anticonceptivos, en tanto que su comportamiento real se conforma al de su grupo de pares y se involucran en sexo premarital. La esperanza es que a medida que los adolescentes maduren, su conducta y valores se volverán más consistentes entre sí.

El psicólogo social Donn Byrne (1983; Fisher *et al.*, 1988) se enfoca en una dimensión de la personalidad que él denomina *erotofobia-erotofilia*. Según su análisis, existen cinco pasos en la anticoncepción efectiva:

1. La persona debe adquirir y recordar información precisa sobre la anticoncepción.
2. La persona debe reconocer que existe una probabilidad de participar en un acto sexual. Por supuesto, la preparación anticonceptiva tiene sentido únicamente cuando se tienen ciertas expectativas en cuanto a tener relaciones sexuales. La socialización del rol de género ha hecho particularmente difícil que las mujeres reconozcan tales expectativas.
3. La persona debe obtener el anticonceptivo. Esto puede implicar una visita al médico, a una farmacia o a una clínica de planificación familiar.
4. La persona debe comunicarse con su pareja en cuanto a la anticoncepción. De otro modo, puede suponer que el otro se ocupará de ello.
5. La persona debe utilizar de hecho el método anticonceptivo.

Erotófobos: personas que se sienten culpables y temerosas acerca del sexo.

Erotófilos: personas que se sienten cómodas con el sexo y que carecen de sentimientos de culpa y temor acerca del sexo.

Según el análisis de Byrne, varios factores psicológicos pueden intervenir en cualquiera de estos cinco pasos, haciendo que la persona tenga una mayor o menor probabilidad de utilizar de manera efectiva los anticonceptivos. Estos factores incluyen actitudes y emociones,

información, expectativas y fantasías.

Las *actitudes* y *emociones* representan un papel importante. Una dimensión importante es la de *erotofilia-erotofobia* (Byrne, 1983; Fisher *et al.*, 1983). Los **erotófobos** no discuten sobre sexo, tienen vidas sexuales que están influidas por la culpa y el temor a la desaprobación social, tienen coito poco frecuente con unas cuantas parejas y les impactan las películas

sexualmente explícitas. Los **erotófilos** son justo lo contrario: hablan sobre sexo, tienen una influencia relativamente pequeña de la culpa sexual, realizan con más frecuencia el coito con un número mayor de parejas y consideran que las películas sexualmente explícitas son excitantes. La investigación muestra que los erotófilos están en mayor probabilidad de ser usuarios consistentes y confiables de los anticonceptivos. En cada uno de los cinco pasos del uso de anticonceptivos, los erotófobos están en mayor probabilidad de fallar. La investigación muestra que tienen menos información sexual que los erotófilos y que, cuando se les expone a la misma información sobre sexo, los erotófobos aprenden menos que los erotófilos (Fisher *et al.*, 1983). Debido a su actitud temerosa, es menos probable que los erotófobos reconozcan la posibilidad de ocurrencia del coito, lo cual dificulta la planificación de los anticonceptivos (aunque los erotófobos extremos están en probabilidad de abstenerse por completo del sexo, lo cual reduce en definitiva el riesgo de un embarazo no deseado). Los erotófobos también tienen más dificultad para acudir al médico o a una farmacia para obtener anticonceptivos. No hablan mucho sobre el sexo o la anticoncepción y, por tanto, es poco probable que tengan una comunicación efectiva con su pareja. Por último, tienen problemas con el uso en sí de los anticonceptivos. Un hombre con erotofobia no se sentirá muy feliz de sacar un condón. Una mujer erotófoba no se sentirá muy a gusto de insertarse un diafragma o de pensar en sexo todos los días al tomar la píldora.

La *información* también es un factor importante en el uso o abstinencia de los anticonceptivos. Las personas que carecen de información sobre los anticonceptivos y su uso correcto escasamente pueden utilizarlos de manera efectiva.

Las *expectativas* también representan un papel importante. Cuando piensan sobre el sexo y la anticoncepción, las personas tienen ciertas expectativas sobre qué tan probable es que el coito resulte en un embarazo. La investigación muestra que muchas personas piensan que la probabilidad es nula o cercana a cero, expresando la expectativa de que "a mí no puede pasarme". Las personas con esta expectativa tienen poca probabilidad de utilizar anticonceptivos.

Aunque en general se reconoce que la *fantasía* es una parte importante de la expresión sexual, también puede representar un papel fundamental en el comportamiento anticonceptivo (Byrne, 1983). La mayoría de nosotros tenemos fantasías acerca de los encuentros sexuales y con frecuencia intentamos que nuestros encuentros sexuales en la vida real resulten iguales a los argumentos de nuestras fantasías. Un factor importante que moldea nuestras fantasías son los medios masivos de comunicación. A través de las películas, la televisión y las novelas románticas aprendemos técnicas idealizadas para besar, abrazar y hacer el amor. Pero las versiones idealizadas de los medios acerca del

sexo casi nunca incluyen una representación del uso de anticonceptivos. En la popular serie televisiva, *The O.C.*, Seth y Summer tienen relaciones sexuales por primera vez sin evidencia del uso de anticonceptivos. Ryan y Marissa tienen relaciones sexuales frecuentes pero nunca hay una conversación sobre un condón. Ejemplos positivos se pueden encontrar en la serie *Sex and the City*. En una secuencia, Miranda tiene “sexo por compasión” con su ex novio Steve, quien se acaba de someter a tratamiento por cáncer testicular. No usan un condón y Miranda resulta embarazada. Después de eso, con frecuencia recuerda a sus amigas que usen un condón, poniéndose a sí misma como ejemplo de las consecuencias de no utilizarlo. Estos episodios fueron excelentes para mostrar que sí ocurren consecuencias negativas cuando no se utiliza la anticoncepción y proporcionan ejemplos de una discusión sincera acerca del tema. No obstante, este programa se transmitía por HBO y falta por verse si las principales cadenas televisivas proyectarían tales enfoques abiertos y veraces. Si los adolescentes vieran muchos casos en que sus héroes y heroínas se comportan de manera responsable acerca de la anticoncepción, esto probablemente influiría en su conducta. Pero en este momento eso no es lo que los medios les proporcionan.

¿Cuáles son las soluciones? ¿Esta investigación y teorías sobre la psicología social del uso de anticonceptivos se pueden aplicar a la reducción del problema del embarazo adolescente? La solución más directa sería tener mejores programas de educación sexual en las escuelas. Muchos distritos escolares no cuentan con programas de educación sexual y en aquellos que sí la proporcionan, es frecuente que pasen por alto el importante tema de la anticoncepción ya que temen que sea demasiado polémico. Los programas de educación sexual necesitarían incluir varios componentes que típicamente faltan (Gross y Bellew-Smith, 1983). Éstos incluyen legitimar la comunicación previa al sexo sobre la sexualidad y la anticoncepción (Milan y Kilmann, 1987), legitimar la compra y posesión de anticonceptivos; discutir cómo se ponderan los costos y beneficios del embarazo, anticoncepción y aborto; legitimar los tipos de placer sexual que no implican el coito, como la masturbación y el sexo oral genital; y alentar a los varones a aceptar una responsabilidad equitativa en cuanto a la anticoncepción.

Aborto

En los últimos decenios, el **aborto** (la terminación de un embarazo) ha sido tema de considerable controversia en Estados Unidos. Los grupos proelección hablan del derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo, en tanto que los miembros de los grupos de derecho

a la vida hablan sobre los derechos del feto. En 1973, la Suprema Corte de Estados Unidos tomó dos decisiones sobresalientes (*Roe vs. Wade* y *Doe vs. Bolton*) que esencialmente despenalizaron el aborto al negar a los estados el derecho de regular los abortos tempranos. La Suprema Corte conservadora del decenio de 1990 tomó algunas resoluciones que revertían en parte estas decisiones (véase capítulo 22). Sin embargo, 1.3 millones de abortos legales se realizan cada año en Estados Unidos (Finer y Henshaw, 2003).

En otros países, las políticas sobre el aborto varían grandemente. En Rusia y Japón, partes de Europa oriental y central y Sudamérica es legal y se practica de manera generalizada. El uso del aborto en los países en desarrollo de África y Asia está limitado debido a la escasez de recursos médicos. El cuadro 8.3 proporciona las tasas de aborto en diversos países.

Esta sección trata sobre los métodos de aborto y los aspectos psicológicos del mismo; los aspectos éticos y legales se analizarán en los capítulos 21 y 22.

Procedimientos de aborto

Existen diversos métodos de aborto, cada uno de los cuales se utiliza dependiendo de qué tanto haya progresado el embarazo.

Aspiración de vacío

El método de **aspiración de vacío** (también llamado *succión de vacío* o *curetaje de vacío*) puede realizarse durante el primer trimestre del embarazo y hasta las 14 semanas de gestación. Se realiza en un entorno para pacientes externos utilizando anestesia local. El procedimiento en sí requiere sólo de cerca de 10 minutos y la mujer permanece en el consultorio del médico, clínica u hospital durante unas cuantas horas. Es el procedimiento de aborto más ampliamente utilizado en Estados Unidos en la actualidad.

A la mujer se le prepara como se haría para un examen pélvico y se inserta un instrumento a través de la vagina: el instrumento dilata (amplía) la apertura del cuello uterino. Después se inserta un tubo a través de esta apertura hasta que uno de los extremos entra en el útero (véase figura 8.14). El otro extremo se coloca en un aparato que produce succión y se extraen por aspiración los contenidos del útero, incluyendo al tejido fetal.

La aspiración de vacío se ha vuelto el método más común de aborto temprano (primer trimestre) porque es sencillo e implica poco riesgo. Existe un riesgo muy poco frecuente de perforación uterina, infección, hemorragia y error en la extracción de todo el material fetal.

Dilatación y evacuación

La *dilatación y evacuación* (D y E) es similar a la aspiración de vacío, pero debe realizarse en un hospital bajo

Aborto: terminación del embarazo.
Aspiración de vacío: método abortivo que se realiza durante el primer trimestre e implica succionar los contenidos del útero.

Cuadro 8.3 Tasas de aborto en el mundo.

| País | Número de abortos por año | Tasa de aborto* | Proporción de abortos* |
|------------------|---------------------------|-----------------|------------------------|
| Australia | 63 200 | 16.6 | 20.4 |
| Bulgaria | 119 900 | 64.7 | 50.7 |
| Canadá | 63 600 | 10.2 | 14.7 |
| China | 10 394 500 | 38.8 | 31.4 |
| India† | 588 400 | 3.0 | 2.2 |
| Israel† | 15 500 | 16.2 | 13.5 |
| Italia† | 191 500 | 15.3 | 25.7 |
| Japón† | 497 800 | 18.6 | 27.0 |
| Corea del Sur | 528 000 | 53 | 43 |
| Suecia | 34 700 | 19.8 | 24.9 |
| Unión Soviética† | 6 818 000 | 111.9 | 54.9 |
| Estados Unidos | 1 588 600 | 28.0 | 29.7 |
| Vietnam† | 170 600 | 14.6 | 8.2 |

*"Tasa de aborto" es el número de abortos por cada 1 000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad. "Proporción de abortos" es el número de abortos por cada 100 embarazos conocidos.

†Los datos son de 1989 y su precisión se desconoce.

Fuente: Henshaw (1990).

anestesia general. Se utiliza especialmente para abortos posteriores al primer trimestre, desde la semana 14 hasta la semana 24 de gestación (Autry *et al.*, 2002). Es un tanto similar a la aspiración de vacío, pero es más complicado porque, para el segundo trimestre del embarazo, el feto es relativamente grande.

Parto inducido

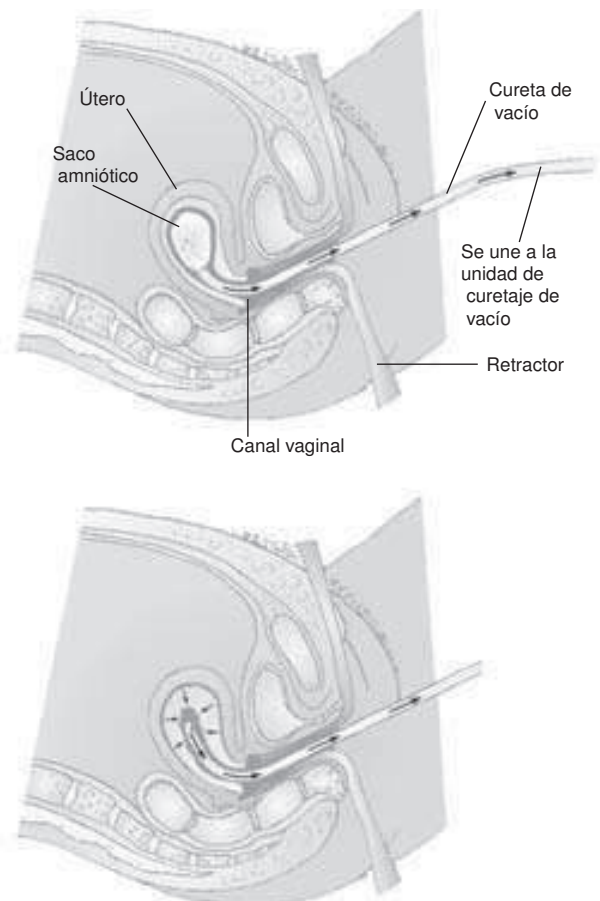
Durante la última parte del segundo trimestre, el aborto se realiza generalmente induciendo el parto o un aborto espontáneo. La versión más comúnmente utilizada de este método es el *aborto inducido por solución salina*. Se inserta un tubo delgado a través del abdomen hasta el saco amniótico y se inyecta solución salina. Después de varias horas, la solución provoca que comience el parto. Una variación de esta técnica es el *aborto por prostaglandinas*. Las prostaglandinas (sustancias similares a hormonas que provocan contracciones) se inyectan y provocan el parto. También se puede

utilizar misoprostol para inducir el parto en los abortos realizados en el segundo trimestre (Autry *et al.*, 2002)

El parto inducido, que se utiliza con propósitos abortivos sólo si el embarazo ha progresado hasta el final del segundo trimestre, se emplea sólo en el 1 por ciento de los abortos realizados en Estados Unidos (Koonin *et al.*, 1991). Este método es más arriesgado y costoso que los métodos anteriores.

Histerotomía

La **histerotomía** es un método quirúrgico de aborto que se puede realizar desde la semana 16 hasta la semana 24 después del último periodo menstrual de la mujer.

Figura 8.14 Aborto por aspiración de vacío.

Histerotomía: método quirúrgico de aborto que se realiza a finales del segundo trimestre.

Cuadro 8.4 Resumen de las tasas de mortalidad asociadas con el aborto legal y con el parto normal

| | |
|---|------|
| Muertes por cada 100 000 abortos legales* | |
| Aspiración de vacío | 0.1 |
| Parto inducido | 7.0 |
| Histerotomía | 51.6 |
| Muertes por cada 100 000 nacimientos normales | 13 |
| Negros | 30.0 |
| Blancos | 8.1 |
| Otro | 9.8 |

*Basado en 4 500 000 abortos. Centers for Disease Control, 1985.

Fuentes: Cheng *et al.* (2003); Hatcher *et al.* (2004).

En esencia se realiza una operación cesárea y se retira el feto. La histerotomía es más grave y costosa (más de 1 000 dólares) que los otros métodos y tiene mayor riesgo de complicaciones. Se realiza muy rara vez, pero puede utilizarse si el embarazo ha progresado hasta el final del segundo trimestre y la salud de la mujer es tal que no se deberían emplear los métodos por inducción.

En el cuadro 8.4 se muestra un resumen de las estadísticas sobre tasas de mortalidad asociadas con los diversos métodos de aborto.

Mifepristona

En 1986 los investigadores franceses anunciaron el desarrollo de un nuevo fármaco llamado **RU-486** o **mifepristona** (Couzynet *et al.*, 1986; Ulmann *et al.*, 1990). Puede inducir un aborto muy temprano. Tiene un poderoso efecto antiprogéstico que provoca que se arroje el endometrio del útero y, con ello, se produzca un aborto. Se administra como una tableta a la que le sigue dos días después una pequeña dosis de prostaglandina (misoprostol), que aumenta las contracciones uterinas ayudando a expulsar el embrión. Se usa dentro de un lapso de 10 días posteriores a la aparición esperada del periodo menstrual faltante. La investigación muestra que es efectivo en 92 al 96 por ciento de los casos cuando se combina con prostaglandina (Silvestre *et al.*, 1990; Spitz *et al.*, 1998; Ulmann *et al.*, 1990). Es más efectivo cuando la mujer ha estado embarazada durante menos de 49 días. Las primeras investigaciones han encontrado pocas evidencias de efectos secundarios, aunque la mujer experimenta algunos cólicos a medida que se expulsan los contenidos del útero.

Actualmente en Francia, un número mayor de mujeres que deciden terminar un embarazo temprano eligen RU-486 en lugar de los métodos convencionales de aborto (Jones y Henshaw, 2002). Sin embargo, hasta 1994, en Estados Unidos se había bloqueado el uso de este fármaco debido a las presiones de los grupos

contrarios al aborto. Tales agrupaciones temían que, debido a que la sustancia puede administrarse fácilmente en el consultorio de cualquier médico y reduce el uso de las clínicas de aborto, se dificultarían más sus protestas contra el aborto. El presidente Clinton aprobó la investigación del medicamento en Estados Unidos y para finales de 1994, el Population Council (Consejo de Población) ya estaba realizando pruebas clínicas. En la actualidad, este fármaco está ampliamente disponible.

Los científicos que desarrollaron la mifepristona, al igual que los grupos a favor de la elección, prefieren no llamarle método de aborto, sino más bien un método para la inducción de la menstruación o un medicamento antigestación. No sería apropiado considerarlo como un anticonceptivo porque previene la gestación, no la concepción. La mifepristona y la sustancia que se discute más adelante, el metotrexato, se consideran como métodos médicos de aborto, en comparación con los métodos quirúrgicos más tradicionales.

Metotrexato

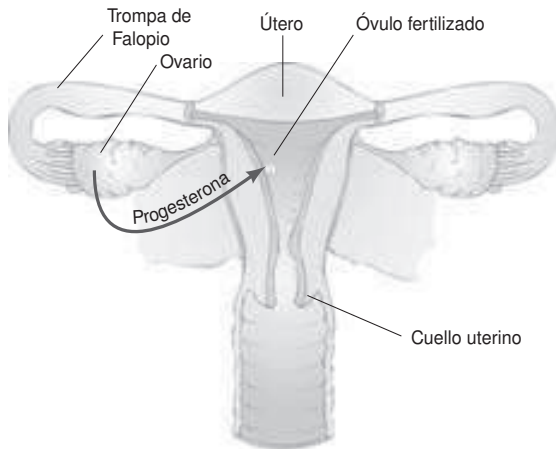
Otra alternativa para el aborto temprano inducido por fármacos implica el uso de una combinación de la sustancia metotrexato, que es tóxica para el embrión, con el misoprostol, que provoca contracciones uterinas que expulsan al embrión muerto (Hausknecht, 1995). Ambas sustancias se utilizan ya de manera amplia con otros propósitos: el metotrexato para el tratamiento del cáncer y el misoprostol para las úlceras. Como la mifepristona, permiten la inducción temprana del aborto en el consultorio del médico en lugar de acudir a la clínica de aborto, lo cual permite que las mujeres eviten a los manifestantes y la violencia potencial de sus protestas frente a las clínicas de aborto. El metotrexato también se utiliza en el embarazo ectópico, que es un trastorno posiblemente mortal.

Mifepristona (RU-486): "píldora del aborto".

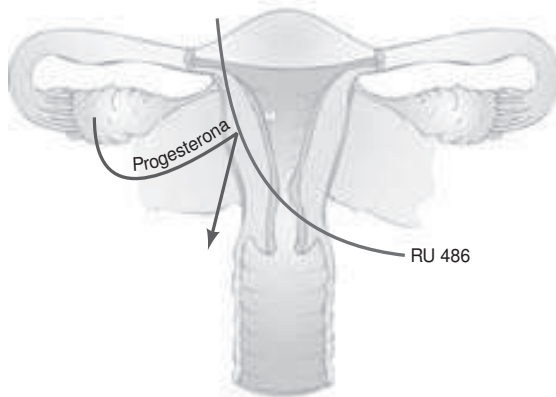
Aspectos psicológicos

El descubrimiento de un embarazo no deseado dispara un conjunto complejo de emociones, al igual que un proceso complicado de toma de decisiones. De inicio, las mujeres tienden a sentir enojo y cierta ansiedad. Después se embarcan en el proceso de toma de decisiones que estudió la psicóloga Carol Gilligan (1982). En este proceso, las mujeres ponderan esencialmente la necesidad de pensar en sí mismas y proteger su propio bienestar contra la necesidad de pensar en el bienestar del feto. Incluso enfocarse únicamente en el bienestar del feto puede conducir a conclusiones antagónicas: ¿Debería completar el embarazo porque el feto tiene derecho a la vida o debería hacerme un aborto, porque el feto tiene el derecho a nacer dentro de una familia estable con padres casados que puedan proporcionarle educación y un buen sustento econó-

Figura 8.15 RU-486 o mifepristona. a) Cómo funciona. b) Controversia acerca de RU-486: los grupos provida protestan en su contra.



La progesterona, una hormona producida por los ovarios, es necesaria para la implantación y desarrollo de un óvulo fertilizado.



Tomada al inicio del embarazo, RU-486 bloquea la acción de la progesterona y hace que el cuerpo reaccione como si no hubiera un embarazo



Las prostaglandinas, tomadas dos días después, provocan que el útero se contraiga y que el cuello uterino se distienda y dilate. Como resultado, en 97% de los casos se expulsa el embrión.

a)



b)

mico? Muchas de las mujeres en el estudio de Gilligan mostraron un crecimiento psicológico considerable en el periodo durante el cual se enfrentaron con estos temas y tomaron su decisión.

La mejor evidencia científica indica que la mayoría de las mujeres no experimentan graves respuestas psicológicas negativas hacia el aborto. Cuando se entrevista a las mujeres un año o más después de su aborto, muestran buena adaptación (Major *et al.*, 2000). De manera típica no sienten culpa o aflicción por su decisión. En lugar de ello informan sentirse aliviadas, satisfechas y relativamente felices y dicen que si tuvieran que decidir de nuevo, harían lo mismo. Sin embargo, algunas mujeres se benefician de hablar sobre su experiencia y es importante que existan a su disposición grupos de apoyo para después del aborto.

La investigación en esta área hace surgir muchas preguntas interesantes. En general, las mujeres muestran buena adaptación después de practicar un aborto, pero ¿buena adaptación en comparación con qué? Es decir, ¿cuál es el grupo control o de comparación apropiado? Un grupo de comparación que se podría estudiar es el de mujeres que solicitaron un aborto, pero les fue negado. Sería importante conocer las consecuencias para su adaptación.

Un grupo que se ha estudiado es el de los niños nacidos debido a que se negó la petición de un aborto. En Estados Unidos es imposible realizar actualmente esta investigación debido a que el aborto se legalizó desde 1973. Sin embargo, en algunos otros países el acceso al aborto depende de la obtención de una aprobación oficial. Uno de tales países es la antigua Checoslovaquia. Los investigadores dieron seguimiento a 220 niños nacidos de mujeres a quienes se negó el aborto (el grupo de estudio) y a 220 niños nacidos de mujeres que no solicitaron un aborto; se estudió a los niños cuando tenían nueve años de edad y de nuevo cuando tenían de 14 a 16 años, 21-23, 30 y 35 años de edad (David *et al.*, 2003). Para los 14 años, 43 niños del grupo de estudio, pero sólo 30 de los controles, habían sido canalizados a orientación psicológica. Aunque no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a inteligencia evaluada con pruebas, los niños en el grupo de estudio tuvieron un desempeño menos adecuado en la escuela y mayor probabilidad de abandonar los estudios. Los maestros los describieron como menos sociables y más hiperactivos en comparación con el grupo control. Para los 16 años de edad, los varones (pero no las niñas) del grupo de estudio informaron que era más frecuente que sintieran que sus madres los descuidaban o rechazaban y que percibieran que sus madres estaban menos satisfechas con ellos. Para el inicio de su segunda década de vida, el grupo de estudio informó menor satisfacción con su trabajo, más conflictos con compañeros y supervisores y menor número de amistades, así como amistades menos satisfactorias. Varios otros estudios han encontrado resultados similares a los de la inves-

tigación checa (David *et al.*, 2003). Estos resultados señalan las graves consecuencias a largo plazo para los hijos de madres que hubiesen preferido practicarse un aborto.

Los hombres y el aborto

Sólo las mujeres se embarazan y sólo las mujeres tienen abortos, pero ¿en qué parte de la ecuación entran los hombres? ¿Tienen derecho a contribuir a la decisión de practicar un aborto? ¿Cuáles son sus sentimientos acerca del aborto?

El sociólogo Arthur Shostak y sus colaboradores (1984) encuestaron a 1 000 hombres “veteranos del aborto”. La reacción más común entre los varones era una sensación de desamparo. Aunque la mayoría de los hombres están acostumbrados a tener el control, en esta situación no ocurre lo mismo y la sensación de impotencia es difícil para ellos. La mayoría de los varones también se sienten aislados, enojados consigo mismos y con sus parejas y temerosos del daño emocional y físico para la mujer. La mayoría de ellos intentaron ocultar su estrés y permanecer indiferentes. Sin embargo, 26 por ciento consideraban al aborto como asesinato y 81 por ciento dijeron que pensaron en el niño que podría haber nacido. Sin embargo, fueron pocos los hombres que deseaban haber podido invalidar la decisión de la mujer; sólo deseaban compartirla.

Aunque la orientación psicológica para la mujer que se somete a un aborto es un procedimiento estándar, rara vez está disponible para los hombres que están involucrados. Dados los hallazgos de Shostak, es claro que tal orientación es una necesidad urgente (véase Coyle y Enright, 1997, para un ejemplo). Al nivel político, algunos activistas varones discuten que, de igual manera que no se debería obligar a las mujeres a llevar a término el embarazo, tampoco se debería someter a los hombres a una paternidad forzada y a un compromiso económico de 18 años (Marsiglio y Diekow, 1998).

Nuevos avances en anticoncepción

Según algunas personas, todavía no existe un método anticonceptivo realmente bueno. Los métodos sumamente efectivos son permanentes (esterilización) o tienen riesgos de salud asociados (la píldora). Otros métodos menos arriesgados (como el condón y el diafragma) tienen tasas de fracaso que no pueden ignorarse. La mayoría de los métodos son para las mujeres, no para los hombres. Debido a las limitaciones de los métodos disponibles en la actualidad, continúa haciéndose investigación sobre anticoncepción. Por desgracia, su marcha ha sido lenta en los últimos años debido a que las compañías farmacéuticas temen a las demandas legales. Existen pocos incentivos para reali-

Tema central 8.2

El aborto desde una perspectiva transcultural

Las creencias sobre el aborto muestran notables variaciones en las diferentes culturas de todo el mundo. La siguiente es una muestra de dos culturas muy diferentes.

Ekiti Yoruba

Los Ekiti Yoruba, muchos de los cuales tienen educación preparatoria o universitaria, viven en la zona sudoeste de Nigeria. Para ellos, el aborto no es una categoría distinta de la anticoncepción sino que, más bien, se encuentra en un continuo con ella (Renne, 1996).

Por tradición en la cultura Ekiti Yoruba el ideal era que una mujer tuviera tantos hijos como fuera posible, con un intervalo de dos a tres años entre ellos. El periodo entre los hijos se posibilitaba con un periodo de abstinencia sexual durante dos años posteriores al parto. Los Ekiti Yoruba consideran que tener relaciones sexuales mientras la mujer todavía está amamantando al bebé provoca la enfermedad o muerte del niño; los hombres cuyos hijos han muerto en la lactancia han sido culpados de quebrantar el tabú sexual del posparto y provocar la muerte. Debido al elevado valor que se da a la fertilidad, el uso de anticonceptivos y del aborto debe tenerse en secreto. No obstante que en las clínicas locales se dispone de condones, espumas y píldoras anticonceptivas, pocas personas aprovechan este servicio porque no quieren que los demás sepan que tienen estas prácticas. Por tanto, el aborto se ha vuelto el principal método de control natal. Se estima que cada año se realizan entre 200 000 y 500 000 abortos en Nigeria y que aproximadamente 10 000 mujeres mueren cada año por abortos mal realizados.

Si una mujer tiene un embarazo no deseado, en general consultará primero a un curandero o yerbero para “impedir que permanezca el embarazo”. En general, éstos proporcionan pastillas o sustancias que se insertan en la vagina. Si el tratamiento no funciona,

la mujer acude a una clínica para que se le practique un aborto por dilatación y curetaje (D y C; un procedimiento que es similar al D y E).

En general, las mujeres que abortan se encuentran en dos categorías: estudiantes solteras de educación media superior y universidad y mujeres casadas que están embarazadas debido a una aventura extramarital. La siguiente es la historia de una mujer:

En 1991, mientras esperaba ingresar a la universidad, quedé embarazada de un novio con quien posteriormente decidí no casarme por haber preferido a otro. Dado que no quería que el prometido al que había elegido supiera del embarazo, decidí hacerme un aborto. Primero usé una mezcla de tres tabletas de codeína, sal efervescente Andrew's y Sprite, la cual bebí. Cuando esto no funcionó, acudí a una clínica en un pueblo vecino para una D y C. El aborto costó N80 y lo pagó mi novio. No hubo efectos secundarios. (Renne, 1996, p. 487.)

La facilidad con la que los Ekiti Yoruba dependen del aborto se relaciona en parte con su concepto acerca del desarrollo prenatal. Muchos creen que el “verdadero niño” no está formado sino hasta el cuarto mes del embarazo y antes de eso es parecido a un reptil.

Grecia

El control natal para las mujeres se legalizó en Grecia hasta 1980 y el aborto se legalizó hasta 1986. Sin embargo, Grecia ha tenido una tasa de nacimientos que ha declinado de manera notable desde la Segunda Guerra Mundial, lo cual se explica, en gran medida, por el aborto (Georges, 1996). Entre las naciones de Europa, Grecia es la única por su combinación del poco uso de la anticoncepción médica, una baja tasa de fertilidad y la tasa más elevada de aborto en el continente.

Tres instituciones poderosas —el gobierno, la Iglesia Ortodoxa Griega y la profesión médica— han ejercido una fuerte influencia a favor de la natalidad. La Iglesia Ortodoxa Griega considera al aborto como un crimen y

prohíbe todos los métodos de control natal excepto el ritmo y la abstinencia. Por su parte, el gobierno alienta a las familias grandes a través de diversas medidas, incluyendo el pago de un subsidio mensual a las familias que tienen más de tres hijos, poniendo a disposición de todo el público los centros de cuidado diurno y haciendo que los métodos de anticoncepción femenina fueran ilegales (hasta 1980). A pesar de todo ello, las mujeres griegas lograron una baja tasa de fertilidad, que es considerada por el gobierno como una amenaza a la “raza” griega, la ortodoxia griega y la fuerza militar de Grecia ante los vecinos hostiles como turcos, quienes son sumamente fértiles.

A pesar de la ilegalidad del aborto en ese país hasta 1986, éste era un secreto generalizado y muy conocido. Los abortos no eran un asunto oculto sino, más bien, los practicaban los ginecólogos en sus consultorios privados. Los médicos, como miembros de una profesión poderosa y prestigiosa, tenían éxito en la evasión de la ley. Como resultado, las mujeres griegas no tenían que enfrentar los riesgos contra su vida que ocurren con el aborto ilegal en otros países. Tenían acceso a un aborto ilegal seguro.

¿Por qué se depende tanto del aborto y se tiene tan poco acceso a la anticoncepción en este país europeo moderno? Como señalamos antes, la Iglesia Ortodoxa Griega se opone a todo tipo de anticoncepción médica y el gobierno griego consideraba ilegal la anticoncepción hasta 1980. Pero incluso entonces, la anticoncepción no se generalizó. En 1990, sólo 2 por ciento de las mujeres en edad reproductiva estaban utilizando la píldora. Cierta culpa de ello la tiene la profesión médica, ya que se considera que ha bloqueado el acceso a la anticoncepción para continuar con su floreciente práctica de abortos que es más lucrativa. También es cierto que las mujeres griegas se resisten a la anticoncepción. Distinguen entre la “anticoncepción” (como las píldoras anticonceptivas) y “tener cuidado” (usar el método por retiro y los condones). Rechazan la anticoncepción, pero tener cuidado es muy popular, especialmente el uso del método por retiro. El ritmo no se usa grandemente y no sería muy exitoso si así fuese, ya que, por lo común, las mujeres griegas creen que son más fértiles entre cuatro a siete días antes y después del periodo menstrual. Los medios masivos han difundido mensajes atemorizantes acerca de la píldora y muchas mujeres creen que causa cáncer.

¿Cómo enfrentan las mujeres griegas, la gran mayoría de las cuales son ortodoxas, la contradicción entre las enseñanzas de su iglesia —que el aborto es un crimen y que la mujer que se practica un aborto quizá no pueda recibir la comunión— y su práctica real del aborto? Primero, la Iglesia Ortodoxa Griega no es tan extremista en su aplicación de las doctrinas como la Iglesia Católica Romana. Algunos atribuyen esto al hecho de que los sacerdotes ortodoxos pueden casarse y, por ende, están en más contacto con las realidades de la vida. En algunos casos, las mujeres se abstienen de recibir la comunión después de practicarse un aborto, pero después se confiesan con el sacerdote y es típico que los sacerdotes les otorguen el perdón.

En Grecia, la maternidad tiene un lugar idealizado y de alta estima, sin embargo no se considera que el aborto esté en contradicción con el elevado valor colocado en la maternidad. Se considera que la buena maternidad actual requiere de una intensa inversión de tiempo y energía en los propios hijos; entonces, por definición, la buena madre limita el tamaño de la familia y el aborto es un medio para alcanzar esa meta.

Patrones transculturales

Del estudio del aborto en estas culturas bastante distintas y en otras culturas surgen varios patrones (Gursoy, 1996; Johnson *et al.*, 1996; Rigdon, 1996; Rylko-Bauer, 1996). Primero, no importa qué tan estrictas sean las prohibiciones contra el aborto, en todas las culturas algunas mujeres eligen y se las arreglan para conseguir un aborto. Segundo, el significado del aborto se construye en cualquier cultura particular con base en factores como las creencias acerca del desarrollo prenatal, cuándo comienza la vida y cuánto se valora a las familias grandes. Tercero, la legalidad y moralidad del aborto en muchas culturas están determinadas en parte por las fuerzas políticas, como en el caso del deseo del gobierno griego por expandir el tamaño de la población en su país.

Fuentes: Georges (1996); Gursoy (1996); Johnson *et al.* (1996); Renne (1996); Rigdon (1996); Rylko-Bauer (1996).

Tema central 8.3

Breve resumen del desarrollo de los métodos avanzados de anticoncepción

| | | | |
|-------------------------|--|-----------------|--|
| Finales del siglo XVIII | Casanova (1725-1798) populariza y promueve el uso de la funda o “casaca inglesa”. | 1950-1960 | La investigación sobre anticonceptivos hormonales da por resultado que la FDA apruebe el uso de la píldora como anticonceptivo en 1960 |
| 1798 | Malthus insta a la “medida moral” o abstinencia | Decenio de 1960 | Muchos países occidentales liberalizan las leyes del aborto. Los DIU modernos están a mayor disposición. La esterilización anticonceptiva se vuelve más aceptable. Se desarrolla la tecnología de ligadura de trompas a través de laparoscopia |
| Decenio de 1840 | Goodyear vulcaniza el hule. A esto le sigue de inmediato la producción de condones de hule. | 1973 | La Suprema Corte de Estados Unidos emite un dictamen acerca del aborto. La primera <i>minipíldora</i> , o píldora con dosis baja de progestina, obtiene la aprobación de la FDA |
| 1883 | Mensinga inventa el diafragma | Decenio de 1970 | Aparecen las inyecciones anticonceptivas Depo-Provera en más de 50 países (aunque no en Estados Unidos hasta 1992) |
| 1893 | Harrison realiza la primera vasectomía | 1990 | Aparece Norplant |
| 1909 | Richter utiliza seda para sutura intrauterina | 1994 | El condón femenino se puede obtener sin receta en las farmacias |
| 1910-1920 | Sanger es pionera de la anticoncepción en la ciudad de Nueva York, se acuña el término de <i>control natal</i> . | 2001 | NuvaRing y el parche Ortho Evra reciben aprobación de la FDA |
| 1930 | Graffenberg publica información en la que documenta sus 21 años de experiencia con el anillo (plata y cobre) y catgut como DIU | 2003 | Seasonale obtiene aprobación de la FDA. |
| 1930-1931 | Knaus y Ogino esclarecen los periodos “seguros e inseguros” del ciclo menstrual de la mujer: método de ritmo | | |
| 1934 | Corner y Beard aíslan la progesterona | | |
| 1937 | Makepeace demuestra que la progesterona inhibe la ovulación | | |
| Decenio de 1950 | Uso generalizado de los abortos en Japón. | | |

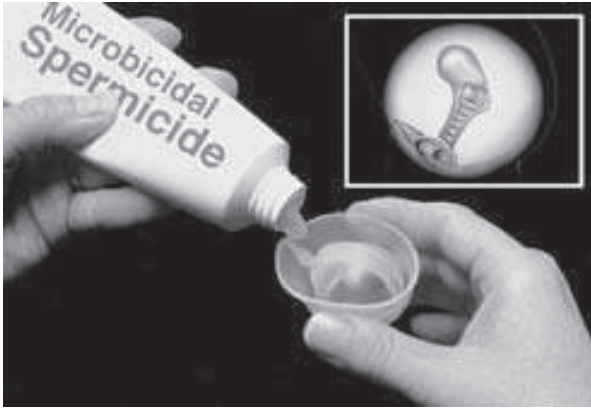
Fuentes: Hatcher *et al.*, (1976); Institute of Medicine (2004).

zar investigación sumamente innovadora y sí grandes incentivos para que las compañías sean cautas. No obstante, la investigación e innovación continúan, aunque a paso lento. Algunas de las posibilidades más prometedoras para el futuro se analizan a continuación.

Métodos para varones

Se están explorando varias posibilidades para la práctica de una anticoncepción masculina novedosa o mejorada (Gabelnick, 1998; Hatcher *et al.*, 2004; Institute of Medicine, 2004).

Figura 8.16 FemCap es una nueva barrera anticonceptiva de silicona que tiene forma de gorra, con un domo que cubre el cuello del útero y un borde que se ajusta a las paredes vaginales.



Nuevos condones. Se están poniendo a prueba varios modelos nuevos de condones. Como se señaló antes, se están desarrollando condones de poliuretano para lidiar con el problema de las alergias al látex. Éstos son más delgados que los de látex, de modo que deberían proveer más sensación. Otro modelo es el que se puede colocar antes de la erección.

Métodos hormonales masculinos. La idea básica que subyace al desarrollo de los métodos hormonales para varones es la de suprimir la producción de LH y FSH de la pituitaria, de modo que no se producirían espermatozoides o estos no se desarrollarían de manera apropiada. Por desgracia, muchos de los preparados hormonales que se han intentado eliminar la producción de espermatozoides, pero también anulan el impulso sexual del usuario, lo cual los vuelve inaceptables para la mayoría de los hombres. Los fármacos actuales que están a prueba implican una combinación de una testosterona sintética y de una progestina (como la DMPA, utilizada en la inyección Depo-Provera para las mujeres); esta última suprimiría la producción de FSH y LH. Otro grupo de sustancias son los antagonistas de GnRH. Al reducir los niveles de GnRH, reducirían la producción de FSH y LH, que detendrían la espermatogénesis.

Anticonceptivos inmunológicos. Los científicos han estado trabajando en una vacuna anticonceptiva que induciría al sistema inmune del individuo a reaccionar de una manera que interrumpiría uno de los pasos en el sistema de fertilidad; por ejemplo, una de las etapas

en la producción o maduración de los espermatozoides. Una opción es una vacuna que se dirija a los antígenos del esperma. Otra es una vacuna para hombres que se dirigiría a la FSH pituitaria, con lo cual se bloquearía la producción de espermatozoides sin detener la fabricación de testosterona. Ninguna de éstas se encuentra todavía a prueba.

Métodos para mujeres

Antisépticos. Los antisépticos son sustancias que eliminan microbios (bacterias y virus) y, preferiblemente, los espermatozoides. Los expertos esperaban que las espumas y jaleas anticonceptivas actuales, que contienen nonoxinol-9 (N-9), fueran antisépticos efectivos, pero resulta ser que el N-9 es ineficaz y, de hecho, puede hacer que las mujeres sean más vulnerables a las infecciones. Lo que se necesita es un antiséptico sumamente efectivo para eliminar los virus y bacterias que causan las ETS y que también sean efectivos para eliminar los espermatozoides. Varios antisépticos prometedores se están sometiendo a pruebas clínicas en la actualidad y podrían estar disponibles para el año 2007 (Hatcher *et al.*, 2004). Éstos incluyen BufferGel, Invisible Condom, Savvy y PRO 2000. Estos antisépticos se utilizarían solos o con un diafragma o condón.

FemCap y Lea's Shield. FemCap y Lea's Shield son dispositivos vaginales de barrera similares al diafragma. El Lea's Shield es un dispositivo de silicona con forma de copa y de un solo tamaño que tiene una pequeña válvula de una vía que permite escapar el aire a medida que se inserta y ayuda a proporcionar succión para mantenerlo en el lugar apropiado sobre el cuello uterino. FemCap tiene forma de gorra (véase figura 8.16), también es de silicona y viene en tres tamaños. Ambos dispositivos deben emplearse con espermicida o con uno de los nuevos antisépticos. Los dos han recibido la aprobación de la FDA y deberían estar disponibles en fecha próxima (Hatcher *et al.*, 2004).

Nuevos DIU. Se están desarrollando varios DIU nuevos. Uno, GyneFix, es similar a la T de cobre, pero sin la T; es decir, no tiene armazón. Simplemente lleva tubos de cobre sobre un cordel y debería tener una duración mínima de cinco años. Se le ha aprobado en Europa y está disponible en China.

Esterilización no quirúrgica reversible. Este método implica inyectar silicona líquida dentro de las trompas de Falopio. La silicona se endurece y forma un tapón. Los tapones se pueden retirar posteriormente si la mujer desea embarazarse. Este método aún no ha sido aprobado por la FDA pero se está estudiando en Holanda. También podría utilizarse para obstruir los conductos en los varones.

RESUMEN

El cuadro 8.5 proporciona un resumen comparativo de los diversos métodos de control natal que se analizan en este capítulo.

Cuadro 8.5 Resumen de información sobre métodos de anticoncepción y aborto.

| Método | Calificación sobre efectividad | Tasa de fracaso de usuario perfecto, % | Tasa de fracaso, de usuario típico, % | Tasa de mortalidad (por 100 000 mujeres) | Costo anual | Ventajas | Desventajas |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------|---|--|
| Depo-Provera | Excelente | 0.3 | 3 | | 200 | Requiere menos memoria; | |
| Píldoras anticonceptivas combinadas | Excelente | 0.3 | 8 | 1.6 | 195 | Sumamente efectiva; no se usa al momento del coito; mejoría en ciclos menstruales | Costo; posibles efectos secundarios. debe usarse a diario |
| Parche | Excelente | 0.3 | 1.3 | | \$360 | Requiere menos memoria que la píldora | |
| Anillo vaginal | Excelente | 0.5 | 5 | — | 360 | | |
| DIU, T de cobre | Excelente | 0.6 | 0.8 | 1.0 | 250 [†] | No requiere memoria o motivación | Posibilidad de expulsión |
| T de progesterona | Excelente | 0.1 | 0.1 | | 275 | | Usado al momento del coito; gasto continuo |
| Condón, masculino | Muy buena | 2 | 15 | 1.7 | 50 | Fácil de usar; protección contra ETS | |
| Condón, femenino | Buena | 5 | 21 | 2.0 | 750 | Protección contra ETS | Molesto |
| Diafragma con espermicida | Buena | 6 | 16 | 2.0 [‡] | 100 | No tiene efectos secundarios; económico | Objeciones estéticas |
| Capuchón cervical con espermicida | | | | | 100 | No tiene efectos secundarios; económico | — |
| Mujeres paras | Adecuada | 26 | 32 | 2.0 [‡] | | | |
| Mujeres nulíparas | Buena | 9 | 16 | 2.0 [‡] | | | |
| Crema, espuma vaginal | Adecuada | 18 | 29 | 2.0 [‡] | 50 | Fácil de usar; disponibilidad | Sucio; gasto continuo |
| Método por retiro | Buena | 4 | 27 | 2.0 | Ninguno | Sin costo | Requiere gran motivación |
| Ritmo | Deficiente a adecuada | 2-9 | 25 | 2.0 [‡] | Ninguno | Sin costo, aceptado por la Iglesia Católica Romana | Requiere gran motivación, abstinencia prolongada; no todas las mujeres pueden usarlo |
| Coito sin protección | Deficiente | 85 | 85 | 9 [‡] | Ninguno | | |
| Aborto legal, primer trimestre | Excelente | 0 | 0 | 0.5 | 400 | Disponibles cuando fallan los demás métodos | Gasto; inaceptable moral o psicológicamente |
| Esterilización, hombres | Excelente | 0.10 | 0.15 | 0.3 | 1 200 ^{**} | Permanente, sumamente efectiva | Permanencia; gasto |
| Esterilización, mujeres | Excelente | 0.5 | 0.5 | 1.5 | 8 000 ^{**} | Permanente, sumamente efectiva | Permanencia; gasto |

*Basado en 150 actos de coito. Los precios se obtuvieron de Wisconsin Planned Parenthood, 2004, para clientes con pago completo. Los precios son más bajos para niveles de menor ingreso. Los precios son mayores para médicos privados. Los precios de la esterilización se obtuvieron del Meriter Hospital. El costo de la esterilización femenina incluye hospitalización y honorarios médicos. El costo es menor si se realiza durante una operación cesárea.

† Basado en un costo de 300 dólares para el DIU de cobre más 200 dólares por la inserción hecha por un médico y la suposición de que el DIU se utilizará durante dos años. El costo de la T de progesterona es 350 dólares.

‡ Basado en la tasa de mortalidad por embarazo como resultado del método. De cada 100 000 nacimientos vivos en Estados Unidos, mueren 12 mujeres (Cheng *et al.*, 2003).

§ Pero tener un bebé es costoso.

** Éstos son costos de una sola vez.

Fuente: Hatcher *et al.* (2004).

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Piensa usted que es erotóforo(a) o erotófilo(a)? ¿En qué sentidos considera que su erotofobia o erotofilia le han afectado o afectarán en cuanto al uso de anticonceptivos?
2. Discuta el siguiente tema. Decisión: La píldora anticonceptiva es un método seguro y efectivo de control natal para la mayoría de las mujeres.
3. En Estados Unidos, hay pocos DIU disponibles debido a las demandas legales en contra de las empresas fabricantes y por la preocupación acerca de los posibles riesgos para la salud. En contraste, en la República Popular de China son los pilares de la anticoncepción, con 40 millones en uso. ¿Cuál país tiene la mejor política?
4. En su universidad, al igual que en todas las universidades, es probable que los estudiantes sean inconsistentes en su utilización del control natal o no utilizan nada aunque sean sexualmente activos. Diseñe un programa para mejorar las prácticas de control natal en su campus.
5. Sabiendo que usted está tomando un curso de sexualidad humana y ha obtenido muchos conocimientos, Latoya, su mejor amiga, viene con usted en estado de crisis. Anoche, ella y su novio tuvieron sexo sin protección y ella está aterrorizada de estar embarazada. ¿Qué opciones le explicaría y cuál le recomendaría?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Hatcher, Robert A., *et al.*, (2004). *Contraceptive Technology. 18a. edición*. Nueva York: Ardent Media. Este confiable libro se actualiza con frecuencia y proporciona la información más reciente acerca de todos los métodos anticonceptivos.

Tone, Andrea. (2001). *Devices and desires: A history of contraceptives in America*. Nueva York: Hill & Wang. Este libro proporciona una fascinante y esclarecedora historia social sobre el desarrollo del control natal en Estados Unidos, desde la

fabricación generalizada de condones de hule a mitad del siglo XIX, pasando por los intentos de Comstock por prohibir los anticonceptivos y los esfuerzos de Margaret Sanger por hacer ampliamente disponible el control natal, hasta la introducción de la píldora.

Ulmann, Andre; Teutsch, Georges y Philibert, Daniel. (Junio de 1990). RU-486. *Scientific American*, 262, 42-48. Un interesante artículo tras bastidores acerca de tres de los científicos franceses que participaron en el desarrollo de la RU- 486 (mifepristona).

RECURSOS EN LA RED

Salud reproductiva

<http://www.plannedparenthood.org/health>
Información de salud de la Planned Parenthood Federation of America.

<http://www.guttmacher.org>
Página de inicio del Alan Guttmacher Institute.

<http://www.rhgateway.org>
The Reproductive Health Gateway.

Anticoncepción

<http://www.plannedparenthood.org/bc>
Páginas de control natal de Planned Parenthood.

Anticoncepción de urgencia

<http://www.plannedparenthood.org/ec>
Información de Planned Parenthood sobre anticoncepción de urgencia.

<http://ec.princeton.edu>

Sitio de información sobre anticoncepción de urgencia de la Office of Population Research de la Universidad de Princeton.

Aborto

<http://www.plannedparenthood.org/ABORTION>
Información de Planned Parenthood sobre el aborto.

<http://www.naral.org>
Página inicial de NARAL Pro-Choice America.

<http://www.nrlc.org>
National Right to Life Committee.

Temas de salud femenina internacional

<http://www.iwhc.org>
International Women's Health Coalition (Coalición internacional de salud de la mujer).

C A P Í T U L O

9

Fisiología de la respuesta sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

El ciclo de la respuesta sexual

Excitación

Meseta

Orgasmo

Resolución

Otros hallazgos de las investigaciones de
Masters y Johnson

Modelos cognitivos-fisiológicos

Modelo trifásico de Kaplan

Walen y Roth: un modelo cognitivo

Bases hormonales y neurales de la conducta sexual

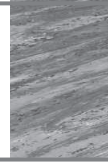
El cerebro, la médula espinal y el sexo

Control cerebral de la respuesta sexual

Hormonas y sexo

Feromonas

Éstos son algunos de los colores de los orgasmos de diferentes personas: champaña, todos los colores con blanco y gris después, azul y rojo, verde, beige y azul, rojo, azul y dorado. Algunas personas nunca lo logran porque están tratando de hacerlo a cuadros.*



*Berne (1970), p. 238.

Este capítulo trata acerca de la manera en que el cuerpo responde durante la excitación sexual y el orgasmo, y acerca de los procesos que subyacen a estas respuestas. Esta información es de gran importancia en el desarrollo de técnicas adecuadas para hacer el amor (véase capítulo 10) y en el análisis y tratamiento de los trastornos sexuales tales como la eyaculación precoz (véase capítulo 19).

Primero, examinaremos la forma en que el cuerpo responde fisiológicamente durante el orgasmo. Gran parte de lo que sabemos acerca de estos procesos se basa en las investigaciones clásicas de Masters y Johnson. Sin embargo, se han criticado sus investigaciones, de modo que la siguiente sección presenta algunos modelos alternativos a los suyos. A continuación nos enfocaremos sobre la manera en que las hormonas, el cerebro y la médula espinal contribuyen a la conducta y respuesta sexual. Por último, consideraremos las investigaciones acerca de feromonas y su influencia sobre la conducta sexual en animales y humanos.

El ciclo de la respuesta sexual

Los investigadores sexuales William H. Masters y Virginia E. Johnson proporcionaron uno de los primeros modelos de la fisiología de la respuesta sexual humana. Sus investigaciones culminaron en 1966 con la publicación de *Human Sexual Response* (Respuesta sexual humana), que contenía datos acerca de 382 mujeres y 312 varones observados durante más de 10 000 ciclos sexuales de excitación y orgasmo. (Se presentó una discusión y crítica de las técnicas de investigación de Masters y Johnson en el capítulo 3.) Las recientes investigaciones biológicas han confirmado muchos de sus hallazgos, al tiempo que cuestionan algunos y amplían muchos más. Toda esta investigación forma las bases para las secciones que se encuentran a continuación.

Masters y Johnson describieron cuatro etapas dentro de la respuesta sexual, que denominaron *excitación*, *meseta*, *orgasmo* y *resolución*. Los dos procesos fisiológicos básicos que ocurren durante estas etapas son la vasocongestión y la miotonía. La **vasocongestión** ocurre cuando una gran cantidad de sangre fluye hacia los vasos sanguíneos de una región, en este caso los genitales, como resultado de la dila-

tación de los vasos sanguíneos de dicha región. La **miotonia** ocurre cuando los músculos se contraen, no sólo en los genitales, sino a través del cuerpo. Ahora, consideremos en detalle lo que sucede en cada una de las etapas.

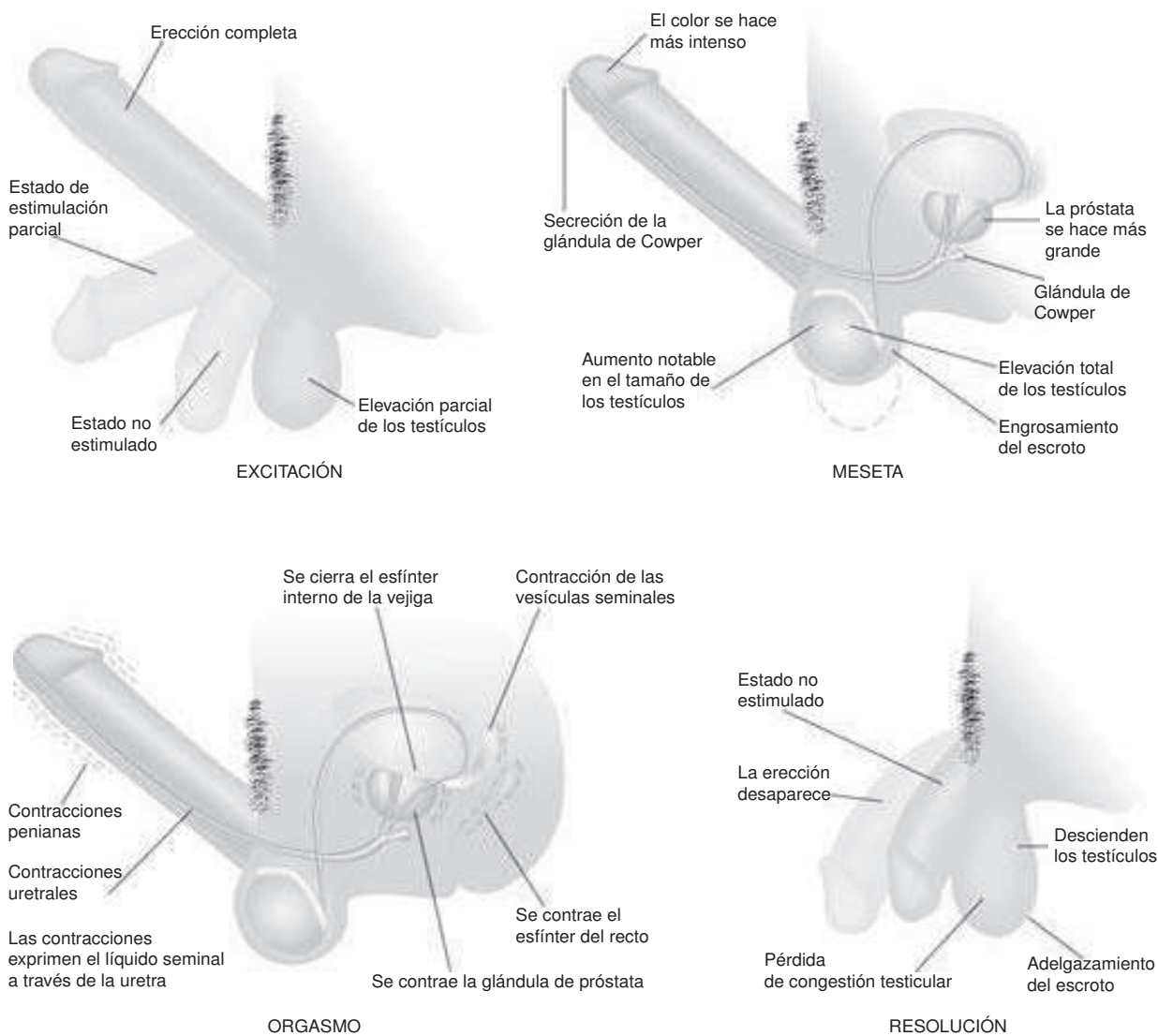
Excitación

La fase de **excitación** es el inicio de la estimulación erótica. El proceso básico que sucede durante la excitación es la vasocongestión. Esto produce la evidente respuesta de estimulación en el varón: la erección. Ésta resulta cuando los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso se llenan de sangre (presentan tumefacción) (véase figura 9.1). Es posible producir una erección por medio de la estimulación física directa de los genitales, por medio de la estimulación de otras partes del cuerpo, o por medio de pensamientos eróticos. Ocurre de manera muy veloz, después de unos cuantos segundos de estimulación, aunque puede ocurrir de manera más lenta a causa de un número de factores, incluyendo la edad, la ingesta de alcohol y la fatiga.

Las investigaciones que se han realizado en la última década —estimuladas, en parte, por la búsqueda del Viagra— nos han dado información mucho más detallada acerca del proceso fisiológico implicado en la erección (Adams, 1997; Heaton, 2000). Diversas arterias proveen a los cuerpos cavernosos y al esponjoso. Para que suceda una erección, es necesario que estas arterias se dilaten (vasodilatación), permitiendo que entre un fuerte flujo sanguíneo a los cuerpos. Al mismo tiempo, se comprimen las venas que descargan la sangre del pene, con lo que se restringe el flujo sanguíneo saliente. Las arterias se dilatan porque se relajan los músculos lisos que rodean a las arterias. Hay diversos neurotransmisores implicados en este proceso, incluyendo, en especial, el óxido nítrico (NO). También se encuentra involucrada la dopamina. El Viagra actúa sobre el sistema óxido nítrico.

Por supuesto, las erecciones, por más agradables que sean, se volverían dolorosas si duraran para siempre, de modo que existe un proceso inverso, la vasoconstricción, que hace que la erección desaparezca como, por ejemplo, después de un orgasmo. Los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina están involucrados. Estos procesos ocurren en la fase de resolución, que se discute más adelante.

Vasocongestión: acumulación de sangre en los vasos sanguíneos de una región del cuerpo, especialmente los genitales; su consecuencia es una inflamación o erección.
Miotonia: contracción muscular.
Excitación: primera etapa de la respuesta sexual, durante la cual ocurren la erección en el varón y la lubricación vaginal en la mujer.

Figura 9.1 Cambios durante el ciclo de respuesta sexual en el varón.

Una respuesta importante de las mujeres en la fase de excitación es la lubricación de la vagina. Aunque esta respuesta podría parecer muy diferente de la del varón, en realidad ambas son el resultado del mismo proceso fisiológico: la vasocongestión. La lubricación vaginal sucede cuando los fluidos se filtran a través de las membranas semipermeables de las paredes vaginales, produciendo la lubricación como resultado de la vasocongestión de los tejidos que rodean a la vagina. Esta respuesta a la estimulación también es rápida, aunque no tanto como la del varón; la lubricación ocurre 10 a 30 segundos después del inicio de los estímulos excitantes.¹ Del mismo modo que en la respuesta

¹Antes de las investigaciones de Masters y Johnson, se pensaba que la lubricación se debía a las secreciones de las glándulas de Bartholin, pero ahora se sabe que dichas glándulas tienen poca o ninguna participación. En este

sexual masculina, la respuesta de la mujer se puede ver afectada por factores tales como la edad, la ingesta de alcohol y la fatiga.

Durante la fase de excitación, el glande del clítoris (la punta) se inflama. Esto se debe a la tumefacción de sus cuerpos cavernosos y es similar a la erección del varón. El clítoris se siente más grande y duro que de costumbre. Los pilares del clítoris, que yacen en un sitio más profundo del cuerpo (figura 4.3), también se inflaman como resultado de la vasocongestión. Los bulbos vestibulares, que yacen a lo largo de la pared de la vagina, también son eréctiles y se hinchan durante la fase de excitación.

momento, tal vez le gustaría regresar a la poesía humorística acerca de las glándulas de Bartholin del capítulo 4 para ver si puede detectar el error que contiene.

La vasocongestión en la mujer se debe a los mismos procesos fisiológicos subyacentes que operan en el varón. Es decir, se presenta una relajación del músculo liso que rodea a las arterias que abastecen al glande y pilares del clítoris y a los bulbos vestibulares, lo que permite que una gran cantidad de sangre fluya hacia la región (Berman *et al.*, 2000). Así como en el hombre, el óxido nítrico es un neurotransmisor esencial implicado en el proceso (Traish *et al.*, 2002). El estrógeno auxilia a la vasodilatación.

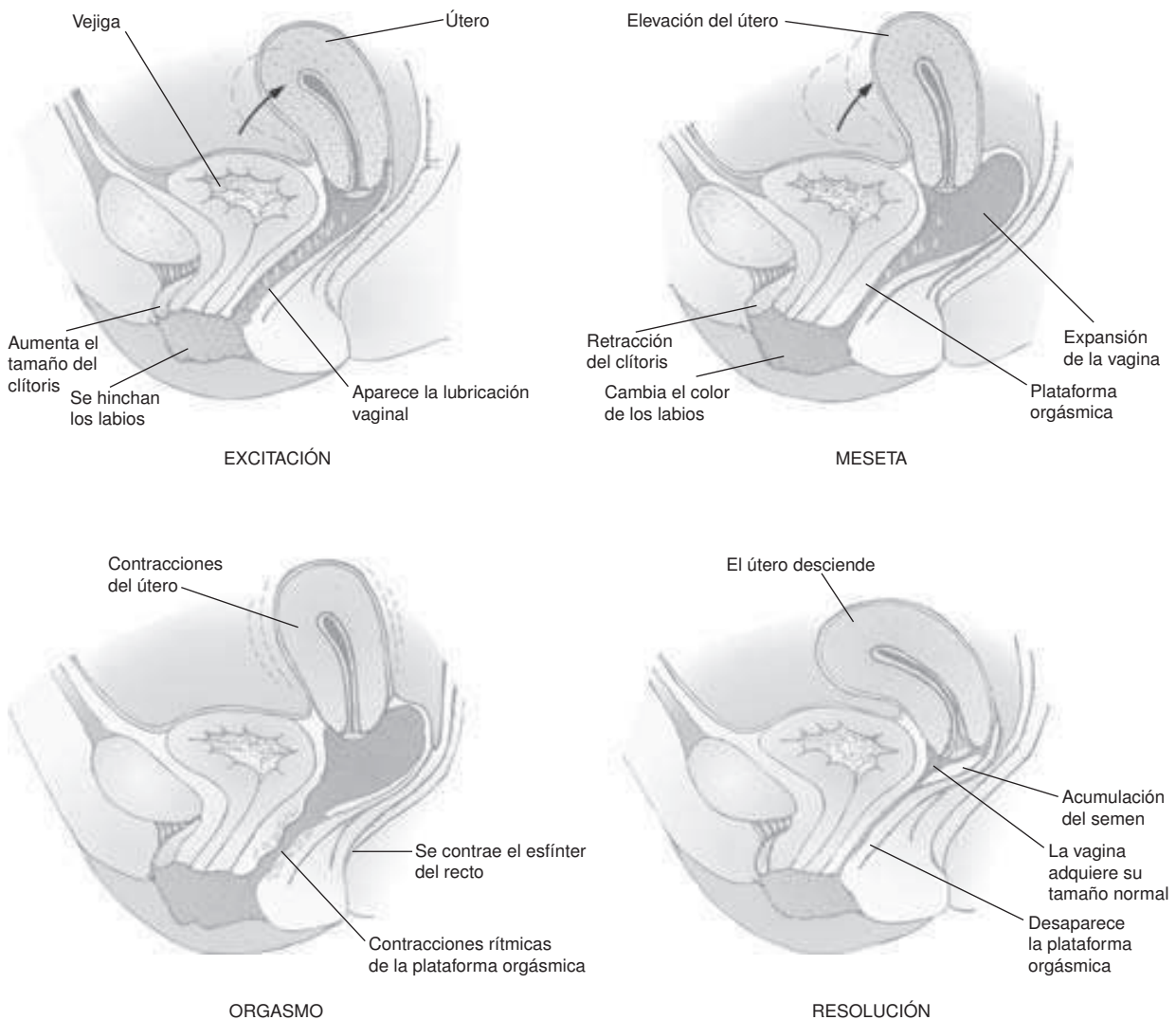
A causa de la excitación, los pezones presentan erección; esto es el resultado de las contracciones de las fibras musculosas (miotónia) que rodean al pezón. Las mamas mismas se hinchan y aumentan un poco de tamaño en la parte tardía de la fase de excitación (una respuesta de vasocongestión). Así, es posible que, de hecho, los pezones no se vean erectos, sino más bien

algo aplanados contra el seno ya que éste se ha hinchado. Muchos varones también presentan una erección en los pezones durante la fase de excitación.

En general, en el estado no estimulado, los labios internos están doblados hacia dentro, cubriendo la entrada a la vagina, y los labios externos se encuentran cerrados. Durante la excitación, los labios internos se inflaman y se abren (una respuesta de vasocongestión).

La vagina muestra un importante cambio durante la excitación. Piense en la vagina como si estuviese dividida en dos partes, los dos tercios superiores (o internos) y un tercio inferior (o externo). En el estado no excitado, las paredes de la vagina yacen juntas, en mucho como los lados de un globo desinflado. Durante la fase de excitación, los dos tercios superiores de la vagina se expanden de manera espectacular en lo que con frecuencia se denomina una respuesta de "infla-

Figura 9.2 Cambios durante el ciclo de respuesta sexual en la mujer.



miento”; es decir, se parece más a un globo inflado (véase figura 9.2). Esto permite facilitar la entrada del pene. Como parte del inflamamiento, el cuello uterino y el útero se levantan, creando un efecto de “tienda de campaña” en las paredes vaginales (figura 9.2) y ensanchando la entrada del cuello uterino, lo cual probablemente permite que los espermatozoides entren al útero con mayor facilidad.

Durante la excitación, es posible que aparezca un “rubor sexual” en la piel tanto del varón como de la mujer, aunque es más común en esta última. El rubor sexual se asemeja a una erupción de sarampión; con frecuencia aparece en la parte superior del abdomen y se propaga hacia el pecho. También puede aparecer más adelante durante el ciclo de respuesta sexual.

Otros cambios que suceden tanto en el varón como en la mujer incluyen un aumento en el pulso y en la presión arterial.

En los varones, aparece un engrosamiento de la piel del escroto. El saco escrotal se tensa y el escroto sube y se acerca al cuerpo (figura 9.1). Se acortan los cordones espermáticos, los cuales acercan a los testículos al cuerpo.

Meseta

Durante la fase de **meseta**, la vasocongestión alcanza su cima. En los varones, el pene se encuentra totalmente

erecto, aunque pueden existir variaciones en la firmeza de la erección. El glande se inflama. Los testículos ascienden todavía más y se acercan al cuerpo de manera más extrema. Unas cuantas gotas de líquido (en el caso de algunos hombres, muchas), secretadas por la glándula de Cowper, aparecen en la punta del pene. Aunque no son parte del eyaculado, pueden contener espermatozoides activos.

Tanto en la mujer como en el varón, hay un aumento adicional en las tasas de respira-

ción, en el pulso y en la presión arterial.

En las mujeres, el cambio más notable durante la fase de meseta es la formación de la **plataforma orgásmica**. Ésta es un estrechamiento del tercio exterior de la vagina (figura 9.2). De hecho, por lo anterior, la entrada de la vagina se vuelve más pequeña y puede haber un aumento notable en la sujeción del pene.

Otro cambio es la elevación del clítoris. En esencia, el clítoris se retrae o retrocede al interior del cuerpo.

En resumen, los procesos de la fase de meseta son una continuación de los procesos básicos —vasocongestión y miotonía— de la fase de excitación. Ambos procesos continúan intensificándose hasta que existe una tensión suficiente para el orgasmo.

Orgasmo

En el varón, el **orgasmo** consiste de una serie de contracciones rítmicas de los órganos pélvicos a intervalos de 0.8 segundos. De hecho, el orgasmo masculino ocurre en dos etapas. En la etapa preliminar, los conductos, vesículas seminales y próstata se contraen, forzando el eyaculado hacia un bulbo que se encuentra en la base de la uretra (figura 9.1). Masters y Johnson denominaron *inevitabilidad eyaculatoria* (“venirse”) a la sensación que acompaña a esta etapa; es decir, existe la sensación de que la eyaculación está a punto de suceder y que no hay posibilidad de detenerla. Y, de hecho, no se puede detener, una vez que el varón ha alcanzado este punto. En la segunda etapa, el bulbo uretral y el pene mismo se contraen de forma rítmica, exprimiendo al semen a través de la uretra y haciéndolo salir por la abertura en la punta del pene.

Tanto en varones como en mujeres, hay aumentos marcados en pulso, presión arterial y tasas de respiración durante el orgasmo.² Se contraen músculos en todo el cuerpo. Es posible que la cara se contorsione en una mueca; se pueden contraer los músculos de brazos, piernas, muslos, espalda y nalgas; además, es posible que los músculos de pies y manos se contraigan en *espasmos carpopedales*. Por lo general, en la pasión del momento, nadie realmente se da cuenta de todo esto, pero es posible que quede un dolor de espaldas o de nalgas como recordatorio al día siguiente.

Básicamente, el proceso del orgasmo en las mujeres es similar al de los varones. Es una serie de contracciones musculares rítmicas de la plataforma orgásmica. En general, las contracciones suceden a intervalos de 0.8 segundos; puede haber tres o cuatro en un orgasmo leve, y tantas como una docena en un orgasmo muy intenso y prolongado. El útero también se contrae de forma rítmica. Es posible que también se contraigan otros músculos, como los que se encuentran alrededor del ano.

El orgasmo femenino es extraño. Como en el caso del amor, casi nunca se puede encontrar a alguien que le dé una definición precisa de lo que es. En lugar de esto, la gente generalmente echa mano de cosas como: “Sabrás lo que es cuando te pase.” Es probable que estas evasivas se deban a diversos factores, principalmente a que el orgasmo femenino no deja evidencia tangible de su ocurrencia, como una eyaculación: con excepción de aquellas mujeres que sí eyaculan. Así también, es frecuente que las mujeres no tengan un orgasmo con la misma rapidez que los hombres, un punto que se discutirá en más detalle en el capítulo 14. De hecho, algunas mujeres, en especial las jóvenes, pueden pensar que están teniendo un orgasmo cuando

² Aun con toda la atención que en la actualidad se presta a los ejercicios aeróbicos y al corazón, todavía no hemos oído que alguien sugiera ejercicios aeróbicos orgásmicos. Nos parece que funcionarían muy bien. ¡Cuidado, kick boxing! ¡Aquí viene el sexejercicio!

Meseta: término de Masters y Johnson para la segunda fase de la respuesta sexual y que ocurre justo antes del orgasmo.

Plataforma orgásmica: estrechamiento de la entrada de la vagina producida por contracciones del músculo bulboesponjoso (que cubre los bulbos vestibulares) que ocurre en la etapa de meseta de la excitación sexual.

Orgasmo: tercera etapa de la respuesta sexual; una sensación intensa que ocurre en el momento culminante de la excitación sexual y al cual le sigue la liberación de las tensiones sexuales.

no es así; nunca han tenido un orgasmo y, por lo tanto, confunden la excitación intensa con uno.

¿Exactamente cómo se siente el orgasmo en la mujer? Principalmente, es una sensación que se extiende desde el clítoris y después se difunde en toda la pelvis. También puede haber sentimientos de caerse o abrirse. Además, es posible que la mujer sea capaz de percibir la contracción de los músculos que rodean la entrada vaginal. La sensación es más intensa que un simple sentimiento de calidez o un cosquilleo placentero. En un estudio, hombres y mujeres universitarios proporcionaron descripciones escritas de la manera en que se sentía un orgasmo (Vance y Wagner, 1976). Es interesante señalar que un grupo de expertos (estudiantes de medicina, ginecoobstetras y psicólogos clínicos) no pudieron descifrar de manera confiable cuáles descripciones habían escrito las mujeres y cuáles los varones. Esto sugiere que las sensaciones son bastante similares para ambos.

Algunos de los varones en nuestras clases han preguntado cómo pueden saber si una mujer realmente ha tenido un orgasmo. La pregunta misma es interesante. En parte refleja un escepticismo cultural en cuanto al orgasmo femenino. En general, existen pruebas evidentes del orgasmo masculino: la eyacuación. Pero no existe prueba consistente del orgasmo femenino, excepto que algunas mujeres sí eyaculan. La pregunta también refleja el hecho de que los hombres saben que las mujeres a veces fingen tener un orgasmo. El fingimiento de los orgasmos es un asunto complejo. Básicamente, es probable que no sea buena idea, porque es deshonesto. También conduce a que la pareja

de la mujer piense que su técnica de estimulación es más efectiva de lo que es. Por otra parte, es necesario entender la variedad de razones por lo que lo hacen las mujeres. Con frecuencia es difícil que la mujer tenga un orgasmo y, en la actualidad, la cultura estadounidense coloca gran énfasis en que todo mundo tenga orgasmos. Es posible que la mujer sienta que se espera que tenga un orgasmo y que, al darse cuenta de que es poco probable que suceda en ese momento, lo finja para satisfacer las expectativas. También es posible que lo haga para complacer a su pareja.³ Pero regresemos a la pregunta: ¿Cómo se puede saber? En realidad no existe ninguna manera adecuada. Desde un punto de vista científico, un buen método sería conectar a la mujer a un instrumento que registrara el pulso; al momento del orgasmo hay un marcado y repentino aumento del mismo, lo que sería una indicación excelente. Sin embargo, dudamos que la mayoría de los hombres tenga disponibilidad a este tipo de equipo y dudamos aún más que la mayoría de las mujeres estaría dispuesta a que se le conectara de tal manera. Probablemente, en lugar de tratar de supervisarse el uno al otro, lo mejor sería que la pareja estableciera una comunicación adecuada y honesta, y que evitara establecer metas de desempeño sexual, puntos que se discutirán en mayor detalle en capítulos posteriores.

Resolución: término de Masters y Johnson para la última fase de la respuesta sexual, en la que el cuerpo regresa al estado sin excitación.

Resolución

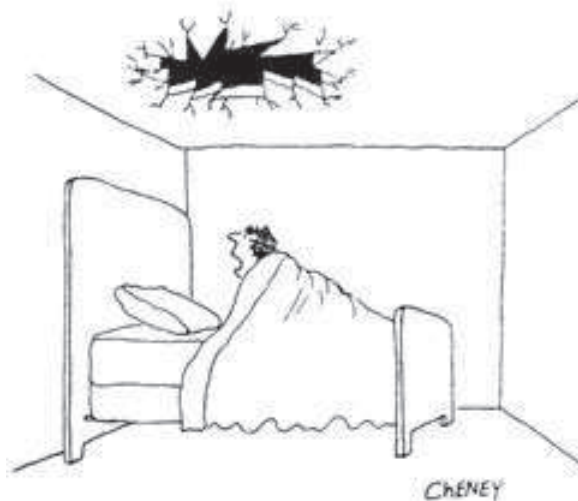
Después del orgasmo, se encuentra la fase de **resolución**, durante la cual la fisiología del cuerpo regresa al estado no excitado. El orgasmo desencadena una liberación masiva de tensión muscular y de la sangre que se encuentra en los vasos tumefactos. Así, la resolución representa una reversión de los procesos que se desarrollaron durante las etapas de excitación y meseta.

El primer cambio en la mujer es una reducción en la inflamación de las mamas. En los 5 a 10 segundos después del final del orgasmo, el clítoris regresa a su posición normal, aunque toma más tiempo que regrese a su tamaño habitual. La plataforma orgásmica se relaja y comienza a reducirse. Disminuye el inflamamiento de la vagina y el útero se encoge.

En general, la fase de resolución tarda de 15 a 30 minutos, pero es posible que tome mucho más tiempo—tanto como una hora— en mujeres que no han tenido un orgasmo. Este último hecho ayuda a explicar la congestión pélvica crónica que Masters y Johnson

³ De hecho, muchos viejos manuales sexuales, así como libros de texto médicos, les aconsejaban a las mujeres que fingieran el orgasmo. Por ejemplo: "Es un buen consejo sugerirle a las mujeres las ventajas de la inocente simulación de la receptividad sexual y, de hecho, muchas mujeres, en su deseo por complacer a sus maridos, aprendieron las ventajas de este inocente engaño" (Novak y Novak, 1952, p. 572).

Figura 9.3.



“¿Te viniste?”

Fuente: Tom Cheney/ Penthouse Magazine

observaron en las prostitutas (véase capítulo 3). Era frecuente que las prostitutas experimentaran excitación sin llegar al orgasmo. Así, se presentaban repetidas acumulaciones de vasocongestión sin la liberación que provocaba el orgasmo. El resultado era una vasocongestión crónica en la pelvis. La versión leve de esto último, que le ocurre a algunas mujeres que tienen relaciones sexuales pero que no pueden tener orgasmos, puede ser bastante incómoda.

Tanto en los varones como en las mujeres, la resolución conlleva un retorno gradual del pulso, presión arterial y tasa de respiración a sus niveles de no excitación.

En los varones, el suceso más evidente de la fase de resolución es la detumescencia, la pérdida de la erección del pene. Esto sucede en dos etapas, ocurriendo la primera de manera veloz pero dejando al pene todavía agrandado (la primera pérdida de la erección es el resultado del vaciamiento de los cuerpos cavernosos) y la segunda de forma más lenta, como resultado del vaciamiento más gradual del cuerpo esponjoso y del glande.

Durante la fase de resolución, los varones entran a un **periodo refractario**, donde son refractarios a la estimulación adicional; es decir, son incapaces de excitarse de nuevo, de tener una erección y de llegar al orgasmo. La duración de este periodo refractario

Periodo refractario: periodo después del orgasmo en el que el varón no puede excitarse sexualmente.

Orgasmo clitorídeo: término de Freud para el orgasmo en la mujer que es resultado de la estimulación del clítoris.

Orgasmo vaginal: término de Freud para el orgasmo en la mujer que es resultado de la estimulación de la vagina en el coito heterosexual; Freud consideraba al orgasmo vaginal como más maduro que el orgasmo clitorídeo.

varía considerablemente de hombre a hombre; en algunos puede durar sólo unos cuantos minutos, mientras que en otros puede proseguir durante 24 horas. El periodo refractario tiende a prolongarse a medida que el hombre envejece.

Las mujeres no entran en un periodo refractario, lo que posibilita el fenómeno de los orgasmos múltiples en la mujer, mismo que se discutirá en la siguiente sección.

Tanto en varones como en mujeres, hay una secreción de oxitocina durante la excitación sexual y se presenta una descarga de prolactina al momento del orgasmo (Exton *et al.*, 1999; Levin, 2003; Kruger *et al.*, 2002). Algunos piensan que la prolactina es el dispositivo de apagado de la excitación sexual y que es responsable del periodo refractario en los varones, aunque eso no explica las razones por las cuales las mujeres no presentan un periodo refractario.

Otros hallazgos de las investigaciones de Masters y Johnson

A partir de la investigación de Masters y Johnson, surgió un número de hallazgos adicionales de importancia, dos de los cuales se discutirán en esta sección.

Orgasmo clitorídeo contra orgasmo vaginal

Algunas personas creen que las mujeres pueden tener dos tipos de orgasmo: el **orgasmo clitorídeo** y

el **orgasmo vaginal**. Las palabras *clitorídeo* y *vaginal* no implican que el clítoris experimenta un orgasmo o que la vagina experimenta un orgasmo. Más bien, se refieren a la región de la estimulación: un orgasmo que resulta de la estimulación clitorídea contra un orgasmo que resulta a partir de la estimulación vaginal. Sigmund Freud es quien originó esta distinción. Freud creía que durante la infancia las niñas pequeñas se masturban y así obtienen orgasmos por medio de la estimulación clitorídea, u orgasmos clitorídeos. Pensaba que, a medida que crecían y maduraban las mujeres, era necesario que cambiaran de tener orgasmos como resultado de la masturbación a tenerlos como resultado del coito heterosexual, es decir, por medio de la estimulación vaginal. (¡El interés personal de Freud como hombre en cuanto a este tema es bastante transparente!) Así, el orgasmo vaginal se consideraba “maduro”, mientras que el orgasmo clitorídeo era “inmaduro” o “infantil”; no sólo resultó que había dos tipos de orgasmo, sino que uno era “mejor” (es decir, más maduro) que el otro.

La formulación de Freud tiene un interés más que teórico ya que ha tenido un impacto sobre las vidas de muchas mujeres. A lo largo de varias décadas, gran parte de ellas se sometieron a psicoanálisis y pasaron incontables horas agonizando acerca de la razón por la que no podían tener orgasmos vaginales y por la que disfrutaban tanto los orgasmos clitorídeos “inmaduros”. A las mujeres que sólo podían tener orgasmos por medio de la estimulación clitorídea se les llamaba “vaginalmente frías” o “fijadas” en una etapa infantil.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados de las investigaciones de Masters y Johnson, la distinción entre orgasmos clitorídeos y vaginales no tiene ningún sentido. Esta conclusión se basa en dos hallazgos. Primero, sus resultados indican que todos los orgasmos femeninos son fisiológicamente iguales, sin tomar en cuenta el sitio de estimulación. Es decir, un orgasmo siempre consiste de las contracciones de la plataforma orgásmica, ya sea que la estimulación sea clitorídea o vaginal. De hecho, encontraron mujeres que podían tener orgasmos con la sola estimulación de sus senos, y que este orgasmo era igual a los otros dos, consistiendo de las contracciones de la plataforma orgásmica y de los músculos alrededor de la vagina. Así, en términos fisiológicos, sólo existe un tipo de orgasmo. (Por supuesto, esto no quiere decir que en términos psicológicos no haya diversos tipos; la experiencia del orgasmo durante el coito puede ser muy diferente a experimentar un orgasmo durante la masturbación.) Segundo, la estimulación clitorídea casi siempre está implicada en la producción de un orgasmo, incluso durante el coito vaginal. La profunda estructura del clítoris (véase figura 4.3) garantiza que los pilares del clítoris se estimulen a medida que el pene se introduce en la entrada vaginal. Así, incluso el orgasmo puramente vaginal es el resultado de bastante estimulación clitorídea. En general, la estimula-

ción clitorídea es el disparador del orgasmo; éste en sí sucede en la vagina y en los tejidos circundantes.

Orgasmos múltiples

Tradicionalmente, se creía que en sentido orgásmico las mujeres se comportaban como los hombres en cuanto a que podían tener un orgasmo y que después entrarían en un periodo refractario antes de que pudieran tener otro. Sin embargo, Masters y Johnson descubrieron que las mujeres no entran en un periodo refractario y que pueden tener **orgasmos múltiples** dentro de un periodo corto. De hecho, Kinsey, durante sus entrevistas con mujeres (Kinsey *et al.*, 1953; véase también Terman *et al.*, 1938) fue quien originalmente descubrió la capacidad de éstas para tener orgasmos múltiples. No obstante, el aparato científico descartó estos informes como otra instancia de la supuesta falta de confiabilidad de Kinsey.

Así entonces, el término *orgasmos múltiples* se refiere a una serie de orgasmos que suceden dentro de un breve periodo. Fisiológicamente no difieren de los orgasmos sencillos. Cada uno es un orgasmo “verdadero” y no son experiencias poco importantes. Sin embargo, lo agradable del asunto es que los posteriores requieren de mucho menos esfuerzo que el primero.

¿Cómo funcionan los orgasmos múltiples desde el punto de vista fisiológico? Inmediatamente después del orgasmo, tanto las mujeres como los varones entran en la fase de la resolución. En esta fase, los varones típicamente entran en un periodo refractario, durante el cual no se les puede excitar de nuevo. Pero la mujer no entra en dicho periodo refractario. Es decir, si se le estimula de nuevo, es capaz de la excitación inmediata y de pasar ya sea a la fase de excitación o de meseta y tener un nuevo orgasmo.

Hay más probabilidades de que ocurran orgasmos múltiples como resultado de la estimulación manual-genital u oral-genital que por medio del coito, ya que la mayoría de los hombres no tienen la resistencia suficiente como para continuar con la penetración durante periodos tan prolongados. En cuanto a capacidad, Masters y Johnson encontraron que las mujeres que se masturbaban podían tener de 5 a 20 orgasmos. En algunos casos, sólo se detenían cuando se agotaban físicamente. Cuando se utiliza un vibrador, se requiere de menos esfuerzo, y algunas mujeres tienen la capacidad de tener 50 orgasmos seguidos.

Se debería señalar que algunas mujeres que son capaces de tener orgasmos múltiples se sienten completamente satisfechas con uno solo, en especial durante el coito, y que no desean continuar. Debemos tener cuidado de no fijar los orgasmos múltiples como otra de las muchas metas a alcanzar en el desempeño sexual.

En una muestra de mujeres adultas, todas ellas enfermeras (y que por tanto se podría suponer que tenían una buena comprensión de la anatomía y fisiología implicadas), 43 por ciento informaron que por lo

general experimentaban orgasmos múltiples (Darling *et al.*, 1991). De entre estas mujeres, 40 por ciento informaron que cada orgasmo sucesivo era más fuerte que el anterior, 16 por ciento dijo que cada orgasmo sucesivo era más débil que el anterior, y el resto dijo que sus orgasmos variaban o que no existía diferencia de intensidad en ellos. Las mujeres que tenían orgasmos múltiples tenían mayores probabilidades de tener un orgasmo antes que sus parejas, en comparación con las mujeres que tenían orgasmos sencillos.

Algunos hombres son capaces de tener orgasmos múltiples (p. ej., Hartman y Fithian, 1984; Zilbergeld, 1992). En un estudio, se entrevistó a 21 hombres que se habían prestado como voluntarios para una investigación de varones multiorgásmicos (Dunn y Trost, 1989). Algunos de estos varones informaron que habían sido capaces de tener orgasmos múltiples desde su debut sexual, mientras que otros habían desarrollado el patrón más adelante en sus vidas y aun otros se habían esforzado activamente para desarrollar la capacidad después de leer que existía tal posibilidad. Los respondientes informaron que los orgasmos múltiples no sucedían en cada ocasión que participaban en actividad sexual. Para estos hombres, la detumescencia no siempre seguía al orgasmo, lo que permitía que continuara la estimulación y que tuvieran un orgasmo adicional. Algunos reportaron que algunos de los orgasmos incluían eyaculación, mientras que otros dentro de la secuencia no lo hacían. Este estudio no nos puede informar de la incidencia de varones multiorgásmicos en la población general, pero sí proporciona evidencia de la existencia de varones capaces de orgasmos múltiples.

Orgasmos múltiples: series de orgasmos que ocurren dentro de un periodo corto.

Modelos cognitivos-fisiológicos

Algunos expertos en sexualidad humana no están de acuerdo con el modelo de cuatro etapas de Masters y Johnson. Una crítica importante es que el modelo de Masters y Johnson ignora los aspectos cognitivos y subjetivos de la respuesta sexual (Zilbergeld y Ellison, 1980). Es decir, Masters y Johnson se enfocaron casi de manera exclusiva en los aspectos fisiológicos de la respuesta, ignorando lo que la persona piensa y siente en un sentido emocional. El deseo y la pasión no forman parte del modelo. Esta omisión no presentaría problema alguno de no ser por el hecho de que puede haber importantes discrepancias entre la respuesta fisiológica y los sentimientos subjetivos. Por ejemplo, las personas pueden experimentar un alto nivel de deseo sexual y aun así no tener una erección o lubricación vaginal.

Una segunda e importante crítica se refiere a la manera en que se seleccionaron los participantes de la investigación y cómo este proceso pudo haber creado

Tema central 9.1

William Masters y Virginia Johnson

William Howell Masters nació en 1915. Asistió a la Hamilton College en Clinton, Nueva York, y se graduó en 1938 con título de Bachiller en Ciencias. En Hamilton se especializó en cursos de ciencias y aun así se las arregló para jugar en los equipos de fútbol americano, beisbol, basquetbol y atletismo además de participar en el club de debates. El anuario de la universidad lo llamó “un hombre oscuro y extraño con futuro... Se le facilita llevar tres cursos de laboratorio a un mismo tiempo pero tiene dificultades para ponerse al tanto en sus horas de sueño... Bill es un muchacho con metas y es seguro que logrará lo que pretende”. Continuó su devoción a los deportes y en 1966 un escritor científico los describió como un “ginecólogo pulcro y delgado que empieza su día a las 5:30 para salir a correr dos millas”.

Ingresa a la Facultad de Medicina de la University of Rochester en 1939, planeando capacitarse como investigador más que como médico practicante. En su primer año allí, trabajó en el laboratorio del famoso anatomista, el Dr. George Washington Corner. Corner estaba involucrado en investigaciones acerca del sistema reproductivo de animales y humanos que a la larga condujeron a importantes descubrimientos acerca de hormonas y del ciclo reproductivo. También

había publicado *Attaining Manhood: A Doctor Talks to Boys About Sex* y el tomo acompañante, *Attaining Womanhood*.

El proyecto de investigación de primer año que Corner le asignó a Masters fue un estudio acerca de los cambios en las membranas del útero del conejo hembra durante el ciclo reproductivo. Así fue que de inicio su interés se centró en el sistema reproductivo.

Masters se casó en 1942 y recibió su título como médico en 1943. Él y su esposa tuvieron dos hijos.

Después de graduarse, Masters tuvo que tomar una importante decisión: ¿a qué área de investigación debería dedicar su vida? En apariencia, su decisión de investigar la fisiología del sexo se basó en su aguda observación en cuanto a que casi no se habían hecho investigaciones anteriores en el área, de modo que tendría una buena oportunidad de realizar algunos importantes descubrimientos científicos. Al llegar a esta decisión, consultó con el Dr. Corner, quien estaba al tanto del progreso de Kinsey y también de la persecución a la que había estado sometido (véase capítulo 3). Así, Corner le recomendó a Masters que no iniciara sus estudios de sexualidad sino hasta que se hubiera establecido como investigador respetado en alguna otra área, fuese algo mayor y pudiera llevar a cabo sus

una profecía autocumplida en cuanto a los resultados (Tiefer, 1991). Para formar parte de la investigación, era necesario que los participantes tuvieran antecedentes orgásmicos, tanto por medio de la masturbación como del coito. En esencia, cualquier persona cuyo patrón de respuesta sexual no incluyera orgasmos —y por tanto no se adecuara al modelo de Masters y Johnson— era excluida de la investigación. Del modo en que está planteado, no es posible generalizar el modelo a la población total. Masters y Johnson mismos comentaron que cada uno de sus participantes se caracterizaba por niveles elevados y consistentes de deseo sexual. No obstante, es seguro que el deseo sexual está ausente en algunos miembros de la población general, o está presente en algunas ocasiones pero no en otras. No es de sorprender que el deseo sexual se haya omitido del modelo de Masters y Johnson si se seleccionó a los participantes de antemano a fin de que fuesen uniformes en cuanto a sus elevados niveles de deseo.

En pocas palabras, la investiga-

ción afirma ser objetiva y universal cuando no es ninguna de ambas cosas (Tiefer, 1991).

Una vez que se reconocieron las dificultades con la investigación y el modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson, se propusieron diversos modelos alternativos. Examinaremos dos de ellos en las secciones que siguen. Ambos añaden un componente cognitivo al modelo fisiológico de Masters y Johnson.

Modelo trifásico de Kaplan

Con base en su trabajo en terapia sexual (que se discute en el capítulo 19), Helen Singer Kaplan (1974; 1979) propuso un **modelo trifásico** de la respuesta sexual. Más que pensar en la respuesta sexual como una serie de etapas sucesivas, la conceptuó como formada de tres fases o componentes relativamente independientes: *deseo sexual*, *vasocongestión* de los genitales y las *contracciones musculares* reflejas de la fase del orgasmo. Nótese que dos de los componentes (vasocongestión y contracciones musculares) son fisiológicos, mientras que el otro (deseo sexual) es psicológico.

Modelo trifásico: modelo de Kaplan acerca de la respuesta sexual, según el cual existen tres componentes: vasocongestión, contracciones musculares y deseo sexual.

investigaciones dentro de una importante universidad o facultad de medicina.

Masters siguió su consejo. Terminó su internado y residencia y después se estableció como parte del cuerpo docente de la facultad de medicina de la Washington University en San Luis. Desde 1948 y hasta 1954 publicó 25 obras acerca de diversos temas médicos, en especial acerca de la terapia de reemplazo hormonal para las mujeres posmenopáusicas.

En 1954 inició sus investigaciones acerca de la respuesta sexual en la Washington University, auspiciado por becas del Servicio de Salud Pública de EUA. El primer artículo basado en dichas investigaciones se publicó en 1959, pero la investigación recibió poca atención hasta la publicación, en 1966, de *Human Sexual Response* y, en 1970, de *Human Sexual Inadequacy* (que se discutirá en el capítulo 19), obras que recibieron aclamación internacional.

Virginia Johnson nació en Virginia Eshelman en 1925 en la región de los Ozarks de Missouri. Se crió con la actitud realista hacia el sexo que con frecuencia tienen los niños rurales, así como con muchas de las supersticiones que se encuentran en esa área. Comenzó a estudiar música en la Drury College pero se trasladó a la Missouri University, donde estudió psicología y sociología. Se casó en 1950 y tuvo dos hijos, el primero en 1952 y el segundo en 1955. Poco tiempo después, ella y su marido se separaron y acudió a la oficina de colocaciones de la Washington University para encontrar empleo. Justo en ese tiempo, Masters había hecho una

Figura 9.4 Virginia Johnson y William H. Masters.



petición para que una mujer lo asistiera en sus entrevistas de investigación, de preferencia una mujer casada con hijos que estuviera interesada en las personas. Se canalizó a Johnson y se convirtió en miembro del equipo de investigación y terapia en 1957.

En 1971, después del divorcio de Masters y su primera esposa, él y Virginia Johnson se casaron. Se divorciaron en 1993. En 1994, a los 79 años de edad, Masters se retiró y cerró su instituto de investigaciones. Murió en 2001.

Fuente: Brecher y Brecher (1966).

Hay una serie de justificaciones para el abordaje de Kaplan. Primero, los dos componentes fisiológicos se encuentran controlados por partes diferentes del sistema nervioso. La vasocongestión —que produce la erección en el varón y la lubricación en la mujer— se encuentra bajo el control de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo. En contraste, la eyaculación y el orgasmo están controlados por la división simpática.

Segundo, los dos componentes implican estructuras anatómicas distintas: los vasos sanguíneos en el caso de la vasocongestión y los músculos en el caso de las contracciones del orgasmo.

Tercero, la vasocongestión y el orgasmo difieren en cuanto a su susceptibilidad de alteración a causa de lesión, fármacos o edad. Por ejemplo, el periodo refractario que sigue al orgasmo en el varón dura más tiempo a medida que envejece. Así, hay un descenso en la frecuencia del orgasmo con la edad. En contraste, la capacidad de erección de muchos varones sufre de poco deterioro, en términos relativos, a causa de la edad, aunque la erección puede tardar más tiempo en

aparecer. Un hombre mayor puede tener relaciones sexuales anorgásmicas varias veces por semana, y presentar una erección firme, aunque es posible que sólo tenga un orgasmo a la semana.

Cuarto, la mayoría de los hombres pueden controlar el reflejo de la eyaculación en forma voluntaria, pero, en general, no pueden controlar el reflejo de erección.

Por último, el deterioro de la respuesta de vasocongestión o de la respuesta del orgasmo puede producir diferentes alteraciones (trastornos sexuales). Los problemas de erección en el varón están ocasionados por un deterioro en la respuesta de vasocongestión, mientras que la eyaculación precoz y la eyaculación retardada son trastornos de la respuesta del orgasmo. De manera similar, muchas mujeres muestran una fuerte respuesta de excitación y vasocongestión, pero pueden tener problemas con el componente orgásmico de su respuesta sexual.

El modelo trifásico de Kaplan es útil tanto para comprender la naturaleza de la respuesta sexual, como para entender y tratar los trastornos de la misma. Sus escritos acerca de la fase del deseo son de particu-

lar utilidad para la comprensión de los trastornos del deseo sexual, que se discutirán en el capítulo 19.

Walen y Roth: un modelo cognitivo

Como se señaló con anterioridad, una crítica importante al modelo de Masters y Johnson es que ignora los aspectos cognitivos y subjetivos de la respuesta sexual. En el capítulo 2 discutimos la importancia de los abordajes cognitivos en la comprensión de la psicología de la sexualidad humana. Susan R. Walen y David Roth (1987) han aplicado este enfoque a la comprensión de la respuesta sexual. Su modelo se muestra en la figura 9.5.

Recuerde del capítulo 2 que de acuerdo con el enfoque cognitivo la manera en que nos sentimos depende enormemente de lo que estamos pensando: de cómo percibimos lo que está sucediendo y de cómo lo evaluamos. Así, el primer paso dentro del modelo cognitivo es la *percepción*: la percepción de un estímulo como sexual. Lo que percibimos como un estímulo sexy (sea éste un estímulo visual, táctil o de olor) depende en gran medida de la cultura en la que hemos crecido y de nuestro aprendizaje previo. Si usted acaba de iniciar una relación sexual con alguien, la mera vista de la persona puede hacer que se sienta excitado, mientras que ver a otras 10 personas en la misma habitación no producirá estimulación alguna. Para un fetichista, ver unas botas de tacón alto hechas de cuero negro puede producir una excitación instantánea. Según este modelo, la percepción es el paso inicial.

El segundo paso en el modelo cognitivo es la *evaluación*. Si tenemos sentimientos positivos acerca del estímulo sexual, esto conducirá al siguiente paso, la excitación, pero si la evaluación que hacemos del estímulo es negativa, el ciclo de excitación se detiene. Por ejemplo, si usted es una mujer casada y su marido, con quien normalmente tiene una excelente vida sexual, la comienza a besar cuando su aliento todavía huele al último cigarrillo que acaba de fumar, es probable que su evaluación del estímulo sexual sea negativa y que no se sentirá excitada.

Sin embargo, supongamos que la evaluación del estímulo sexual es positiva. La *excitación* fisiológica —como se describe en el modelo de Masters y Johnson que se discutió con anterioridad en el presente capítulo— es el siguiente paso. Pero, de nuevo, el enfoque

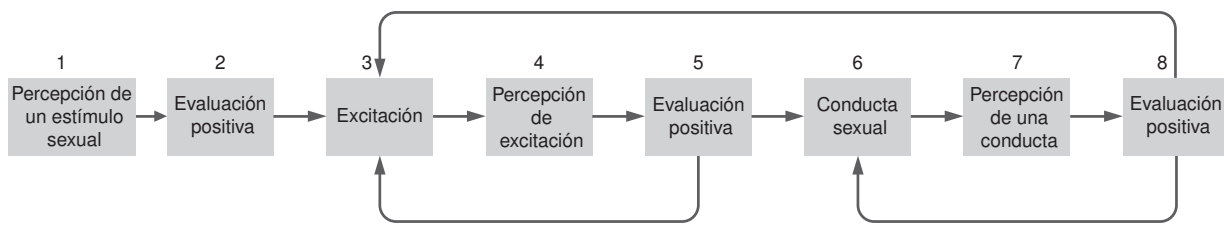
cognitivo dice que lo que cuenta no es tanto lo que sucede a nivel físico, sino la forma en que lo percibimos. Así, la *percepción de la excitación*, el paso 4, es de importancia crítica. Por ejemplo, algunas investigaciones han mostrado que las mujeres, probablemente debido a que la lubricación vaginal puede ser una respuesta algo sutil, ocasionalmente no se percatan de su propia excitación física (Heiman, 1975, discutido en el capítulo 14). O existe la posibilidad de que un varón le preste tanta atención a si su técnica está satisfaciendo a su pareja que, por tanto, no experimente la cantidad de placer sexual que podría. Las personas se pueden crear problemas sexuales para sí mismas si establecen criterios demasiado estrictos para decidir que están excitadas. ¿Qué tanta lubricación debe haber o qué tan firme debe ser una erección para que sea suficiente? Usted puede aumentar su respuesta sexual si percibe que incluso un poco de lubricación o las primeras señales de erección, o alguna otra señal (tal como un aumento en la frecuencia cardíaca) son indicaciones de estimulación erótica.

De nuevo, el enfoque cognitivo argumenta que no sólo es la percepción de la excitación, sino una evaluación positiva de la misma, lo que es importante si ha de continuar el ciclo de la respuesta sexual; así, la *evaluación* es el siguiente paso. Como antes, si la evaluación es negativa, el ciclo se detendrá. Un ejemplo sería un adulto que comienza a excitarse al ver a un niño. Se da cuenta de que su respuesta es totalmente inapropiada, evalúa la excitación de manera negativa y siente ansiedad más que estimulación. Sin embargo, si la evaluación de la excitación es positiva —le agrada la sensación de estimulación en esa situación— se hace una retroalimentación al paso 3, de modo que la estimulación física aumenta aún más.

Todo esto lo lleva al siguiente paso, la *conducta sexual*. Una vez más, los psicólogos cognitivos creen que dos pasos adicionales —la *percepción de la conducta* y una *evaluación positiva* de la misma— son esenciales para que continúe el ciclo de excitación. Si la evaluación es positiva, ocurren dos tipos de retroalimentación: es probable que la conducta sexual prosiga y que la excitación aumente.

En suma, el modelo cognitivo del ciclo de la respuesta sexual enfatiza la importancia de la percepción y evaluación que realizamos acerca de los sucesos

Figura 9.5 Modelo cognitivo de Walen y Roth donde se muestra el ciclo de retroalimentación que produce una experiencia sexual positiva.



sexuales. Es un testimonio a favor del poder del pensamiento positivo, aunque en un contexto que probablemente no pretendía Norman Vincent Peale. Como dice otro dicho, la zona erógena más enorme es el cerebro.

Bases hormonales y neurales de la conducta sexual

Hasta este punto nos hemos enfocado sobre las respuestas cognitivas y genitales que suceden durante la actividad sexual. Aún no hemos considerado los mecanismos neurales y hormonales subyacentes que hacen que esto sea posible; son el tema de la presente sección.

El cerebro, la médula espinal y el sexo

Tanto el cerebro como la médula espinal tienen importantes funciones de interacción en la respuesta sexual. Primero, discutiremos los reflejos medulares relativamente sencillos implicados en la respuesta sexual, y después consideraremos los mecanismos cerebrales más complejos.

Reflejos medulares

Muchos de los componentes importantes de la conducta sexual, incluyendo la erección y la eyaculación, se encuentran bajo el control de los reflejos comparativamente sencillos de la médula espinal (véase la sección inferior de la figura 9.7). Un reflejo tiene tres componentes básicos: los *receptores*, que son los órganos de los sentidos que detectan los estímulos y transmiten el mensaje a la médula espinal (o cerebro); los *transmisores*, centros en la médula espinal (o cerebro) que reciben el mensaje, lo interpretan y mandan un mensaje para producir la respuesta adecuada; y los *efectores*, órganos que responden a la estimulación. El rápido alejamiento de la mano cuando toca un objeto caliente es un buen ejemplo del reflejo medular.

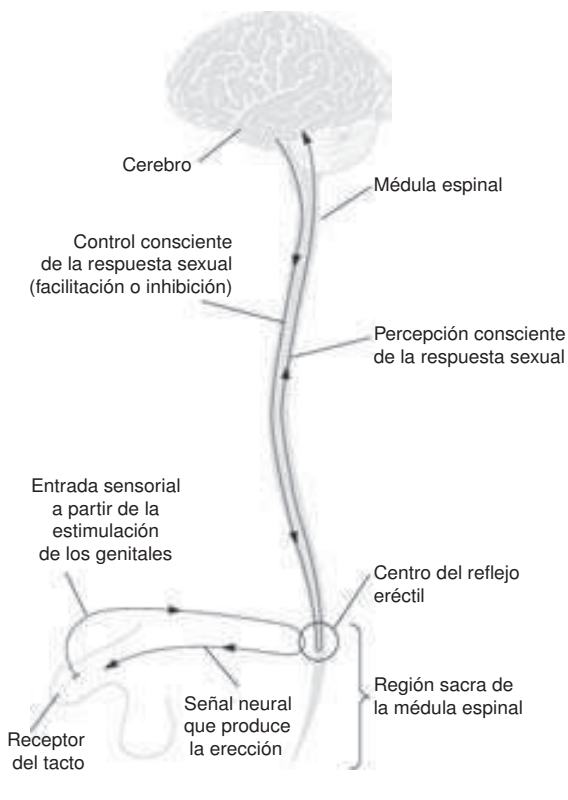
Mecanismo de la erección

La erección se produce a partir de un reflejo medular que tiene un mecanismo similar (McKenna, 2000). La estimulación táctil (acariciar o frotar) del pene (el receptor) o de las regiones cercanas tales como el escroto o los muslos produce una señal neural que se transmite a un *centro eréctil* en la región sacra, o más inferior, de la médula espinal (es posible que también

Figura 9.6 ¿Puede el modelo cognitivo de la excitación sexual explicar esto? Aquí, un hombre toca el seno de una mujer, pero no de manera sexual. ¿Por qué no? El contexto, la oficina de un médico, nos conduce a no percibir el seno de la mujer como estímulo sexual, ni al toque del hombre como erótico.



Figura 9.7 Control de la erección por parte del sistema nervioso. Observe tanto el centro de reflejo en la médula espinal como el control cerebral.



Eyaculación retrógrada:

padecimiento en el que el orgasmo en el varón no se acompaña de eyaculación extrema; en lugar de ello, eyacula dentro de la vejiga urinaria.

exista otro centro eréctil más arriba en la médula). Entonces, este centro manda un mensaje a través de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo a los músculos (los

efectores) que rodean las paredes de las arterias del pene. En respuesta al mensaje, los músculos se relajan; entonces las arterias se expanden, permitiendo que fluya un gran volumen de sangre a su interior, y la erección se produce. Además, las válvulas al interior de las venas y la compresión de las mismas ocasionada por la inflamación del tejido que las rodea reduce el flujo de sangre que sale del pene (Adams *et al.*, 1997).

La existencia de este reflejo se ve confirmada por las respuestas de varones que han sufrido una completa separación de la médula espinal como resultado de accidentes, a un nivel por encima del centro del reflejo (véase Tema central 9.2). Son capaces de tener erecciones y eyaculaciones producidas por el frotamiento de sus genitales, aunque es claro que no puede estar implicado ningún efecto cerebral, ya que las señales del cerebro no pueden pasar del punto en que se seccionó la médula espinal. (De hecho, estos hombres no

pueden “sentir” nada ya que las señales neurales tampoco se pueden transmitir de forma ascendente por la médula.) Así, la erección se puede producir por la sencilla estimulación táctil de los genitales, lo cual desencadena el reflejo medular.

También es posible producir una erección en condiciones diferentes a la estimulación táctil de los genitales; por ejemplo, la fantasía o los factores puramente psicológicos pueden ocasionar una erección. Esto señala la importancia del cerebro en la producción de una erección, tema que se discutirá en mayor detalle.

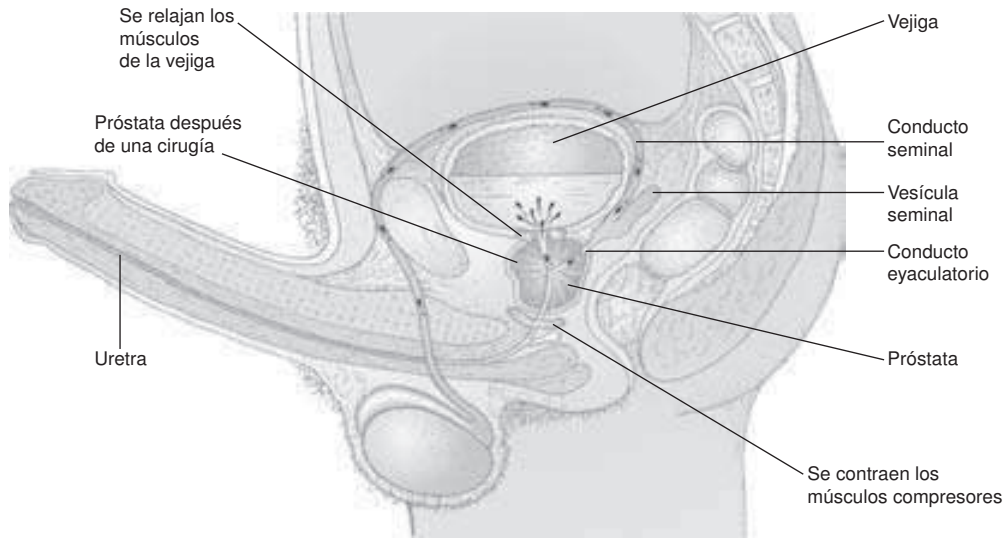
Mecanismo de la eyaculación

El reflejo de la eyaculación es muy similar al de la erección, excepto que el centro de eyaculación se encuentra más arriba en la médula espinal, está implicada la división simpática del sistema nervioso (a diferencia de la división parasimpática en el reflejo de erección) y la respuesta es muscular, sin ninguna participación de vasos sanguíneos (Rowland y Slob, 1997). En el reflejo de la eyaculación, el pene responde a la estimulación enviando un mensaje al *centro eyaculatorio*, que se encuentra en la región lumbar de la médula espinal. Entonces, se envía un mensaje por medio de los nervios del sistema nervioso simpático y este mensaje desencadena las contracciones musculares en los órganos internos implicados en la eyaculación.

Con frecuencia, la eyaculación se puede controlar de manera voluntaria. Este hecho destaca la importancia de la influencia del cerebro sobre el reflejo de eyaculación (Truitt y Coolen, 2002).

Los tres problemas principales de la eyaculación son la eyaculación prematura, el trastorno orgásmico masculino (eyaculación retardada) y la eyaculación retrógrada. La eyaculación prematura, que es con mucho el problema más común, y el trastorno orgásmico masculino se discutirán en el capítulo 19. La **eyaculación retrógrada** ocurre cuando el eyaculado, en lugar de salir a través de la punta del pene, se vacía hacia la vejiga (Kothari, 1984). El resultado es un *orgasmo seco*, ya que no se emite eyaculado alguno. Este problema puede ser ocasionado por algunas enfermedades, por tranquilizantes y fármacos que se utilizan en el tratamiento de las psicosis y por cirugía de la próstata. El mecanismo que la ocasiona es relativamente sencillo (véase figura 9.8). Existen dos esfínteres implicados en la eyaculación: uno interno, que cierra el paso a la vejiga durante una eyaculación normal, y uno externo, que se abre durante la eyaculación normal y que permite que el semen salga a través del pene. En el caso de la eyaculación retrógrada, la acción de estos dos esfínteres se invierte; el externo se cierra, y por tanto el eyaculado no puede fluir por el pene, mientras que el interno se abre, permitiendo que el eyaculado entre a la vejiga. El padecimiento en sí es bastante inocuo, aunque a algunos varones les perturba la falta de sensación de emitir semen.

Figura 9.8 Forma en que ocurre una eyaculación retrógrada.



Mecanismos en la mujer

Por desgracia, se ha hecho mucho menos investigación acerca de los mecanismos reflejos similares en las mujeres. Sabemos que la entrada sensorial —tal como el tacto— sobre el clítoris viaja por el nervio dorsal del mismo y continúa por el nervio pudiendo a un centro de reflejo en la región sacra de la médula espinal (Berman *et al.*, 2000). El clítoris recibe fibras nerviosas tanto simpáticas como parasimpáticas. Así también, la vagina está provista de fibras nerviosas tanto simpáticas como parasimpáticas. El sistema límbico del cerebro es esencial en la excitación sexual femenina del mismo modo que para la estimulación sexual masculina.

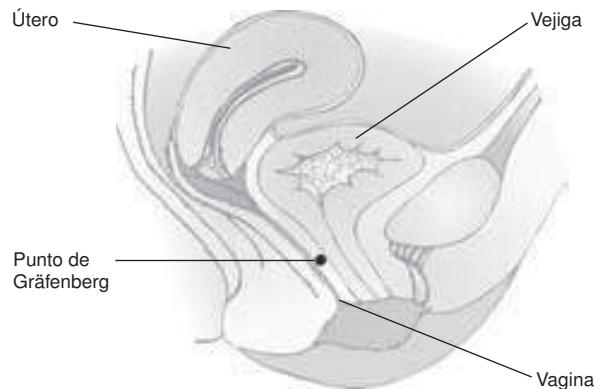
La investigación indica que la *eyaculación femenina* ocurre en algunas mujeres (Addiego *et al.*, 1981; Belzer, 1981; Perry y Whipple, 1981). La región responsable es el **punto de Gräfenberg** (o **punto G**), también conocido como *próstata femenina* o *glándulas de Skene* (Schubach, 2002). Se localiza en el lado superior de la vagina (si la mujer se encuentra acostada sobre su espalda, que es la mejor posición para encontrarlo), aproximadamente a medio camino entre el hueso púbico y el cuello uterino (véase figura 9.10). Sus conductos se abren hacia la uretra. Frotarlo produce una necesidad de ori-

Punto de Gräfenberg (punto G): pequeña región hipotética en la pared frontal de la vagina que se vacía hacia la uretra y que es responsable de la eyaculación en la mujer.

Figura 9.9 Investigadora sexual, Beverly Whipple, quien descubrió el punto G.



Figura 9.10 Punto G. Hipotéticamente, produce la eyaculación en algunas mujeres.



Tema central 9.2

Sexualidad y discapacidad

Comúnmente se cree que una persona que está en una silla de ruedas es asexuada. Se piensa que aquellos con discapacidades físicas no están interesados en el sexo y mucho menos que sean capaces de participar en actividad sexual. Contraste esos estereotipos con las siguientes ideas:

Un pene tieso no conforma una relación sólida, ni tampoco lo hace una vagina mojada...

La ausencia de sensación no significa ausencia de sentimientos...

La incapacidad para moverse no implica una incapacidad para complacer.

(Cole y Cole, 1978, p. 118)

Cerca del 10 por ciento de los adultos estadounidenses sufren de alguna discapacidad física que impone una limitación sustancial a sus actividades. Si se les da una oportunidad de expresarse, estas personas enfatizan la importancia de su sexualidad y de sus impulsos sexuales, que no necesariamente se ven alterados por su discapacidad.

El espacio con el que contamos no permite una discusión completa de todos los tipos de discapacidad y de sus consecuencias para la sexualidad. En lugar de ello, la presente discusión se centrará en dos ejemplos ilustrativos: las lesiones de la médula espinal y el retardo en el desarrollo.

Lesiones de la médula espinal

Tanto la paraplejía (parálisis de ambos lados de la parte inferior del cuerpo) como la cuadriplejía (parálisis generalizada del cuerpo del cuello hacia abajo) están ocasionadas por lesiones de la médula espinal. A muchas personas sin discapacidades se les dificulta comprender lo que se siente estar paralizado. Imagínese que sus genitales y la región que los rodea han perdido toda sensación. Usted no sabría si se les está tocando a menos que lo viera suceder. Además, se pierde el control de esfínteres urinarios y fecales, lo cual puede ocasionar problemas embarazosos si se intenta participar en actividad sexual.

La capacidad de un hombre con lesiones de la médula espinal para tener erecciones depende del nivel de la médula al que ocurre la lesión y de si la médula se seccionó por completo o sólo de manera parcial. Según la mayoría de los estudios, la mayoría de varones con lesiones de la médula espinal pueden tener erecciones. En algunos casos, sólo son posibles las erecciones reflejas, es decir, aquellas producidas por la estimulación directa de los genitales, aún cuando el hombre no sea capaz de percibir la sensación. En algunos casos, en especial si la lesión no fue grave, el hombre puede producir erecciones por medio de pensamientos eróticos pero, de manera típica, esta capacidad se pierde con lesiones de la médula espinal. Cuando el daño es grave, el varón no puede eyacular, aunque la eyaculación es posible si la médula sólo se seccionó de manera parcial. En general, la fertilidad del hombre se deteriora a causa de estas lesiones. En resumen, muchos hombres con lesiones de la médula espinal experimentan las mismas respuestas sexuales que los hombres

no discapacitados—incluyendo erección, elevación de los testículos y aumentos en la frecuencia cardíaca— excepto que por lo general no pueden eyacular, ni pueden sentir la estimulación física.

Las mujeres con lesiones de la médula espinal experimentan muchas de las mismas respuestas sexuales que las mujeres no discapacitadas, incluyendo la tumefacción del clítoris y labios, erección de los pezones y aumentos en frecuencia cardíaca. Cerca del 50 por ciento de las mujeres que padecen este tipo de lesión pueden tener orgasmos a partir de la estimulación de los genitales. Algunas mujeres con estas lesiones desarrollan una capacidad de tener orgasmos a partir de la estimulación de las mamas o labios.

Debido a que la sexualidad en la cultura estadounidense está tan orientada hacia el orgasmo, los problemas orgásmicos entre personas con lesiones de la médula espinal podrían parecer devastadores. Pero muchas de estas personas informan que han podido cultivar una especie de “orgasmo psicológico” que es tan satisfactorio como el físico. La fantasía es una forma de expresión sexual perfectamente legítima que no se descarta a causa de sus lesiones.

De manera común, las mujeres con este tipo de daño presentan amenorrea (ausencia de menstruación) inmediatamente después de una lesión de la médula espinal aunque, por lo general, el ciclo menstrual normal retorna en los siguientes seis meses. Después de ese tiempo, su capacidad de concepción es normal. La mayoría de los embarazos se desenvuelve de la manera habitual aunque existe un mayor riesgo de complicaciones. En general, los partos vaginales son posibles y se pueden llevar a cabo sin anestésicos ya que la mujer no tiene sensación alguna en la región pélvica. La fertilidad de las mujeres con lesiones en la médula espinal significa que la anticoncepción es una consideración importante en su caso.

Retardo en el desarrollo

En general, las personas con un CI por abajo de 70 se clasifican como retardo en el desarrollo. Existe un amplio rango en cuanto a las capacidades de individuos con retraso, desde aquellos que requieren de hospitalización y cuidados constantes hasta aquellos que funcionan de manera prácticamente normal dentro de su comunidad, que pueden leer y escribir y tener empleos sencillos. Es importante reconocer que la gran mayoría de individuos con retardo en el desarrollo sólo presentan un rezago moderado (CI entre 50 y 70) y se encuentran en una categoría de funcionamiento casi normal.

Hay cuatro asuntos de especial importancia que se deben considerar en cuanto a la sexualidad de las personas con retardo en el desarrollo: su oportunidad de expresión sexual, la necesidad de educación sexual, la importancia del control natal y la posibilidad de abuso sexual.

Las personas con retardo en el desarrollo tienen deseos sexuales normales y buscan expresarlos. Desgraciadamente, debido a que es frecuente que los niños con retardo en el desarrollo aprenden las normas sociales con más lentitud, es posible que se expresen sexualmente en formas que escandalicen a los demás, como al masturbarse en público. Por esta y

Figura 9.11 En los últimos 20 años nos hemos percatado de la capacidad para la expresión sexual que tienen los individuos discapacitados. a) Existe la necesidad de educación sexual para los niños discapacitados. b) Ellen Stohl, la primera mujer discapacitada que apareció en *Playboy* (julio, 1987). Es cuadripléjica a causa de haber sufrido varias fracturas de los huesos del cuello durante un accidente automovilístico. De inicio, se encontraba totalmente paralizada, pero su lesión no fue total. Gradualmente recuperó el uso de brazos y manos. Aunque no puede moverse por debajo de la cintura, tiene cierta sensibilidad en las piernas y tiene hipersensibilidad en los genitales. Disfruta mucho del sexo y es orgásmica.



a)

otras razones, la cuidadosa educación sexual de las personas con retardo en el desarrollo es esencial. Se les debe enseñar acerca de las normas de privacidad de la sexualidad. Al mismo tiempo, es necesario permitirles su propia privacidad, un derecho que con frecuencia las instituciones no reconocen.

Es importante que los individuos con retardo en el desarrollo reciban educación acerca del control natal y que tengan anticonceptivos a su disponibilidad. Debido a que estas personas tienen deseos sexuales normales, es posible que sostengan relaciones sexuales. En un estudio, 24 por ciento de los muchachos con retardo y 8 por ciento de las mujeres jóvenes con retardo habían sostenido relaciones sexuales para los 16 años de edad (Cheng y Udry, 2003). Si estos jóvenes carecen de educación sexual, es posible que no se den cuenta de que puede conducir a un embarazo. Un embarazo no deseado para una mujer o una pareja con retardo en el desarrollo puede convertirse en una situación difícil; es posible que funcionen bien en cuanto a cuidarse a sí mismos, pero no con la carga adicional de un bebé. Por otra parte, algunas personas con retardo en el desarrollo funcionan lo suficientemente bien como para cuidar de un hijo. Lo importante es que tomen una decisión lo más informada posible y que tengan acceso a anticonceptivos. Muchos expertos recomiendan el uso del DIU para las mujeres con retardo en el desarrollo ya que no requiere de memoria o de previsión para usarse de manera efectiva.

El tema del control natal y del retardo en el desarrollo hace que surja el horripilante tema de la esterilización involuntaria. Hasta mediados de la década de 1950, se esterilizaba a los individuos retardados de manera rutinaria, aunque ciertamente sin su consentimiento informado. Ahora se considera que esto es una violación de los derechos de las personas con retardo en el desarrollo, en especial si su rezago es sólo leve. Hoy en día es muy difícil obtener un permiso legal para esterilizar a un individuo con retardo en el desarrollo.



b)

Una última preocupación es que las personas con retardo en el desarrollo son especialmente vulnerables al abuso sexual.

En resumen, existen tres puntos generales que se deben establecer en cuanto a la sexualidad de las personas discapacitadas: (1) en general, sí tienen necesidades y deseos sexuales; (2) con frecuencia son capaces de una respuesta sexual bastante similar a aquella de personas no discapacitadas de inteligencia promedio; y (3), existe una verdadera necesidad de mayor información y comunicación acerca de lo que las personas discapacitadas pueden o no hacer sexualmente.

Fuentes: Ames (1991); Baladerian (1991); Bérard (1989); Beretta *et al.* (1989); Cheng y Udry (2003); Kempton y Kahn *et al.* (1991); Komisaruk *et al.* (1997); McCabe (2002); McCabe *et al.* (2003); Phelps *et al.* (2001); Rawicki y Hill (1991); Siosteen *et al.* (1990); Sipski y Alexander (1997); Sipski *et al.* (2001); Beretta *et al.* (1989); Cheng & Udry (2003); Kempton & Kahn (1991); Komisaruk *et al.* (1997); McCabe (2002); McCabe *et al.* (2003); Phelps *et al.* (2001); Rawicki & Hill (1991);

Sistema límbico: conjunto de estructuras en el interior del cerebro, incluyendo la amígdala, hipocampo y fórnix; considerado importante para la conducta sexual en los animales y seres humanos.

nar, pero si el frotamiento continúa durante unos segundos más, empieza a producir placer sexual. Los investigadores originales, Perry y Whipple, argumentaron que su estimulación continua produce un *orgasmo uterino*, caracterizado por sensaciones más profundas de contracción uterina que el orgasmo vulvar inducido por el clítoris que se investigó en las investigaciones de Masters y Johnson.

En una encuesta de 1 289 mujeres adultas, 40 por ciento informaron haber experimentado eyaculación al momento del orgasmo en por lo menos una ocasión y 66 por ciento informaron tener un área especialmente sensible en la pared frontal de la vagina (Darling *et al.*, 1990). Los análisis bioquímicos más recientes indican que la próstata femenina produce antígeno prostático específico (PSA) del mismo modo que lo hace la próstata masculina (Zaviačič *et al.*, 2000).

Control cerebral de la respuesta sexual

Las respuestas sexuales se encuentran controladas por más que los sencillos reflejos medulares. Es posible ejercer un control voluntario sobre las respuestas sexuales del mismo modo que se pueden iniciar tan sólo a partir de fuerzas psicológicas, tales como la fantasía. Los factores ambientales, tales como haber aprendido en la infancia que el sexo es sucio y pecaminoso, también pueden afectar la respuesta sexual propia. Todos estos fenómenos destacan la influencia crítica del cerebro y

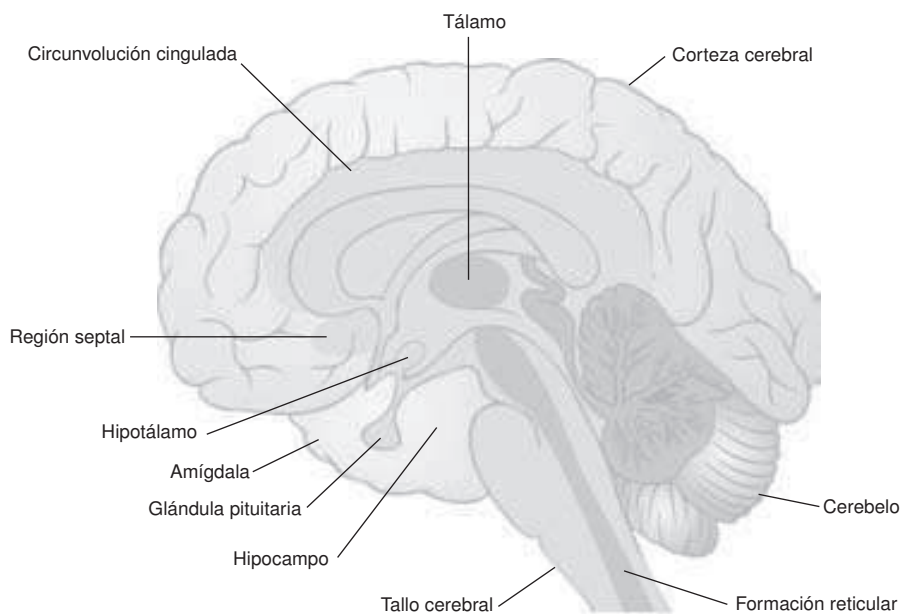
su interacción con los reflejos medulares en la producción de la respuesta sexual (véase figura 9.7).

El control cerebral de la respuesta sexual es complejo y hasta el momento sólo se entiende de manera parcial. Parece que las influencias más importantes provienen de un conjunto de estructuras denominadas **sistema límbico** (véase figura 9.12). El sistema límbico forma una frontera entre la región central del cerebro y la región externa (la corteza cerebral); incluye la amígdala, el hipocampo, la circunvolución cingulada y la región septal. El tálamo, hipotálamo, glándula pituitaria y formación reticular no forman parte propiamente dicha del sistema límbico, pero se encuentran en conexión cercana con él.

Diversas líneas de evidencia señalan la importancia del sistema límbico en la conducta sexual. En experimentos clásicos con monos, se insertó un electrodo en el cerebro a fin de administrar estimulación eléctrica al mismo. La estimulación de ciertas áreas del cerebro produjo una erección (MacLean, 1962; Van Dis y Larsson, 1971). En particular, se encontraron tres centros de erección dentro del sistema límbico, incluyendo uno en la región septal. Por razones obvias, se ha hecho poca investigación de este tipo con humanos. Pero en un estudio, la estimulación de la región septal produjo orgasmos en dos seres humanos (Heath, 1972).

Una región específica de la porción anterior del hipotálamo (el área preóptica medial, o APOM/HA) se ha visto implicada en la conducta sexual masculina (Paredes y Baum, 1997). Si se aplica estimulación eléctrica a esta región del hipotálamo, las ratas macho aumentan su conducta sexual; si se lesiona (destruye)

Figura 9.12 Sistema límbico del cerebro, el cual es importante en la sexualidad.



esta región, ya no inician la cópula con las hembras (Paredes y Baum, 1997).

Un novedoso y emocionante tipo de investigación que utiliza una técnica de imagenología⁴ conocida como IRM funcional confirma la importancia del sistema límbico en la respuesta sexual. Se mostraron películas eróticas o no eróticas a hombres sanos mientras se encontraban en la sala de IRM (Park *et al.*, 2001). Diversas estructuras del sistema límbico—incluyendo la circunvolución cingulada y el tálamo— se activaron por medio de las películas eróticas (véase Tema central 9.3).

Los centros cerebrales del sexo también se encuentran cerca de los centros olfatorios. Esto nos conduce al tema de las feromonas y de su papel en la conducta sexual, que se discutirá más adelante en el presente capítulo.

Hormonas y sexo

Las hormonas sexuales son otra fuerza fisiológica importante que interactúa con el sistema nervioso para influir la respuesta sexual.

Efectos organizadores contra activadores

En general, los endocrinólogos hacen una distinción entre los efectos organizadores de las hormonas y los efectos activadores de las mismas. Como se discutió en el capítulo 5, las hormonas que se encuentran presentes durante el desarrollo prenatal ejercen una poderosa influencia sobre la anatomía genital, creando los genitales masculinos o femeninos. Los efectos hormonales tales como éstos se denominan **efectos organizadores** ya que ocasionan un cambio relativamente permanente en la organización de alguna estructura, ya sea dentro del sistema nervioso o en el sistema reproductivo. De manera típica, existen periodos críticos durante los cuales pueden ocurrir estos efectos hormonales,

También se ha sabido durante cierto tiempo que si se castra (se extirpan los testículos, lo cual elimina la fuente de testosterona) a un gato o ratón macho adulto dejará de presentar conductas sexuales (y se volverá menos agresivo). Si entonces se le dan inyecciones de testosterona al mismo animal, comenzará a presentar conductas sexuales de nuevo. Los efectos hormonales como éstos se denominan **efectos activadores** ya que activan (o desactivan) ciertas conductas.

Los efectos organizadores de las hormonas sexuales sobre la conducta sexual se han documentado en detalle (Keefe, 2002). En un experimento clásico, se administró testosterona a conejillos de indias hembras embarazadas. Las crías hembra expuestas a la testosterona antes de su nacimiento⁴ eran incapaces,

en su adultez, de mostrar conductas sexuales femeninas (en especial, la lordosis, que es una postura sexual que implica el arqueamiento de la espalda y el levantamiento de los cuartos traseros a fin de posibilitar la intromisión del pene del macho) (Phoenix *et al.*, 1959). Se piensa que se obtuvo este resultado debido a que la testosterona “organizó” el tejido cerebral (en especial el hipotálamo) en forma masculina. Las crías hembras también nacieron con genitales masculinizados y, por tanto, sus sistemas reproductivos también habían sido organizados en dirección masculina. Pero aquí, el punto importante es que la dosis prenatal de testosterona había masculinizado su conducta sexual. Se han obtenido resultados similares en experimentos con muchas otras especies.

En la adultez, estas hembras hormonalmente masculinizadas mostraron conducta de monta, una conducta sexual masculina.⁵ Cuando se les administró testosterona en la adultez, estas hembras mostraron casi la misma conducta de monta que los machos. Así, la testosterona administrada en la adultez *activó* los patrones masculinos de conducta sexual.

El experimento análogo con machos sería castrarlos al momento del nacimiento, seguido de la aplicación de hormonas ováricas en la adultez. Cuando esto se llevó a cabo con ratas, se observó conducta sexual femenina como resultado; los machos respondieron a los intentos de cópula de otros machos de la misma forma, en esencia, que lo hacen las hembras (Harris y Levine, 1965). Su tejido cerebral se había organizado en dirección femenina durante un periodo crítico inicial en que la testosterona estaba ausente, y los patrones femeninos de conducta se activaron en la adultez por medio de la administración de hormonas ováricas.

Por lo anterior, parece que de inicio los machos y las hembras son capaces de conductas sexuales tanto femeninas como masculinas; si hay testosterona presente al inicio del desarrollo, se suprime la capacidad para exhibir conductas femeninas. Entonces, las hormonas sexuales durante la adultez activan los patrones de conducta que se diferenciaron al inicio del desarrollo.

¿Qué tan relevante es este tipo de investigación para los humanos? En general, la tendencia es que la

Efectos organizadores de las hormonas: efectos de las hormonas sexuales al inicio del desarrollo que dan por resultado un cambio permanente en el cerebro o sistema reproductivo.

Efectos activadores de las hormonas: efectos de las hormonas sexuales en la adultez que resultan en la activación de comportamientos, en especial conductas sexuales y agresivas.

⁴ Nótese la similitud de estos experimentos con las observaciones de John Money de intersexuales humanos (capítulo 5).

⁵ El término *conducta sexual masculina* se utiliza aquí para referirse a una conducta sexual exhibida por los machos normales de la especie y que se encuentra ausente en las hembras de dicha especie o bien que se presenta con mucha menor frecuencia. Las hembras normales sí montan, pero lo hacen con menos frecuencia que los machos. *La conducta sexual femenina* se define bajo los mismos términos.

Tema central 9.3

Mapeo del cerebro sexual

Los emocionantes avances en la tecnología de la neuroimagenología nos están proporcionando vistas interiores del cerebro humano durante diversas actividades. Métodos tales como la TEP (tomografía de emisión de positrones) y las IRMf (imágenes de resonancia magnética funcional) nos muestran cuáles regiones del cerebro se “iluminan” (tienen neuronas que se descargan de manera más activa) mientras que el individuo resuelve un problema de matemáticas o piensa acerca de algo triste.

Los investigadores sexuales han adoptado estas técnicas con rapidez a fin de aprender cuáles son las regiones del cerebro que están más implicadas en los diversos aspectos de la sexualidad. Uno de los retos a los que se han enfrentado es que el sujeto no se puede mover mientras se encuentra dentro del escáner de IRM, lo cual hace difícil que se logre la excitación sexual por medio del uso de la mayoría de los métodos normales. Los investigadores han resuelto el problema mostrándole videos eróticos a la persona mientras está dentro del escáner.

En un experimento, varones heterosexuales observaron fragmentos de videos eróticos, relajantes y de deportes en orden aleatorio (Arnow *et al.*, 2002). Mientras tanto, se llevó a cabo una exploración de su cerebro por medio de un dispositivo de IRM y se midió la erección de su pene. ¡Uno tiene que admirar a estos hombres por su capacidad de excitarse mientras se encontraban en un dispositivo de IRM! Cuando se exponía a estos varones a los fragmentos eróticos y se excitaban, como lo indicaba su erección, se encontró una intensa actividad cerebral en la ínsula y claustrum derechos, en el cuerpo estriado (núcleo caudado y putamen izquierdos), en la circunvolución cingulada y —lo adivinó— ¡en el hipotálamo! Se sabe que la ínsula está implicada en el procesamiento sensorial, especialmente de las sensaciones táctiles. En otros estudios se ha demostrado que la corteza cingulada está involucrada en los procesos de la atención y en guiar la receptividad a los nuevos estímulos ambientales. Sin duda se activó debido a la atención del varón a la película erótica.

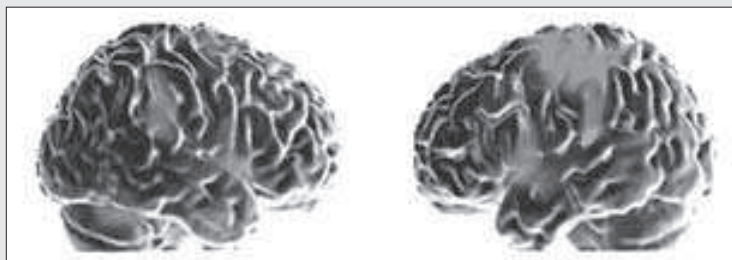
Otro estudio utilizó la IRMf para evaluar la activación cerebral tanto en varones como en

mujeres al ver segmentos de videos eróticos (Karama *et al.*, 2002). Este estudio halló activación cerebral en aproximadamente las mismas regiones que el estudio discutido con anterioridad. De manera interesante, se observó activación del hipotálamo durante la excitación sexual en los varones, pero no en las mujeres. Todas las demás regiones respondieron de manera similar en mujeres y hombres. Este estudio también encontró evidencia de activación en la amígdala durante la excitación sexual. La amígdala es parte del sistema límbico y por mucho tiempo se ha sospechado que representa un papel en la respuesta sexual. Se sabe que la amígdala está implicada en las emociones, y su activación es prueba de las fuertes emociones, en ocasiones positivas y en ocasiones negativas, que se evocan por medio de la estimulación sexual.

Estos estudios son fascinantes por sí mismos, ya que nos permiten ver el funcionamiento del cerebro durante la respuesta sexual. A medida que avancen las investigaciones, los estudios futuros nos ayudarán a comprender las regiones cerebrales y los neurotransmisores asociados que están implicados en los trastornos sexuales, lo que conducirá al tratamiento más efectivo de estos problemas. También nos permitirán una mejor comprensión y tratamiento de padecimientos de la excitación tales como los que sufren los pedófilos, quienes se ven excitados por estímulos totalmente inapropiados: los niños.

Fuentes: Arnow *et al.* (2002); Holstege *et al.* (2003); Karama *et al.* (2002); Schultz *et al.* (1999).

Figura 9.13 Las imágenes de IRMf del cerebro están ofreciendo oportunidades emocionantes de aprender la manera en que el cerebro está involucrado en la respuesta sexual.



conducta de especies inferiores se encuentre bajo un mayor control hormonal y que la conducta de especies superiores se encuentre más bajo el control del cerebro (neural). Así, la conducta sexual humana está menos sometida al control hormonal que la conducta sexual de las ratas; la conducta sexual humana se encuentra bajo mayor control cerebral y, por ende, es más probable que el aprendizaje que proviene de experiencias anteriores y de las convenciones culturales, y que se encuentra almacenado en el cerebro, tenga un impacto profundo (Wallen, 2001).

Ahora, consideremos en mayor detalle los efectos activadores conocidos de las hormonas sexuales sobre la conducta sexual de los humanos adultos.

Testosterona y deseo sexual

La testosterona tiene efectos bien documentados sobre la libido, o deseo sexual, en los seres humanos (Carani *et al.*, 1990; Carter, 1992; Everitt y Bancroft, 1991). En hombres que han sido privados de su fuente principal de testosterona a causa de castración o enfermedad, se presenta un espectacular descenso en la conducta sexual de algunos casos, pero no en todos (Feder, 1984). El deseo sexual se pierde con rapidez si a un varón se le administra un fármaco antiandrógeno. Así, la testosterona parece tener un efecto activador en la conservación del deseo sexual en el varón adulto. Sin embargo, en casos de castración, es posible que la conducta sexual disminuya de manera muy lenta y puede seguir presente durante varios años después de que desaparece la fuente de testosterona; esto destaca la importancia de la experiencia y del control cerebral sobre la conducta sexual en los humanos.

También se ha demostrado que los niveles de testosterona se correlacionan con la conducta sexual de los niños varones cerca del momento de la pubertad (Udry *et al.*, 1985). Niños varones en octavo, noveno y décimo grado escolar del sistema estadounidense llenaron un cuestionario acerca de su conducta sexual y dieron muestras de sangre a partir de las cuales se midieron sus niveles de testosterona. Entre los niños cuyos niveles de testosterona se encontraban en el cuartil (25 por ciento de la muestra) más elevado, 69 por ciento había sostenido relaciones sexuales, mientras que sólo el 16 por ciento de los niños cuyos niveles de testosterona se encontraban en el cuartil inferior lo había hecho. De manera similar el 62 por ciento de los niños varones con niveles de testosterona en el cuartil más elevado se había masturbado, en comparación con el 12 por ciento de niños en el cuartil más bajo. Estos efectos no se correlacionaron con la edad, de modo que no era sencillamente una cuestión de que los varones mayores tenían más testosterona y más experiencia sexual. Los autores concluyeron que durante la pubertad la testosterona afecta la motivación sexual de manera directa.

Las investigaciones indican que los andrógenos también se relacionan con el deseo sexual en las muje-

res (Hutchinson, 1995; Sherwin, 1991).⁶ Si se extirpan todas las fuentes de andrógenos (las glándulas suprarrenales y los ovarios), las mujeres pierden sus impulsos sexuales. Las mujeres que se han sometido a una ooforectomía (remoción quirúrgica de los ovarios, comúnmente a causa del cáncer) informan un descenso marcado en su deseo sexual. Si se les trata con testosterona, su deseo sexual aumenta (Shifren *et al.*, 1998, 2000). Además, los andrógenos se utilizan de manera exitosa en el tratamiento de mujeres con bajo deseo sexual (Kaplan y Owett, 1993). Algunos médicos dudan en utilizar estos tratamientos a causa de los efectos secundarios masculinizantes, tales como el crecimiento de vello facial, pero dichos efectos se pueden evitar mediante el uso de dosis inferiores. En las mujeres, los niveles de andrógenos declinan con la edad y las investigaciones muestran que la administración de DHEA (una hormona precursora de la testosterona) a mujeres mayores de los 60 años da por resultado que tengan un aumento en el deseo sexual (Baulieu *et al.*, 2000; Spark, 2002).

Feromonas

Tanto los científicos como los legos están intrigados por el papel que desempeñan las feromonas en la conducta sexual (Cutler, 1999; McClintock, 2000). Las feromonas son parecidas a las hormonas. Recuerde que las hormonas son bioquímicos fabricados en el interior del cuerpo y secretados al torrente sanguíneo a fin de que lleguen a los órganos que afectan. En contraste, las **feromonas** son bioquímicos que se secretan hacia el exterior del cuerpo. Por medio del sentido del olfato, son un importante medio de comunicación entre los animales. Con frecuencia, la orina de los animales contiene feromonas. En realidad, el perro que *marca su territorio* está depositando feromonas. En apariencia, algunas feromonas son importantes para la comunicación sexual e incluso a algunas se les ha llamado *atrayentes sexuales*.

Gran parte de la investigación acerca de feromonas se ha realizado con animales y demuestra la importancia de las mismas en el funcionamiento sexual y reproductivo. Por ejemplo, las feromonas presentes en

Feromonas: sustancias bioquímicas que se segregan fuera del cuerpo y que son importantes en la comunicación entre animales y que pueden servir como atrayentes sexuales.

⁶A fin de que el lector no se angustie ante la idea de que los niveles de testosterona considerablemente más bajos en la mujer podrían querer decir que tienen impulsos sexuales menores, se debería señalar que la sensibilidad de las células a los niveles hormonales es crítica. Es posible que las células de la mujer sean más sensibles a la testosterona que las de los hombres. Así, en el caso de las mujeres, un poco de testosterona puede rendir mucho.

Tema central 9.4

Sentencias a delincuentes sexuales: ¿castración o encarcelamiento?

En el año 2002, Ricardo José García, un popular maestro de educación media, agredió sexualmente a un muchacho de 11 años de edad. Confesó su crimen y el caso fue a juicio. Las leyes de Florida dictan una sentencia de cadena perpetua para este crimen. García le ofreció al juez declararse culpable a cambio de un castigo diferente: la castración física. En un caso del año 2001, un juez de Florida ordenó que un violador convicto por su primer delito completara una sentencia de 10 años de encarcelamiento y que después se sometiera a una castración química.

La castración física se refiere a la remoción quirúrgica de los testículos, técnicamente conocida como *orquidectomía bilateral*. La castración química se refiere a inyecciones de sustancias tales como la Depo-Provera, un fármaco antiandrógeno que reduce los niveles de testosterona en el cuerpo de manera marcada.

Casos como éstos hacen que surja un sinnúmero de preguntas, algunas de ellas legales, otras que se encuentran dentro del campo de la ciencia. En términos legales, una sentencia de castración se podría impugnar con base en que es un castigo cruel e inusual. ¿Y qué metas persigue tal castigo? ¿El segundo juez estaba siendo vengativo y permitiendo que el castigo se ade-

cuara al delito? ¿O acaso es que la castración pretende garantizar que el hombre nunca cometa el crimen de nuevo? Los datos científicos adquieren relevancia al tratar este último punto.

Ya sea por medio de una castración física o química, el varón queda con poca testosterona natural dentro del cuerpo. Diversos experimentos con otras especies han demostrado que el efecto de este bajo nivel de testosterona en un impulso sexual drásticamente reducido y la eliminación virtual de la conducta sexual. Sin embargo, los efectos en los humanos no son tan claros, ya que no dependemos tanto de las hormonas como otras especies. Existen casos documentados de varones castrados que siguen sosteniendo relaciones sexuales durante años después de la castración. Así, es posible que la castración reduzca la conducta sexual en los humanos, pero sus efectos no son del todo predecibles. Además, la testosterona se encuentra disponible de manera artificial, ya sea inyectada o en pastillas, de modo que un criminal físicamente castrado podría reemplazar la testosterona de manera subrepticia.

En los casos de violación, la conducta sexual no es lo único que está involucrado. Muchos expertos creen que la violación se debería conceptualizar más como un crimen agresivo o violento que de casualidad se

la orina femenina tienen una influencia sobre la conducta sexual masculina. Un estudio inicial demostró que las ratas macho pueden diferenciar entre el olor de hembras que se encuentran en celo y las que no se encuentran en celo y que los machos prefieren a las primeras (LeMagnen, 1952). Las hormonas estrógeno y progesterona son esenciales para los efectos de las feromonas de las hembras sobre los machos (Beach y Merari, 1970). Si se extirpan los ovarios de las hembras, con lo que se eliminan el estrógeno y la progesterona, su olor ya no estimula a los machos.

El sentido del olfato es esencial para que sucedan los efectos de las feromonas. La extirpación de los bulbos olfatorios, específicamente de una región denominada *órgano vomeronasal* (OVN), reduce radicalmente la conducta sexual de los machos de especies tales como ratones y conejillos de indias (Thorne y Amrein, 2003; Wysocki y Lepri, 1991). El OVN, localizado en el

interior de la nariz, es un quimiorreceptor; es decir, se activa por medio de químicos tales como las feromonas. Los neurocientíficos incluso han registrado la actividad de neuronas únicas del OVN de ratones y han encontrado que ciertas neuronas se descargan cuando el animal entra en contacto con otro macho, pero que diferentes neuronas se descargan cuando entra en contacto con una hembra (Luo *et al.*, 2003). Entonces, la activación del OVN activa las células del hipotálamo (Keverne, 1999); como ya hemos visto, el hipotálamo es esencial a la sexualidad. El OVN es una especie de vía olfatoria secundaria; en ocasiones se le llama *bulbo olfatorio accesorio* y funciona en adición al sentido del olfato principal.

¿Qué importancia tiene todo esto para los humanos? En términos generales, los humanos no son “animales olfativos”. El olfato es mucho menos importante para nosotros que para la mayoría de las demás espe-

Figura 9.14 Delincuentes sexuales en terapia de grupo. La investigación muestra que el tratamiento de estos delincuentes, ya sea con la sustancia Depo-Provera o sin ella, siempre debería incluir psicoterapia.



expresa en términos sexuales que como crimen sexual en sí. Así, la pregunta científica se podría replantear de “¿La castración elimina la conducta sexual?” a “¿La castración elimina la conducta agresiva?” Aquí también, existen muchos experimentos que documentan —en otras especies— que la castración, al disminuir los niveles de testosterona, reduce enormemente la conducta agresiva. Pero, de nuevo, los efectos hormonales no son tan claros ni tan consistentes en el caso de los humanos. De modo que la castración podría reducir las conductas sexuales o agresivas y, así, reducir las probabilidades de que el hombre vuelva a cometer una violación, pero tales efectos no se pueden garantizar.

Parece claro que la castración física o química sólo debería ser parte del tratamiento, el cual también debería incluir psicoterapia intensiva. En un programa de tratamiento que combinaba Depo-Provera y psicoterapia, sólo el 15 por ciento de los sujetos habían vuelto a cometer un delito después de tres años y medio, en comparación con tasas tan elevadas como del 85 por ciento para varones quienes sólo habían sido encarcelados. No obstante, algunas autoridades advierten que el Depo-Provera es peligroso y que posiblemente aumenta el riesgo de cáncer y de depresión suicida.

Fuentes: Arthur y Driscoll (2002); Heim (1981); Rubin *et al.* (1981); Wickham (2001).

cies. Tendemos a depender en gran parte de la visión y, de manera secundaria, de la audición. Compare esto con la capacidad de un perro para obtener un sinnúmero de información acerca de quién y qué ha estado en un parque con tan sólo husmear durante algunos minutos. ¿Significa esto que las feromonas no tienen influencia alguna sobre nuestra conducta sexual?

Ahora nos es claro que las feromonas humanas existen y que es posible que representen un papel importante en la sexualidad (Wyatt, 2003). De hecho, es posible que las feromonas sean la “química corporal” que atrae a las personas unas a otras. Los perfumes con aromas de almizcle han ganado popularidad y supuestamente aumentan el atractivo sexual, tal vez porque huelen como las feromonas. La industria del perfume se ha esmerado en sacar provecho de la investigación acerca de feromonas (Berliner *et al.*, 1991). De hecho, se introdujo un perfume llamado *Pheromone* al mercado.

¿Qué evidencia científica existe en cuanto a la existencia y efectos de las feromonas en los humanos? En primer lugar, el órgano vomeronasal —que, como se indicó con anterioridad, está relacionado con el olfato y la conducta sexual en otras especies y que en esencia parece funcionar como detector de feromonas— está presente en la mayoría de los humanos (García-Velasco y Mondragón, 1991). Esto nos hace preguntarnos si la cirugía plástica utilizada para crear una nariz bonita no podría dañar la vida sexual de la persona de manera inadvertida.

El androstenol, un esteroide oloroso bien documentado como feromona en los cerdos, se ha aislado en el sudor de las axilas de los humanos (Gower y Ruparella, 1993). Ciertos ácidos grasos de cadena corta que se sabe funcionan como feromonas de atracción sexual para los monos rhesus machos se han aislado en las secreciones vaginales humanas (Cowley y Brooksbank,

1991). Por ende, es claro que los humanos sí secretamos feromonas.

En un experimento, se añadió una feromona femenina sintetizada a un perfume de mujer y se añadió un placebo al perfume de las mujeres en el grupo control (McCoy y Pitino, 2002). Las mujeres llevaron un registro de su conducta sexual durante los siguientes tres meses. En comparación con el grupo control, las mujeres tratadas con feromonas mostraron una frecuencia significativamente mayor de coito, citas y caricias y besos. No difirieron en cuanto a frecuencia de masturbación. Los investigadores concluyeron que la feromona había aumentado el atractivo de las mujeres para los varones.

Las investigaciones clásicas de Martha McClintock (1971), documentaron la existencia de un fenómeno conocido como **sincronía menstrual**: la convergencia, a lo largo de varios meses, de las fechas de inicio de los periodos menstruales de mujeres que se encuentran en

contacto cercano (McClintock, 1998; Weller *et al.*, 1995). Ahora se piensa que este fenómeno se debe a las feromonas producidas por las mujeres.

En el experimento probablemente más espectacular hasta la fecha con seres humanos, los

resultados indicaron que el momento de la ovulación se podía manipular de manera experimental mediante feromonas humanas (Stern y McClintock, 1998). Se recolectaron secreciones inodoras de las axilas de mujeres en la fase folicular tardía, es decir, justo antes de la ovulación. Las mujeres receptoras que fueron expuestas a estas secreciones mostraron una aceleración en la aparición del aumento de LH que desencadena la ovulación. Las secreciones axilares de las mismas donadoras recolectadas más adelante dentro del ciclo menstrual tuvieron el efecto opuesto: demoraron el aumento de LH de las receptoras y aplazaron la aparición de la menstruación.

El aroma de las feromonas no necesariamente se tiene que percibir de manera consciente para que surtan efecto (McClintock, 2000). El sistema olfatorio puede responder a los olores aun cuando no se perciben de forma consciente. Así, existe la posibilidad de que haya feromonas de las que ni siquiera nos percatamos y que ejercen poderosas influencias.

Si son correctas las especulaciones acerca de los efectos de las feromonas sobre la conducta sexual humana, es posible que la limpieza excesiva de la sociedad moderna esté destruyendo las fragancias que atraen a las personas entre sí. Las secreciones genitales normales (asumiendo que existe una limpieza razonable para la eliminación de bacterias) pueden contener atrayentes sexuales. De manera irónica, es posible que los desodorantes de “higiene femenina” destruyan precisamente los olores que excitan a los hombres.

Ciertamente, la investigación futura acerca de las feromonas humanas será interesante.

Figura 9.15 Feromonas. a) Las feromonas son un medio principal de comunicación entre los animales. b) ¿Existen feromonas humanas que son atrayentes sexuales?



a)



b)

RESUMEN

William Masters y Virginia Johnson llevaron a cabo un importante programa de investigación acerca de la fisiología de la respuesta sexual humana. Encontraron que se presentan dos procesos fisiológicos básicos durante la excitación y el orgasmo: la vasocongestión y la miotonía. Dividieron el ciclo de la respuesta sexual en cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Sus investigaciones indican que no hay distinción fisiológica alguna entre los orgasmos clitorídeo y vaginal en las mujeres, lo que refuta una de las ideas iniciales de Freud. También proporcionaron evidencia convincente de la existencia del orgasmo múltiple en las mujeres.

Las críticas al modelo de Masters y Johnson son que (1) ignoraron los factores cognitivos y (2) su selección de participantes de investigación puede haber conducido a una profecía autocumplida en sus resultados.

Dos modelos cognitivos-fisiológicos son el de Kaplan, de tres componentes (deseo, vasocongestión y contracción muscular) y el de Walen y Roth, que enfatiza los aspectos cognitivos de la respuesta sexual (percepción y evaluación).

El sistema nervioso y las hormonas son importantes dentro de la respuesta sexual. El sistema nervioso actúa en la respuesta sexual mediante una combinación de reflejos medulares (mejor documentados para la erección y la eyaculación) e influencias cerebrales (en especial del sistema límbico). Existe evidencia de que algunas mujeres presentan eyaculación. Las hormonas son de importancia en la conducta sexual, tanto a causa de sus influencias sobre el desarrollo prenatal (efectos organizadores), como en su influencia estimulante sobre la conducta sexual adulta (efectos activadores). Parece ser que la testosterona es esencial en la conservación del deseo sexual tanto en varones como en mujeres.

Las feromonas son bioquímicos secretados al exterior del cuerpo que representan un papel importante en la comunicación y atracción sexual. Gran parte de la evidencia se basa en investigación con animales, pero rápidamente se está acumulando la sustentación en cuanto a humanos.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Discuta el siguiente tema. Decisión: la castración es un tratamiento apropiado y efectivo para los violadores convictos.
2. ¿Piensa usted que las feromonas puedan representar un papel más importante en la conducta sexual humana en culturas que no enfatizan la limpieza personal excesiva tanto como lo hace la cultura estadounidense? De ser así, ¿cuáles considera que sean los efectos de las feromonas en esas otras culturas?
3. Su hermana menor, Catalina, está cursando su segundo año de estudios universitarios y está en el cuarto mes de lo que parece que será una maravillosa relación a largo plazo. Parece que en la actualidad, Catalina y su novio tienen una relación sexual completa. Como hermana/hermano mayor y benevolente, usted desea que Catalina disfrute al máximo su relación sexual. ¿Qué información del presente capítulo le daría usted a Catalina si quisiera garantizar su satisfacción y placer sexuales?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Kroll, Ken *et al.* (1995). *Enabling romance: A guide to love, sex, and relationships for the disabled (and the people who care for them)*. Bethesda, MD: Woodbine House. Junto con el reconocimiento de la sexualidad de las personas discapacitadas surge la necesidad de libros de autoayuda y éste está diseñado para tal propósito.

Tiefer, Leonore. (2004). *Sex is not a natural act and other*, 2a. ed. Boulder, CO: Westview.

Tiefer es una autora tanto erudita como ingeniosa. Este libro contiene algunas de sus críticas perspicaces acerca del modelo de Masters y Johnson de la respuesta sexual.

Wyatt, Tristram. (2003). *Pheromones and animal behavior* Nueva York: Cambridge University Press. El texto definitivo acerca de feromonas.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.pheromones.com>

Feromonas, información y productos, James Kohl, PhD.

<http://www.sexualhealth.com>

Información acerca de la sexualidad para personas discapacitadas, enfermas o con otros problemas relacionados con la salud.

<http://www.newmobility.com>

Revista en línea para hombres y mujeres con discapacidades.

<http://www.bigeye.com/sexeducation/disabilities.html>

Vínculos de educación sexual: discapacidades/enfermedades.

C A P Í T U L O

10

Técnicas de excitación y comunicación

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Zonas erógenas

Sexo individual

Masturbación

Fantasía

Vibradores, consoladores y demás

Sexo entre dos personas

Besar

Tocar

Los otros sentidos

Fantasías durante el sexo entre dos personas

Estimulación genital-genital: posiciones
del coito

Estimulación bucogenital

Coito anal

Técnicas de lesbianas y varones gay

Afrodisiacos

¿Existe un buen afrodisiaco?

Anafrodisiacos

¿El coito y el orgasmo deberían ser la meta?

De la inexperiencia al aburrimiento

Inexperiencia sexual

Aburrimiento

Comunicación

Comunicación y relaciones

Autodivulgación

Ser un comunicador efectivo

Peleas justas

Verificación de señales sexuales



La búsqueda de la satisfacción sexual es un deseo básico, y la masturbación es nuestra primera actividad sexual natural. Es la manera en que descubrimos nuestro erotismo, la forma en que aprendemos a responder en sentido sexual, el modo en que aprendemos a amarnos a nosotros mismos y a fortalecer nuestra autoestima. La habilidad sexual y la capacidad de responder no son “naturales” dentro de nuestra sociedad. “Hacer lo que nos viene por naturaleza” significa estar sexualmente inhibidos. El sexo, como cualquier otra destreza, tiene que aprenderse y practicarse.*

*Dodson (1987), p. 36.

Vivimos en una era de manuales de sexualidad. Textos como *Electrifique su vida sexual*, *Guía ilustrada al orgasmo masivo duradero*, *Guía completa a la satisfacción sexual* y *La pareja multiorgásmica*, además de artículos y secciones de consulta en diversas revistas, nos proporcionan información acerca de cómo producir orgasmos mayores y más duraderos para nosotros mismos y para nuestras parejas. El auge de “lea todo acerca de ello” no sólo ha producido beneficios, sino también problemas. Puede desviar nuestra atención de tal manera hacia las técnicas mecánicas que nos olvidamos del amor y del aspecto emocional de la expresión sexual. También existe la posibilidad de que los manuales de sexualidad establezcan estándares

imposibles de desempeño sexual que ninguno de nosotros puede satisfacer. Por otra parte, vivimos dentro de una sociedad que tiene un historial de dejar el aprendizaje de técnicas sexuales a la naturaleza o al azar, en contraste con algunas sociedades en que se proporciona a los

adolescentes una capacitación explícita de los métodos que producen placer sexual. Para los seres humanos, la conducta sexual es mucho más que “hacer lo que nos viene por naturaleza”; todos necesitamos algún medio para aprender acerca de técnicas sexuales y es posible que los manuales de sexualidad nos ayuden a satisfacer tal necesidad.

El propósito del presente capítulo es proporcionar información acerca de técnicas de excitación, al mismo tiempo que trataremos de evitar que el sexo se vuelva demasiado mecánico o que se establezcan estándares de desempeño poco realistas. También se enfoca en cómo comunicarse dentro de una relación. A medida que se establece una relación sexual con otra persona, hay tres componentes de gran importancia: (1) establecer un vínculo amoroso; (2) fortalecer la parte sexual de la relación, y (3) desarrollar una buena comunicación. El presente capítulo se centra en los puntos 2 y 3. El amor dentro de las relaciones se discutirá en el capítulo 13.

Zonas erógenas

Aunque el concepto de **zonas erógenas** se originó en el trabajo de Freud, hoy en día el término forma parte

de nuestro vocabulario general. Se refiere a las partes del cuerpo que son sensibles en términos sexuales. Acariciarlas o estimularlas de otra forma produce excitación sexual. Los genitales y los senos son un buen ejemplo. En general, los labios, el cuello y los muslos también son zonas erógenas. Pero incluso algunas regiones bastante improbables —tales como la espalda, las orejas, el estómago o los pies— también pueden ser bastante erógenas. Las zonas erógenas de una persona pueden ser muy diferentes de las de otra. Por lo tanto, es imposible dar una lista de “excitadores” seguros. La mejor manera de averiguarlo es por medio de la comunicación con su pareja, ya sea de manera verbal o no verbal.

Sexo individual

No necesariamente se necesitan dos personas para el sexo. Uno mismo puede producir la propia estimulación sexual. La autoestimulación sexual se denomina **autoerotismo**.¹ Los mejores ejemplos son la masturbación y la fantasía.

Masturbación

Aquí, el término *estimulación manual-genital* se reservará para la estimulación de los genitales de otra persona, y el término **masturbación** se utilizará para la autoestimulación, ya sea por medio de la mano o con algún otro objeto, tal como una almohada o vibrador. La masturbación es una conducta sexual muy común; casi todos los varones y la mayoría de las mujeres en Estados Unidos se masturban hasta tener un orgasmo al menos unas cuantas veces durante sus vidas. En respuesta a las preguntas incluidas en el NHSL (*National Health and Social Life Survey*) de 3 432 estadounidenses, 62 por ciento de los varones y 42 por ciento de las mujeres informaron que se habían masturbado en el año anterior (Laumann *et al.*, 1994, cuadro 3.1). Veintisiete por ciento de los hombres y 8 por ciento de las mujeres dijeron que se masturbaban al menos una vez por semana. Existen diferencias en la incidencia de masturbación de acuerdo con el origen étnico: es menos probable que

¹ Para aquellos interesados en la etimología de las palabras, *autoerotismo* no se refiere al sexo en el asiento trasero de un automóvil. El prefijo *auto* significa “sí mismo” (como en *autobiografía*); por ende, la autoestimulación es autoerotismo.

los hombres y mujeres afroestadounidenses informen de esta conducta (véase cuadro 1.2 del capítulo 1). Las técnicas utilizadas por hombres y mujeres en la masturbación son interesantes en parte porque proporcionan información a sus parejas en cuanto a las mejores técnicas a utilizar al hacer el amor.

Técnicas de masturbación femenina

De manera más común, las mujeres se masturban por medio de la manipulación del clítoris y de los labios internos (Hite, 1976; Kinsey *et al.*, 1953, pp. 158, 189). Es posible que froten de arriba hacia abajo o en un movimiento circular, en ocasiones de manera ligera y a veces aplicando mayor presión sobre el clítoris. Algunas prefieren frotar el costado del clítoris, mientras que unas pocas estimulan el glande del clítoris de manera directa. También es posible que se acaricien o jalen los labios internos. Una mujer describe su técnica como sigue:

Uso las puntas de mis dedos para la estimulación directa, pero es mejor comenzar con palmaditas o caricias sobre el área general. A medida que aumenta la excitación, empiezo a frotar la parte superior del clítoris y luego al clímax por medio de movimientos circulares rápidos y espasmódicos sobre el prepucio del clítoris. Por lo general, mis piernas están abiertas y en ocasiones también estimulo mis pezones con la otra mano. (Hite, 1976, p. 20).

Este hallazgo se encuentra en contraste directo con lo que muchos hombres imaginan que son las técnicas de masturbación femenina; el varón visualiza que la mujer inserta un dedo, plátano u objeto similar en las profundidades de la vagina (Kinsey *et al.*, 1953). De hecho, esto no se hace con frecuencia; con mucho, el método más común es la estimulación del clítoris y de los labios. De las mujeres que se masturbaban en la muestra de Kinsey, 84 por ciento utilizaban la estimulación del clítoris o de los labios de la vagina; la inserción del dedo u objetos en la vagina era la segunda técnica más utilizada, pero sólo la utilizaba el 20 por ciento de las mujeres.

Otras técnicas que las mujeres utilizan durante la masturbación incluye la estimulación de los senos, presión de los muslos ejercida al cruzar las piernas y presionarlas juntas de manera rítmica para estimular el clítoris, y presionar los genitales contra algún objeto, tal como una almohada, o masajearlos con un chorro de agua al estar en la ducha. Unas cuantas mujeres son capaces de llegar al orgasmo mediante el sólo uso de la fantasía; los orgasmos producidos por la fantasía se acompañan de los mismos cambios fisiológicos que los orgasmos producidos mediante la masturbación (Whipple *et al.*, 1992).

Técnicas de masturbación masculina

Casi todos los varones informan que se masturban por medio de la estimulación manual del pene. Para aquellos que se interesan por la velocidad, se puede obtener un orgasmo en sólo uno o dos minutos (Kinsey *et al.*, 1948, p. 509).

La mayoría de los varones utilizan la técnica de poner la mano alrededor del cuerpo del pene utilizando movimientos ascendentes y descendentes para estimular el cuerpo y el glande. Debido a que el pene no produce lubricación natural propia, algunos hombres utilizan alguna forma de lubricación, tal como espuma de jabón durante la ducha. La firmeza de la empuñadura, la velocidad del movimiento y la cantidad de estimulación del glande varían de hombre a hombre. La mayoría aumenta la velocidad de la estimulación a medida que se acerca al orgasmo, pero la disminuye o detiene al momento del mismo ya que la estimulación adicional sería incómoda (Masters y Johnson, 1966). Al momento de la eyaculación, es frecuente que empuñen el cuerpo del pene con firmeza. Inmediatamente después del orgasmo, el glande y la corona están hipersensibles y, en general, el varón evita estimular el pene en ese momento (Sadock y Sadock, 1976).

Los medios y la masturbación

Algunos varones y mujeres incorporan el uso de los medios de comunicación masiva en su actividad autoerótica. Algunas personas se masturban mientras observan imágenes eróticas en revistas, videos o DVD, o en la red. En una encuesta telefónica conducida por Harris Interactive de 1 002 adultos, mitad de los varones y un tercio de las mujeres informaron que utilizaban videos pornográficos y revistas eróticas; 32 por ciento de los hombres y 15 por ciento de las mujeres reportaron que veían pornografía en sitios de la red (Adam y Eve, 2004). Algunos de los usuarios utilizaban estos materiales como auxiliares para la excitación sexual y la masturbación. Hasta 10 por ciento de los estudiantes varones en nuestras clases de sexualidad humana informaron que su actividad sexual más reciente fue la masturbación por medio del uso visual de materiales eróticos.

La red desempeña un importante papel en otra forma de expresión autoerótica. Algunas personas tienen deseos o necesidades sexuales que temen expresar dentro de sus relaciones. Es posible que teman la vergüenza y el rechazo, o el riesgo potencial a su salud física o emocional si cumplen estas necesidades o deseos. La red, debido a su anonimato, proporciona un contexto relativamente seguro dentro del cual se pueden explorar estas necesidades o deseos. Un estudio de 42 varones y 62 mujeres reclutados en *chat rooms*, halló que las personas que informaban de carecer de relaciones verdaderas y que expresaban temor a revelar ciertos aspectos de su sexualidad estaban en mayores probabilidades de utilizar la red como forma importante de autoexpresión sexual (McKenna *et al.*, 2001).

Fantasia

La **fantasía sexual** se refiere a los pensamientos o imágenes sexuales que alteran las emociones o el estado fisiológico de

Fantasia sexual: pensamientos o imágenes sexuales que alteran las emociones o estado fisiológico de la persona.

Tema central 10.1

Ejercicio de crecimiento personal: llegar a conocer su propio cuerpo

La mayoría de expertos en comunicación sexual están de acuerdo en que antes de que uno pueda expresar las propias necesidades sexuales a la pareja, necesita llegar a conocer el propio cuerpo y su receptividad sexual. Este ejercicio está diseñado para ayudarlo a hacer precisamente eso. Designe un tiempo para sí mismo, de preferencia 30 minutos o más. Necesitará privacidad y un espejo, de preferencia uno de cuerpo completo.

1. Desvístase y póngase de pie frente al espejo. Relaje su cuerpo por completo.
2. Observe su cuerpo con detenimiento, de arriba hasta abajo. Vea los colores, las curvas, las texturas. Tómese su tiempo al hacer esto. Trate de descubrir cosas que no había notado antes. ¿Qué le agrada de su cuerpo? ¿Qué le desagrada? ¿Puede usted decir estas cosas en voz alta?
3. Mire su cuerpo. ¿Qué partes de él lo influyen en cuanto a la manera que usted se siente acerca de sí mismo en un sentido sexual?
4. Corra sus dedos lentamente por su cuerpo, de la cabeza hasta los pies. ¿Cómo se siente? ¿Hay partes suaves? ¿Hay partes sensibles? ¿Está usted pasando con velocidad por encima de algunas partes? ¿Por qué? ¿Cómo se siente de estar haciendo esto?
5. Explore sus genitales. *Si usted es varón*, véalos. ¿Le gusta cómo se ven? Ahora explore sus genitales con los dedos. Acaricie su pene, escroto y el área detrás del mismo con suavidad. Preste mucha atención a las diversas sensaciones que usted está produciendo. ¿Cuáles áreas se sienten especialmente bien al acariciarlas? Intente diferentes tipos de contacto: ligero, duro, rápido, lento. ¿Qué tipo se siente mejor? Si surge una erección, está bien. Sólo tómese su tiempo y aprenda tanto como pueda. ¿Hay diferencias en sensibilidad entre el estado excitado y el no excitado? *Si usted es mujer*, tome un espejo de mano y observe sus genitales. ¿Le gusta cómo se ven? Ahora explore sus genitales con los dedos. Toque los labios externos, los internos, el clítoris y la entrada vaginal. ¿Cuáles áreas se sienten especialmente bien? Intente diferentes tipos de contacto: ligero, duro, rápido, lento. ¿Cuál tipo se siente mejor? Si se siente excitada, está bien. ¿Existen diferencias en sensibilidad entre el estado excitado y el no excitado? Sólo tómese su tiempo y aprenda lo más que pueda.
6. ¡Ahora está listo para comunicarle nueva información a su pareja!

Para más ejercicios como éste, véase *The New Male Sexuality* (Nueva sexualidad masculina) (1992), de Zilbergeld, y *Becoming Orgasmic: A Sexual Growth Program for Women* (Volverse orgásmica: un programa de crecimiento sexual para mujeres) (1976) de Heiman, LoPiccolo y LoPiccolo.

Fuentes: Brenton (1972); Heiman *et al.* (1976); Zilbergeld (1992).

la persona (Maltz y Boss, 1997). Casi todos los varones y mujeres informan que han experimentado fantasías sexuales (Leitenberg y Henning, 1995).

Contenido de las fantasías

Los temas de fantasías sexuales informados por varones y mujeres son similares. Los más comunes son tocarse y besarse de manera sensual, observar a la pareja mientras se desviste, dar o recibir sexo oral y seducir a alguien o ser seducido (Hsu *et al.*, 1994). Otros temas comunes son tener sexo en sitios poco comunes, tener sexo en posiciones inusuales o tener sexo que dura varias horas.

Existen ciertas diferencias de género en el contenido de las fantasías. Las fantasías sexuales de los varones se centran en la actividad sexual; es posible que fantaseen que tienen sexo oral con una virgen, con una mujer mayor experimentada, o con dos parejas a un mismo tiempo. Es más probable que las mujeres se enfoquen en desempeñar un papel durante la actividad sexual, tal como el de la doncella tímida, la víctima, la dominante o la voyeur (Maltz y Boss, 1997). Para muchas mujeres, la clave es la relación con la pareja, no la actividad.

En una encuesta de una muestra nacional de adultos británicos, era más probable que los varones informaran de fantasías sexuales con parejas múltiples y

Figura 10.1 a) Masturbación masculina mediante la estimulación manual del pene.
b) Estimulación femenina por medio de la estimulación clitorídea.



a)



b)

anónimas, mientras que las mujeres informaron de fantasías que involucraban una pareja del mismo género o una pareja masculina famosa (Wilson, 1997). Estas diferencias son consistentes con las predicciones que se basan en la teoría evolutiva.

Un estudio que comparó las fantasías de lesbianas y varones gay con las de varones y mujeres heterosexuales encontró que los contenidos reportados eran muy similares, excepto que la pareja era una persona del mismo género (Price *et al.*, 1985). Sin embargo, los heterosexuales pueden tener fantasías con alguien del mismo género y las fantasías de lesbianas y varones gay pueden incluir a personas del género opuesto.

La naturaleza de las fantasías

¿De dónde vienen las fantasías sexuales? Es posible que estas imágenes provengan de experiencias pasadas, de sueños, de caracterizaciones que usted haya leído o visto en los medios, o de historias que alguien le haya contado. Una fantasía puede incluir a una sola persona, ya sea la persona misma o alguien más, o bien puede incluir otras personas de cualquiera de ambos géneros y de cualquier orientación sexual. Es posible que la actividad sea nebulosa y sensual o explícita y vigorosa. Como toda fantasía, las fantasías sexuales representan una fusión de mente, cuerpo y emoción. Es posible que las fantasías sexuales representen experiencias anteriores o de la infancia, ya sea placenteras o de abuso (Maltz y Boss, 1997).

La fantasía sexual puede desempeñar una serie de funciones para la persona que fantasea (Maltz y Boss, 1997). Éstas incluyen la intensificación de la autoestima y el atractivo propios, aumentar la propia excitación sexual (p. ej., durante la masturbación o el sexo con pareja) y para facilitar el orgasmo. Un papel muy importante es permitirle a la persona el ensayo de posibilidades futuras. Este tipo de ensayo puede permitirle

a la persona que cambie sus conductas, que inicie la comunicación con una pareja o que cambie de pareja.

Fantasía durante la masturbación

Hay más varones que mujeres que informan de alguna vez haber tenido fantasías sexuales durante la masturbación. Los resultados de 13 estudios indican que cerca del 87 por ciento de los varones y el 69 por ciento de las mujeres fantasean durante la masturbación. Aquí presentamos la descripción de un varón adolescente acerca de una de sus fantasías favoritas durante la masturbación:

Estaríamos en el asiento trasero del coche y yo estiraría mi mano para masajearle los senos. Ella metería su mano adentro de mis pantalones y me comenzaría a acariciar el pene y, al final, me la mamaría. (Jensen, 1976a, p. 144)

Ésta es la fantasía de una mujer universitaria imaginándose que seduce a su maestro de francés:

Exactamente a las 8:00 toqué a la puerta. Cuando este tipo vio lo que yo traía puesto pensé que sus ojos se iban a salir de sus órbitas. De manera tranquila me pidió que entrara y me sentara...

“Por favor, llámame Jim.” Ahora sí me estaba yendo bien... Me quité los zapatos y me aflojé el vestido. Cuando Jim regresó, yo estaba lista y esperándolo... Pues finalmente al tipo le cayó el veinte; pasó su mano hacia atrás y bajó el cierre de mi vestido. Mientras yo lentamente le bajaba el cierre de sus pantalones, puso su cabeza entre mis senos. A medida que su boca descendía por mi cuerpo poco a poco, podía sentir cómo aumentaba el calor entre mis piernas... Para hacer que mi deseo creciera, él me empezó a hablar en francés. No tenías que saber mucho para entender lo que estaba diciendo. Mientras su boca seguía mordisqueándome, su lengua se centró sobre mi clítoris y me mandó a un orgasmo de locura. A medida que el placer bajaba,

comencé a pagarle el favor... Aunque yo ya había tenido varios orgasmos para este momento, faltaba mucho para que terminara la noche. Entonces Jim se montó encima de mí y me hizo el amor durante lo que pareció una eternidad. (Moffatt, 1989, pp. 190-191)

El contenido de las fantasías sexuales masculinas y femeninas parece verse influido por los estereotipos culturales de la sexualidad masculina y femenina.

Pensamientos sexuales invasivos

Las fantasías pueden ocurrir a cualquier momento y en cualquier lugar, no sólo durante la actividad sexual. En ocasiones, los pensamientos o fantasías sexuales se pueden volver intrusivos; es decir, no deseados, personalmente inaceptables y poco característicos de la persona. En lo que tal vez es el primer estudio acerca de estos pensamientos, Byers, Purdon y Clark (1998) le dieron una lista de 20 de estos pensamientos a varones y mujeres universitarios y evaluaron su frecuencia. El 84 por ciento de los participantes informaron de pensamientos sexuales intrusivos. Las imágenes reportadas con mayor frecuencia por los varones fueron de tener sexo en un lugar público, de toparse con personas desnudas y de sostener relaciones sexuales con una persona que tuviera autoridad sobre ellos. Los pensamientos más frecuentemente informados por mujeres eran de tener sexo en un sitio público, de sostener relaciones sexuales con una persona que tuviera autoridad sobre ellas y de ser sexualmente victimadas. Los varones informaron de una mayor excitación física que las mujeres en respuesta a los pensamientos más invasivos.

Vibradores, consoladores y demás

Algunas personas utilizan diferentes dispositivos sexuales, tales como vibradores y consoladores, mientras se masturban o en pareja cuando sostienen relaciones sexuales.

Consolador: cilindro de hule o plástico que a menudo tiene forma similar a un pene.

Se pueden adquirir genitales artificiales tanto femeninos como masculinos. Un **consolador** es un cilindro de hule o plástico que con frecuencia tiene forma de pene; se puede insertar en el ano o en la vagina. Las mujeres utilizan los consoladores durante la masturbación (aunque, como se indicó en la sección anterior esto no es muy común), como también lo hacen varones, lesbianas, varones gay y parejas heterosexuales. También es posible adquirir vaginas artificiales, e incluso réplicas inflables del cuerpo completo, masculino o femenino.

Algunos *vibradores* tienen forma de pene, pero otros no; hay modelos con cable que se pueden conectar a un enchufe y también existen modelos inalámbricos con baterías. Las mujeres pueden utilizarlos para masturbarse, estimulando el área del clítoris o de la eminencia del pubis, o pueden insertarlos en la vagina. Los hombres pueden utilizarlos para estimular los genitales o el ano. Se pueden adquirir en tiendas “respetables”

Figura 10.2 Vibradores y consoladores que se utilizan para la estimulación sexual.



(donde en ocasiones se utiliza el eufemismo “masajeadores faciales”), en tiendas de artículos sexuales y por correo. Los vibradores diseñados para las mujeres no son recientes; se inventaron en la década de 1880 y se vendían como dispositivos médicos (Maines, 1999). Los médicos recetaban su uso para el tratamiento de diversos “males” femeninos, en especial la histeria. Los vibradores desaparecieron del uso médico cuando se empezaron a utilizar en películas pornográficas en la década de 1920.

Los *aceites corporales* también son de uso popular para el sexo. De hecho, los expertos en el campo han recomendado su uso; por ejemplo, los terapeutas sexuales los recomiendan para los ejercicios de enfoque del tacto o la sensación que recetan a sus pacientes en terapia sexual (véase capítulo 19). Los aceites tienen una cualidad sensual que intensifica los sentimientos sexuales. Además, si se acaricia o masajea una parte del cuerpo durante periodos extensos, el aceite ayuda a garantizar que la parte del cuerpo que está recibiendo la estimulación no termine sintiéndose como un pedazo de madera que alguien ha lijado. Los aceites se pueden utilizar durante la masturbación o mientras se sostienen relaciones sexuales con otra persona. Las tiendas de artículos sexuales los venden en una variedad de aromas exóticos, pero el aceite para bebés también sirve de maravilla. Tenga en cuenta que la vaselina y algunos otros lubricantes pueden ocasionar que los condones se rompan.

Sexo entre dos personas

En general, cuando muchos de nosotros pensamos en las técnicas para el sexo entre dos personas, las imáge-

nes que pasan por nuestra mente reflejan una serie de suposiciones. Una de ellas es que una de las personas es un varón y que la otra es una mujer; es decir, que el sexo es heterosexual. Esto refleja la creencia de que el sexo heterosexual es la norma. También tendemos a asumir que se supone que el varón hace ciertas cosas durante el acto y que la mujer hace algunas otras, lo cual refleja los guiones sexuales de nuestra cultura. Por ejemplo, se supone que él debe tomar la iniciativa en cuanto a las técnicas que se habrán de utilizar, mientras que ella sigue sus sugerencias. Aunque no hay nada particularmente maléfico en estas suposiciones, sí tienden a imponer limitaciones sobre nuestra propia expresión sexual y a hacer que algunas personas piensen que su conducta sexual no es “del todo correcta”. Por lo anterior, haremos un intento por evitar dichas suposiciones en las secciones que siguen.

Besar

Los besos (o lo que técnicamente podríamos llamar “estimulación boca a boca”) es una actividad que casi cualquier persona en la cultura estadounidense ha hecho (DeLamater y McCorquodale, 1979). En el beso sencillo, los miembros de la pareja mantienen sus bocas cerradas y tocan sus labios con los del otro. En los besos profundos (“beso francés”), ambas personas entreabren la boca e insertan sus lenguas uno en la boca del otro (de alguna manera, estas descripciones clínicas no hacen que suene tan divertido como lo es). Existe un sinnúmero de variaciones sobre estos dos enfoques básicos, tal como mordisquear los labios o lengua de la pareja o de succionar los labios; sólo dependen de su imaginación y de sus preferencias personales. También existen muchas otras regiones del cuerpo que se pueden besar: la nariz, la frente, los párpados, los lóbulos de las orejas, el cuello, los senos, los genitales e incluso los pies, para dar unos cuantos ejemplos.

Tocar

El disfrutar del tocar y ser tocado es esencial para el placer sexual. Las caricias o masajes, aplicados a casi cualquier área del cuerpo, pueden producir excitación. Las regiones que son excitantes varían enormemente de persona a persona y dependen de cómo se siente uno en ese momento; así, es importante comunicar qué tipo de contacto es el más placentero para usted. (Para ejercicios específicos de tocar y ser tocado, véase el capítulo 19.)

Como se señaló antes, una de las mejores maneras para aprender cómo usar las manos en la estimulación de los genitales de otra persona es averiguar la manera en que esa persona se masturba.

Estimulación manual de los genitales masculinos

Como técnica para hacer el amor, la estimulación manual de los genitales masculinos se puede utilizar como un antecedente placentero al coito, como forma

para inducir el orgasmo en sí o como medio para producir una erección después de que el varón haya experimentado un orgasmo y quiera continuar con otra ronda de relaciones sexuales (“despertar a los muertos”).

Alex Comfort, en *The New Joy of Sex* (El nuevo goce de amar), recomienda las siguientes técnicas (véase figura 10.4):

Si él no está circuncidado, es probable que ella necesite evitar frotar el glande en sí, excepto en búsqueda de ciertos efectos muy especiales. Su mejor empuñadura será justo por debajo del frenillo, con la piel estirada hacia atrás lo más posible, y utilizando ambas manos, una presionando con firmeza cerca de la base, manteniendo firme al pene, o acariciando el escroto, la otra haciendo un anillo con el dedo índice y el pulgar, o con la mano completa. Debería variar esto y, en la masturbación prolongada, cambiar manos con frecuencia. (1991, p. 85)

Como buena técnica para producir una erección, el autor también sugiere que se rueda el pene como masa entre las palmas de las manos. La presión firme con un dedo a mitad del camino entre la base del pene y el ano es otra posibilidad más.



Vea el video “Men Talk Sex” en el capítulo 10 de su CD y averigüe la manera en que algunos hombres se sienten acerca de sus vidas sexuales.



Vea el video “What Women Want” en el capítulo 10 de su CD y averigüe cómo algunas mujeres desearían que sus parejas sexuales se comportaran hacia ellas.

Figura 10.3 Alex Comfort, cuyo libro *The Joy of Sex* (1972) surgió como parte de la Revolución Sexual y fue uno de los primeros manuales modernos acerca de cómo hacer el amor.



Figura 10.4 Técnica de estimulación manual del pene.



Una de las cosas que hace más efectiva la estimulación manual, es que la pareja del varón se deleite de manera juguetona y aprecie el pene del mismo. La mayoría de los hombres creen que su pene es bastante importante. Si su pareja no lo puede apreciar de manera honesta y disfrutar su manipulación, no tiene caso llevar a cabo la estimulación manual.

Estimulación manual de los genitales femeninos

Las manos se pueden utilizar para estimular los genitales de la mujer a fin de producir el orgasmo, como método preliminar para excitar a la mujer antes del coito o sencillamente porque es placentero.

Por lo común y en especial si la mujer todavía no está excitada, lo mejor es comenzar con caricias suaves y ligeras de la parte interna de los muslos y de los labios externos e internos, prosiguiendo con el frotamiento suave del clítoris. A medida que se excite más, la estimulación del clítoris puede ser más firme. Sin embargo, existen varias reglas para hacer esto. Primero, recuerde que el clítoris es muy sensible y que esta sensibilidad puede ser exquisita o dolorosa. Se debe ejercer cierto cuidado al estimularlo; no puede manipularlo como si fuese un pedazo de masa. Segundo, nunca—excepto tal vez por algunas caricias muy ligeras— se debe frotar si está seco, ya que el efecto puede asemejarse más a una estimulación con lija que a una estimulación sexual. Si la mujer ya está algo excitada, se puede obtener lubricación si se llevan los dedos a la entrada vaginal y después se extiende la lubricación al clítoris. Si ella no está excitada o no produce demasiada lubricación vaginal, la saliva puede funcionar muy bien. La humedad no sólo hace que la estimulación sea más cómoda, sino también más sensual. Tercero, algunas mujeres pueden experimentar dolor ante la estimulación directa del glande del clítoris durante ciertas etapas de la excitación. En general, estas mujeres prefieren que en lugar de esto se estimulen los lados del clítoris.

Con estas advertencias en mente, el clítoris se puede estimular con movimientos circulares o ascendentes y descendentes del dedo. También se pueden acariciar, frotar o jalar suavemente los labios internos y externos. Estas técnicas, si se llevan a cabo con destreza y paciencia, pueden llevar a la mujer al orgasmo. Otra técnica que puede resultar útil en la producción de orgasmos es que la pareja coloque la base de la mano sobre la eminencia del pubis mientras se introduce y retira el dedo medio de la entrada vaginal. Para este momento, otra regla ya debería resultar clara: la pareja debe tener las uñas bien cortadas y sin bordes irregulares. Estamos lidiando con tejidos sensibles.

Los otros sentidos

Hasta el momento, el presente capítulo se ha enfocado a las sensaciones táctiles (del sentido del tacto) de la excitación sexual. Sin embargo, los otros sentidos, visión, olfato y oído, también pueden contribuir.

Vista

Las cosas que ve pueden contribuir a su excitación. En general, los varones parecen excitarse ante una variedad de estímulos visuales, tales como una persona atractiva o cuerpos parcialmente vestidos o desnudos. Tanto hombres como mujeres responden de manera fisiológica a las representaciones de actividad sexual en pareja (Laan y Everaerd, 1995). Del mismo modo en que se puede utilizar la erótica en la actividad de autoestimulación, el observar la actividad sexual en un video o en la red puede contribuir a las actividades sexuales en pareja. Algunos varones, y unas cuantas mujeres, tienen fetichismos leves (véase el capítulo 16 para mayores detalles) y les gusta ver a sus parejas utilizando ciertos tipos de vestimenta, tales como ropa de cuero o hule o vestidos de niñas escolares. Una buena regla que se puede establecer aquí, como en otros casos, es comunicarse con la pareja para averiguar lo que le sería excitante.

La decoración de la habitación también puede contribuir a la estimulación visual. Los tapetes de piel, colocados sobre el piso o utilizados como colchas, son sensuales tanto de manera visual como táctil. Los espejos grandes, ya sea que se cuelguen detrás de la cama o arriba de ella, pueden servir como factores de excitación visual, ya que le permiten observarse a sí mismo mientras hace el amor. La iluminación de velas es suave y contribuye más a un ambiente erótico que la luz eléctrica, que es áspera, o que la oscuridad total, en cuyo caso no hay estimulación visual alguna.

Tal vez la estimulación visual más grande provenga sencillamente de ver el propio cuerpo y el de la pareja. De acuerdo con la NHSLS, ver a la pareja desvestirse es una de las actividades sexuales más atrayentes (Michael *et al.*, 1994, cuadro 12).

Olores

Los olores pueden excitar o repugnar. El aroma de un cuerpo limpio, después de lavarse con jabón y agua, es

un excitante natural. No necesita cubrirse con un “desodorante íntimo”.² En cierto sentido, el olor de su piel, axilas o genitales es su “aroma distintivo” y puede ser de lo más excitante (Comfort, 1991).

Un cuerpo que no ha sido lavado o una boca que no está limpia o que recientemente se ha utilizado para fumar cigarrillos pueden provocar repulsión. El aliento que apesta a ajo puede convertir que un deseo de cercanía se convierta en un deseo por huir. De manera ideal, la comunicación entre los miembros de la pareja es lo suficientemente honesta y confiada como para que si uno ofende, el otro puede pedir que se realice la limpieza correspondiente.

Sonidos

La música —ya sea que prefiera el rock o la música clásica— puede contribuir al ambiente erótico. Otra ventaja de tocar música es que ayuda a ocultar los sonidos del sexo, lo que puede ser importante si se vive en un departamento con paredes delgadas o si está preocupado de que sus hijos los oigan. De manera similar, la música puede eliminar el deseo; un canto fúnebre no es conducente a la gozosa actividad sexual.

Fantasías durante el sexo entre dos personas

Las fantasías son un medio de autoestimulación a fin de intensificar la experiencia del sexo con otra persona. Es especial dentro de una relación monógama de larga duración, la monotonía sexual se puede convertir en un problema; las fantasías son una manera de incorporar variedad y emoción sin violar el acuerdo de serle fiel a la otra persona. Es importante considerar tales fantasías de este modo, más que como señal de deslealtad o insatisfacción con la pareja sexual.

En general, las fantasías durante el sexo entre dos personas son bastante similares a las que las personas tienen mientras se masturban. En un estudio, 84 por ciento de los varones y 82 por ciento de las mujeres informaron que fantaseaban al menos parte del tiempo durante el coito (Cado y Leitenberg, 1990). Este tipo de fantasía es bastante común.

Marion, una mujer casada de 32 años de edad, relató la siguiente fantasía:

Llego a una fiesta en una gran mansión opulenta. Un sirviente [me da una venda para los ojos]. Me dice que me la tengo que poner y seguirlo hasta la recámara. Me sienta en la cama y me quita los zapatos. Alguien más me desabrocha el vestido y otra persona me quita el collar. Siento que unos dedos pellizcan mis pezones

suavemente a través de mi sostén. Alguien más me desabrocha el sostén. Después siento que dos personas besan y succionan mis pezones. Entonces alguien comienza a besar la parte interna de mis muslos...Ella fija su boca sobre la entrepierna de mis pantaleta... empieza a lamer mis pantaletas y a meter su lengua debajo de ellas. Después de un tiempo jala mis pantaletas hacia un lado y empieza a lamerme el coño. Un hombre mete su dedo entre mis nalgas. La muchacha desliza su dedo dentro de mi vagina. Me estoy excitando tanto que casi no lo puedo aguantar. La muchacha está lamiendo mi clítoris como una mariposa enloquecida. Todo mi cuerpo se siente como si fueran a arrasar con él. Me convulsiona un orgasmo. (Masterton, 1993, pp. 107-109)

Aquí está la fantasía de un hombre:

Estamos en un grupo de personas alrededor de la mesa del comedor...un grupo de varias parejas. Estamos jugando un juego de cartas, póquer de prendas, o un tipo complicado de póquer de prendas en que cualquiera que gane puede pedirle a la persona que pierde que haga cualquier cosa. Y la fantasía siempre es que Colleen se vuelve muy sexual. Lo único que le interesa es el sexo. Coger, mamar, exhibirse, así. En general es una fantasía de seducción. Puede que seduzca a uno de los tipos que están sentados a la mesa subiendo por las escaleras y quitándose la ropa mientras sube. Después se pone a gatas y quiere coger allí. (Maurer, 1994, pp. 144-145)

Algunas parejas sexuales disfrutan de compartir sus fantasías entre sí. Describirle una fantasía sexual a la pareja puede ser excitante para ambos. Algunas parejas representan toda o parte de la fantasía y lo encuentran muy satisfactorio. Un hombre dijo:

Mi fantasía es que yo era una jovencita de 14 años de edad. Ésta es una fantasía que he tenido durante muchos años. La jovencita es bonita, con un cuerpo menudo, probablemente de 1 metro 54, 56, bonito culito, el vello de su coño es rubio claro o castaño oscuro. Senos pequeños a medianos. Se ve dulce, virginal...En fin, Sue se metió en el asunto, como que éramos dos amigas que iban a pasar la noche juntas y ella era un par de años mayor y me iba a enseñar algunas cosas. De casualidad, tengo los pezones muy sensibles, entonces decía, “O, tienes unos pezoncitos muy monos, vas a tener unos senos muy bonitos.” Entonces masajeaba mi entrepierna como si estuviera masajeando una vagina: “¿Te gusta cuando te acaricio aquí abajo?” Y me enseñaba qué hacer para satisfacerla, cómo masturbarla y cómo comérmela. Jugamos con eso durante algunos meses. (Maurer, 1994, p. 231)

Estimulación genital-genital: posiciones del coito

Una de las técnicas heterosexuales más comunes implica insertar el pene al interior de la vagina; esto se denomina **coito**³ o *acto sexual*. La pareja puede estar en cualquiera

³ De la palabra *coire* en latín, que significa “ir juntos”.

² A causa del aumento en popularidad del sexo oral-genital, algunas mujeres se preocupan de que el olor de sus genitales sea ofensivo. Los anuncios de desodorantes para la higiene femenina aprovechan sus temores. Estos aerosoles no se deberían utilizar ya que pueden irritar la vagina. Además, no hay nada ofensivo en el aroma de una vulva que ha sido lavada; de hecho, algunas personas lo encuentran incitante.

Coito: acto sexual, penetración del pene en la vagina.

de un número de posiciones diferentes mientras sostiene esta actividad sexual básica. Los antiguos manuales del amor y otras fuentes ilustran diversas posiciones de coito.

Algunas autoridades afirman que sólo existen cuatro posiciones de coito. Personalmente, preferimos creer que existe un número infinito. Considere el número de ángulos diferentes en que se pueden encontrar sus brazos, piernas y torso, en relación con los de su pareja, y las diversas maneras en que pueden entrelazar sus miembros: esas son muchas posiciones. Confiamos en que dada la suficiente creatividad y el suficiente tiempo, usted las podrá descubrir todas por sí mismo. Sin embargo, estaríamos de acuerdo en que existen unas cuantas posiciones básicas y unas cuantas dimensiones básicas sobre las cuales pueden variar las posiciones. Una variación esencial depende de si los miembros de la pareja se encuentran frente a frente (posición cara a cara) o si un miembro de la pareja se encuentra de espaldas al otro (posición de penetración

posterior); si usted intenta la otra variación posible, una posición espalda contra espalda, rápidamente se dará cuenta de que no puede lograr gran cosa de esa manera. La otra variación básica depende de si uno de los miembros de la pareja se encuentra sobre el otro o si la pareja se encuentra lado a lado. Consideremos las cuatro posiciones básicas que ilustran estas variaciones. Como con frecuencia lo hacen los libros de cocina, le daremos las recetas básicas y dejaremos que usted decida cómo adornarlas.

Hombre arriba

Es probable que la posición cara a cara, hombre arriba (posición “del misionero”, véase figura 10.6) sea la más utilizada entre parejas estadounidenses. Es esta posición (que se solía llamar “hombre superior”, un término que es inaceptable hoy en día) el varón y la mujer se estimulan el uno al otro hasta que están excitados, él tiene una erección y ella produce lubricación vaginal. Entonces él se pone encima mientras que ella abre las piernas, ya sea él o ella abren los labios de la vagina, y él inserta su pene al interior de la vagina. Él se apoya sobre sus rodillas y manos o codos e inserta y retira su pene de la vagina (movimientos pélvicos). Algunos varones se preocupan de que su gran peso aplaste a la pobre mujer debajo de ellos; sin embargo, debido a que el peso se encuentra distribuido sobre un área considerable, la mayoría de las mujeres no consideran que éste sea un problema, y es posible que hallen que la sensación de contacto es placentera.

La mujer puede colocar sus piernas en una variedad de posiciones que crean variaciones. Puede estirarlas de manera horizontal, una posición que produce un frotamiento apretado contra el pene, pero que no permite que se introduzca profundamente en la vagina. Puede doblar las piernas y elevarlas a diversos grados, o puede colocarlas sobre la espalda u hombros del varón. Esta última técnica permite que el pene penetre a profundidad dentro de la vagina. También es posible que la mujer mueva su pelvis, ya sea hacia arriba y hacia abajo, o lado a lado, para producir una estimulación aún mayor.

La posición del hombre arriba tiene algunas ventajas y desventajas. Es la mejor posición para garantizar la concepción, si es lo que se desea. Deja las manos de la mujer libres para acariciar el cuerpo del varón (o el propio, en dado caso). La pareja puede sentir que hay una mayor capacidad de expresar su amor o de comunicarse entre sí, ya que se encuentran cara a cara. Sin embargo, esta posición no es buena si la mujer se encuentra en etapas avanzadas de embarazo, o si ella o el varón son extremadamente obesos. Los terapeutas sexuales han encontrado que no es una muy buena posición para que el hombre controle su eyaculación; la posición de la mujer arriba es mejor para este propósito (véase capítulo 19).

Figura 10.5 Esculturas eróticas en el templo de Kandariya Mahadevo, India, construido en el año 1 000 D.C.



Figura 10.6 Posición de coito del hombre arriba.



Mujer arriba

Hay una variedad de maneras en que se puede asumir la posición de la mujer arriba (figura 10.7). Se puede comenzar insertando el pene en la vagina durante la posición del hombre arriba y después voltearse. Otra posibilidad es comenzar con el hombre acostado de

espaldas; la mujer se hinca sobre él, con una rodilla a cada lado de sus caderas. Después, la mano de la mujer o la del varón guían el pene erecto hacia la vagina mientras la mujer desciende sobre él. Después mueve sus caderas para producir la estimulación. Más allá de esto, existen diversas variaciones, dependiendo del

Figura 10.7 Posición de coito de la mujer arriba.



lugar donde la mujer coloca sus piernas. Puede permanecer de rodillas, o puede estirar las piernas hacia atrás, colocándolas al exterior de las piernas del varón o en medio de las mismas. Incluso se puede voltear y ponerse en dirección de los pies del varón.

Esta posición cuenta con una serie de ventajas. Proporciona una gran cantidad de estimulación clitorídea y la mujer puede controlar el tipo de estimulación que obtiene; por ende, muchas mujeres encuentran que ésta es la mejor posición para tener un orgasmo. También es una posición excelente si el varón desea demorar su eyaculación, razón por la cual se utiliza en terapia sexual. Esta posición también es buena si el varón se encuentra cansado y parece recomendable que la mujer realice la mayoría del movimiento. Además, la pareja se encuentra frente a frente, lo que facilita la comunicación y cada quien tiene las manos libres para acariciarse.

Penetración posterior

En la posición de penetración posterior, el varón se coloca a espaldas de la mujer. Una manera de hacer esto es hacer que la mujer se ponga sobre rodillas y manos; el varón se hinca detrás de ella e inserta su pene en la vagina (figura 10.8). (En ocasiones, ésta se denomina “posición de perrito”, ya que es la forma en que copulan los perros y la mayoría de los demás animales.) Otra posibilidad es que la mujer se acueste sobre su estómago, levantando sus caderas ligeramente a fin de que el hombre pueda insertar su pene mientras se hinca sobre ella. La penetración posterior también se puede llevar a cabo si la pareja se encuentra en la posición de lado (véase figura 10.9).

En esta posición, las manos del hombre están libres para estimular el clítoris de la mujer o cualquier otra parte de su cuerpo. Sin embargo, la pareja no se encuentra frente a frente y a algunas parejas les des-

Figura 10.8 Posición de coito de penetración posterior.



Figura 10.9 Posición de coito de lado.

agrada este aspecto de la posición. Existe una posibilidad de que una pequeña cantidad de aire se introduzca en la vagina cuando se utiliza esta posición, produciendo sonidos interesantes al salir.

De lado

En la posición de lado, el varón y la mujer se acuestan uno junto al otro, ya sea cara a cara o en posición de penetración posterior (figura 10.9). Existen muchas variaciones más allá de esto, dependiendo de dónde se colocan las piernas y los brazos; tantas, de hecho, que no haremos el más mínimo intento de enumerarlas. Sin embargo, se debería estar consciente de que en esta posición un brazo o pierna pueden quedar atrapados bajo un pesado cuerpo y empezar a perder sensación, por lo que en ocasiones es necesario cambiar de posición.

La posición de lado es buena para el coito relajado o prolongado o si uno o ambos miembros de la pareja están cansados. También es buena para las mujeres embarazadas y para personas obesas. Al menos una mano se encuentra libre para estimular el clítoris o para lo que se quiera.

Otras variaciones

Además de las variaciones que se pueden producir cambiando la posición de las piernas en estas cuatro posiciones básicas, existen muchas otras posibilidades. Por ejemplo, la posición del hombre arriba se puede variar si la mujer se acuesta en la orilla de la cama con sus pies en el piso mientras el hombre se hinca en el mismo. O bien, la mujer se puede acostar en la orilla de una mesa mientras el hombre se pone de pie frente a ella (no olvide cerrar las cortinas primero).

Ambas posiciones producen un estrechamiento relativo de la vagina y, por tanto, una mayor estimulación del pene. Así también, el varón se puede sentar en una silla e insertar su pene mientras la mujer se sienta en su regazo, utilizando la técnica cara a cara o de penetración posterior. O, con ambos miembros de la pareja de pie, el varón puede levantar a la mujer sobre su pene erecto y ella envuelve sus piernas alrededor de su espalda, o puede colocar una de sus piernas sobre el hombro del varón (sin embargo, se debe ser bastante atlético para lograr esta variación).

Estimulación bucogenital

Una de las características más llamativas de la revolución sexual que se ha dado en las últimas décadas es el aumento de la popularidad de las técnicas boca-genitales u oral-genitales (Hunt, 1974). Existen dos tipos de estimulación boca-genitales (“comerse” a la pareja): cunilingus y felación. Existen diferencias en la incidencia de sexo oral según origen étnico; los varones y mujeres blancos están en mayor probabilidad, y los varones y mujeres afroestadounidenses en menor probabilidad de pedir esta conducta (véase cuadro 1.2 del capítulo 1).

Cunilingus

En el **cunilingus** (del latín *cunnus*, que significa “vulva” y *lingere*, que significa “lamer”), o “comer”, la pareja de la mujer estimula los genitales de ésta con la boca. En general, el centro de la estimulación es el clítoris. La lengua estimula a éste y a las áreas circundantes con rápidos lengüetazos o movimientos de golpeteo, o bien la boca puede succionar el clítoris. Un

Cunilingus: estimulación bucal de los genitales femeninos.

buen preludio para el cunilingus puede ser besar la parte interior de los muslos o el vientre, moviéndose de manera gradual hacia el clítoris. También se pueden succionar los labios internos con la boca, o la lengua puede estimular la entrada de la vagina o insertarse en ésta. Durante el cunilingus, algunas mujeres también disfrutan que se inserte un dedo en la vagina o en el ano para estimulación adicional. La mejor manera de saber qué desea la mujer es a través de la comunicación, ya sea verbal o no verbal, entre los miembros de la pareja.

Muchas mujeres son entusiastas del cunilingus y dicen que es la mejor manera —tal vez la única— para que tengan un orgasmo. Tales respuestas se encuentran bien colocadas dentro del rango normal de sexualidad femenina. Como lo expresó una mujer,

La lengua ofrece delicadeza y precisión y lubricación y es el órgano perfecto para el contacto. Además, produce orgasmos sensacionales. (Hite, 1976, p. 234)

El cunilingus, como la felación, que se discute a continuación, puede propagar algunas enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea. El sexo oral también puede dar por resultado la transmisión del

VPH de los genitales de una persona enferma a la boca de su pareja. Algunos casos de cáncer oral implican la cepa

Felación: estimulación de los genitales masculinos con la boca.

Figura 10.10 Expresión sexual mujer a mujer.



VPH16, la cual se puede haber transmitido por medio del sexo oral (Herrero *et al.*, 2003). Por lo anterior, usted debe ejercer el mismo cuidado con la persona con quien sostiene relaciones sexuales bucogenitales que ejercería con una persona con la que tendría coito. Para aquellas personas que desean practicar sexo más seguro, existe una pequeña hoja de plástico denominada *barrera dental* que se puede colocar sobre la vulva.

También se debería señalar otro posible problema. Algunas mujeres disfrutan que su pareja sople aire de manera forzada al interior de la vagina. Aunque bajo circunstancias normales esta técnica no es peligrosa, cuando se utiliza con mujeres embarazadas se ha sabido de casos de muerte (en apariencia como resultado de que el aire penetre las venas uterinas), de daño a la placenta y de embolia (Sadock y Sadock, 1976). Por ende, no debe utilizarse con mujeres embarazadas.

Tanto las parejas heterosexuales como lesbianas pueden llevar a cabo el cunilingus.

Felación

En la **felación**⁴ (“chupar”, “mamada”) la pareja estimula el pene del varón con su boca. La pareja lame el glande del pene, el cuerpo del mismo y, tal vez, los testículos. El pene se toma de manera delicada en la boca. Si no se encuentra del todo erecto, generalmente se puede obtener una erección por medio de la succión más fuerte combinada con la estimulación manual a lo largo del pene. Después de eso, la pareja puede producir un movimiento de entrada y salida moviendo los labios hacia la base del pene y después en ascenso, siempre teniendo cuidado de no raspar el pene con los dientes. O bien, la lengua se puede mover de lado a lado sobre la punta del pene o sobre la corona.

Para lograr que el varón tenga un orgasmo, se continúa el movimiento de entrada y salida, introduciendo el pene cada vez más dentro de la boca y tal vez también utilizando los dedos para rodear la base del pene y producir una mayor estimulación. En ocasiones, si el pene se introduce demasiado hacia la garganta, estimula un reflejo involuntario de vómito, el cual ocurre siempre que cualquier cosa entra en contacto con esa área de la garganta. A fin de evitarlo, la pareja se debe concentrar en relajar los músculos de la garganta mientras que presiona los labios con mayor firmeza a fin de proporcionar una mayor estimulación al pene.

⁴ *Felación* viene de la palabra latina *fellare*, que significa “chupar”. Los miembros de la pareja no deben tomar la palabra “chupar” de forma demasiado literal. El pene, en especial la punta, es un órgano delicado y no se debería tratar como popote en una leche malteada especialmente espesa.

Figura 10.11 Expresión sexual hombre a hombre.

Cuando una pareja está llevando a cabo una felación, la gran pregunta que se encuentra en sus mentes puede referirse a la eyaculación. Por supuesto, el varón sencillamente puede extraer su pene de la boca de su pareja y eyacular fuera de ella. O bien puede eyacular dentro de la boca de su pareja y es posible que su pareja incluso disfrute tragar el eyaculado. Éste se asemeja en textura a la clara de huevo parcialmente cocida; no tiene un sabor muy específico, pero puede tener un dejo salado. Ya que algunas personas tienen sentimientos encontrados acerca de tener semen en la boca, es probable que sea buena idea que la pareja discuta lo que planean hacer de antemano (o durante la actividad), en especial debido a que eyacular en la boca del otro es una práctica poco segura en la era del SIDA (véase capítulo 20).

La mayoría de los hombres consideran que la felación es una experiencia altamente estimulante, lo que sin duda explica la elevada frecuencia con la que se pide a las prostitutas que lo hagan. El disfrutar de la felación se encuentra dentro del rango normal de la sexualidad masculina.

Tanto las parejas heterosexuales como los varones gay pueden llevar a cabo la felación.

Sesenta y nueve

Ambos miembros de la pareja pueden llevar a cabo el cunilingus y la felación de manera simultánea. Con mucha frecuencia, esto se denomina **sesenta y nueve**⁵ ya que los numerales “69” sugieren la posición de los dos cuerpos durante el sexo oral-genital simultáneo. El sesenta y nueve se puede llevar a cabo ya sea de lado o con una persona sobre la otra, cada una con la boca sobre los genitales de la otra (figura 10.12).

El sexo bucogenital simultáneo permite que ambas personas disfruten el placer de ese tipo de estimulación al mismo tiempo. Puede proporcionar un sentimiento de participación corporal total y de compenetración

Sesenta y nueve: estimulación simultánea de boca y genitales, también llamado *soixante-neuf*.

⁵ Si usted desea ser elegante e impresionar a sus amigos, lo puede llamar *soixante-neuf*, que tan sólo es “sesenta y nueve” en francés.

Figura 10.12 Estimulación bucogenital en la posición sesenta y nueve.



completa entre los miembros de la pareja. Sin embargo, algunas parejas sienten que esta técnica requiere que se hagan demasiadas cosas a un mismo tiempo y que es más complicada que placentera. Por ejemplo, es posible que la mujer se distraiga de la maravillosa estimulación clitorídea que está recibiendo porque al mismo tiempo se tiene que concentrar en utilizar su boca para proporcionar una buena estimulación al pene. Si el sesenta y nueve se lleva a cabo en la posición del hombre arriba, algunas mujeres también sienten que no tienen control sobre el movimiento y que es posible que se atraganten.

Coito anal

En el **coito anal**, el varón introduce el pene en el recto de su pareja (Morin, 1981). En terminología legal, ocasionalmente se le denomina *sodomía* (aunque este término también puede referirse a otras prácticas sexuales, tales como el coito con animales), y en ocasiones se hace referencia a él como sexo “al estilo griego”. Tanto las parejas heterosexuales como homosexuales pueden llevarlo a cabo.

El coito anal es un tanto cuanto más difícil que el coito pene-vagina dado que el recto no tiene lubricación natural propia y porque se encuentra rodeado de músculos bastante estrechos. Por tanto, el varón debe iniciarlo por medio de la lubricación del ano de su pareja, ya sea con saliva o con un lubricante quirúrgico estéril tal como jalea K-Y (*no* Vaselina). También debería lubricar su pene. Entonces lo inserta con delicadeza en el recto e inicia controlados movimientos pélvicos. De manera típica se lleva a cabo en posición de pene-

tracción posterior o en posición del hombre arriba. Mientras más se puede relajar su pareja, menos incómodo será; la incomodidad también se puede reducir permitiendo que el miembro receptor de la pareja esté en control. Si se hace de manera adecuada, no es necesario que implique dolor. Mientras que algunas parejas heterosexuales encuentran repulsiva la idea, otras se deleitan de ella. Algunas mujeres informan de orgasmo durante el coito anal, en especial si se acompaña de la estimulación manual del clítoris. Los varones también informan de orgasmos a causa del coito anal, primordialmente debido a la estimulación de la próstata.

Existen algunos riesgos a la salud que se asocian con el coito anal. Puede dañar o lesionar el tejido del recubrimiento rectal y del esfínter anal. Puede conducir a infecciones de una variedad de organismos. De mucha mayor preocupación, el VIH se puede transmitir por medio del coito anal. Así, el sexo más seguro consiste ya sea de abstenerse de sostener coito anal o de utilizar un condón si se lleva a cabo (o de hacerlo únicamente en una relación monógama con una pareja que no esté infectada). Además, en el caso de los heterosexuales, el pene nunca debe introducirse en la vagina después del coito anal a menos de que se haya lavado concienzudamente. La razón para esto es que el recto contiene bacterias que no pertenecen en la vagina y que pueden provocar un bonito caso de vaginitis si llegan a introducirse en ella. De la misma manera, los juguetes sexuales u otros objetos que se introducen en el ano se deben lavar cuidadosamente después de que se retiren del mismo.

Otra variación es el **anilingus** (*feuille de rose* en francés, “beso negro” en caló), en el que la lengua y la boca estimulan el ano. El ano también se puede estimular con la mano y algunas personas informan que el

Coito anal: inserción del pene en el recto de la pareja.
Anilingus: estimulación bucal del ano de la pareja.

hecho de que se introduzca un dedo en el ano cerca del momento del orgasmo produce una intensificación de la sensación sexual. El anilingus conlleva cierto riesgo de SIDA, hepatitis o infecciones de *E. coli*.

Técnicas de lesbianas y varones gay

Algunas personas tienen dificultades para imaginarse exactamente qué es lo que hacen los varones gay y las lesbianas en la cama; después de todo, los ingredientes importantes para el sexo son un pene y una vagina, ¿no es así?

Los preliminares consisten, del mismo modo que para los heterosexuales, de besarse, abrazarse y acariciarse. Los varones gay participan en la masturbación mutua, en el sexo bucogenital (felación) y, de manera menos común, en coito anal. En ocasiones, los varones gay también llevan a cabo el **coito interfemoral**, en el que el pene del varón se mueve entre las piernas de su pareja. Las lesbianas sostienen masturbación mutua, sexo bucogenital (cunilingus) y una práctica denominada **tribadismo** (“coito seco”), en que se imita el coito heterosexual, con una de los miembros de la pareja sobre la otra haciendo movimientos de acometida de modo que ambas reciben estimulación genital. De acuerdo con *The Gay Report* (El Informe Gay), ésta es una práctica común (Jay y Young, 1979). Otra práctica es el uso de un consolador para que una persona estimule a la otra.

Algo importante a señalar acerca de estas prácticas es que todas son conductas que las parejas heterosexuales también llevan a cabo. Es decir, en términos sexuales, las personas homosexuales hacen lo mismo que los heterosexuales. La única cosa distinta del acto homosexual es que los miembros de la pareja son del mismo género.

Masters y Johnson (1979), en sus estudios de laboratorio, llevaron a cabo observaciones directas de las técnicas sexuales de varones gay y lesbianas y las compararon con aquellas de los bugas. Encontraron que, en cuanto a técnicas de masturbación, no existían diferencias. Sin embargo, en interacciones de pareja había algunas diferencias sustanciales. La principal era que las personas homosexuales “se tomaban su tiempo”, es decir, parecían no tener orientación a meta alguna. Por otra parte, las parejas heterosexuales parecían orientadas al desempeño: parecían esforzarse por alcanzar la meta del orgasmo para cada uno de los miembros de la pareja. En el enfoque inicial hacia la estimulación de la mujer, tanto heterosexuales como lesbianas comenzaban con abrazos y besos, pero esto sólo duraba unos 30 segundos en el caso de los heterosexuales, quienes con rapidez pasaban a la estimulación genital. Por otro lado, las lesbianas pasaban más tiempo en abrazos y besos y después pasaban a un largo periodo de estimulación de las mamas, que en ocasiones resultaba en un orgasmo en ausencia de estimulación genital. La estimulación de las mamas era una diferencia princi-

pal entre las técnicas homosexuales y heterosexuales. Así también, las lesbianas parecían comunicarse más entre sí. En el enfoque inicial hacia la estimulación del varón, los varones gay llevaban a cabo una extensa estimulación de los pezones, lo que en general producía una erección; esta técnica era muy poco común entre heterosexuales (sólo 3 de 100 parejas).

Los varones gay también tenían muchas mayores probabilidades de estimular el frenillo (el área del pene que se encuentra en la parte inferior, justo por debajo de la corona). También utilizaban una “técnica de provocación” en la que el varón acerca a su pareja al orgasmo, después relaja la estimulación, después aumenta la estimulación de nuevo, y así sucesivamente, con lo que, en esencia, se prolonga el placer. Entre los heterosexuales, la queja más frecuente de los maridos fue que sus esposas no empuñaban el cuerpo del pene con la suficiente firmeza. Masters y Johnson argumentaban que los heterosexuales pueden aprender de los varones gay y las lesbianas; las técnicas de éstos se benefician de estimular otro cuerpo igual al suyo.

Coito interfemoral: técnica sexual utilizada por varones gay en la que un hombre mueve el pene entre los muslos del otro.

Tribadismo: técnica sexual utilizada por lesbianas en la que una mujer se acuesta sobre otra y se mueve rítmicamente para producir placer sexual, en particular estimulación del clítoris.

Afrodisiaco: sustancia que aumenta el deseo sexual.

Afrodisiacos

¿Existe un buen afrodisiaco?

Un **afrodisiaco** es una sustancia —tal como comida, un fármaco o un perfume— que excita el deseo sexual. A lo largo de la historia, se ha buscado el afrodisiaco infalible. Antes de esperanzarlo, deberíamos señalar que la búsqueda no ha tenido éxito; no existe sustancia conocida que funcione bien como afrodisiaco.

Una idea popular es que los ostiones son afrodisiacos. La idea parece ser reflejo del mito de que los alimentos que se asemejan a los órganos sexuales tienen poderes sexuales. Por ejemplo, los plátanos y espárragos se asemejan al pene y se ha pensado que son afrodisiacos. Otro ejemplo es la creencia asiática de que el polvo de cuerno de rinoceronte es afrodisiaco (Taberner, 1985). Tal vez se piensa que los ostiones tienen tales poderes debido a que se asemejan a los testículos (MacDougald, 1961). Sin embargo, los ostiones no contienen sustancia alguna que pueda influir en el funcionamiento sexual de ninguna manera (Neiger, 1968). Otros alimentos que se piensa son afrodisiacos incluyen caviar, trufas y eslizón.

Sin duda, algunas sustancias conservan su reputación como afrodisiacos sencillamente porque creer que algo nos estimulará puede, en sí, crear tal estimulación. Así, la creencia de que los testículos de toro

(“criadillas”) o que los cacahuates o almejas tienen poderes especiales puede producir una mejoría temporal del funcionamiento sexual, no a causa de los químicos que contienen, sino porque se cree en ellos.

El alcohol también tiene reputación de afrodisíaco. Los efectos del alcohol sobre el funcionamiento sexual se discutirán en el capítulo 19. En breve, beber pequeñas cantidades de alcohol puede, en algunas personas, disminuir las inhibiciones psicológicas y, por tanto, aumentar el deseo sexual. No obstante, las cantidades moderadas a grandes conducen con rapidez a una incapacidad para funcionar sexualmente.

Los usuarios de la marihuana informan que actúa como estimulante sexual. Es probable que esto se deba, en parte, al hecho de que la marihuana produce la sensación de que el tiempo se estira, con lo que prolonga e intensifica las sensaciones, incluyendo las sexuales. No existe documentación científica de los efectos afrodisíacos de la marihuana a excepción de los informes de los usuarios. Los posibles efectos negativos de la marihuana sobre el funcionamiento sexual se discuten en el capítulo 19.

El interés actual en la dieta y nutrición adecuadas, así como en alimentos y complementos naturales y orgánicos, ha creado un mercado para los afrodisíacos

“naturales”. Según una de las fuentes de la industria, las hierbas populares que se adquieren para este propósito incluyen yohimbina, cayena, arginina,

aventa sativa y damiana. Algunas compañías venden combinaciones herbales así como jarabes y “brebajes” comestibles que afirman aumentar ya sea el deseo, desempeño o vigor sexuales, o bien todas las anteriores. De nuevo, no existe evidencia de que cualquiera de estos aumente el deseo sexual, aunque la creencia de que lo hacen puede intensificar el funcionamiento sexual.

Por desgracia, algunas de las sustancias que se piensa aumentan el funcionamiento sexual son bastante peligrosas. Por ejemplo, la cantárida (“mosca española”) tiene reputación como afrodisíaco, pero es venenosa (Kaplan, 1974; Leavitt, 1974; Taberner, 1985).

El nitrito de amilo (“poppers”) es popular entre algunas personas, debido a que relaja el músculo esfínter del ano, lo usan aquellos que sostienen el coito anal (Taberner, 1985). Los usuarios informan que produce sensaciones más intensas durante el orgasmo (Everett, 1975). Es probable que actúe por medio de la dilatación de los vasos sanguíneos de los genitales. Sin embargo, puede tener efectos secundarios que incluyen mareo, dolores de cabeza, desmayos y, en raros casos, muerte; así, puede ser peligroso (Taberner, 1985).

El nitrito de butilo —vendido bajo nombres comerciales tales como *Rush*, *Locker Room* y *Climax*— es un familiar químico del nitrito de amilo. Se utiliza para intensificar el placer sexual. Aunque no se han repor-

tado muertes a causa de su inhalación, hay dos informes de muerte a causa de su deglución (UPI, 1981).

En contraste con estas drogas callejeras, existen dos fármacos aprobados por la *Food and Drug Administration* (Secretaría de Alimentos y Fármacos) para utilizarse en el tratamiento de disfunciones sexuales masculinas. El *Viagra* está diseñado para aumentar el flujo de sangre al pene y para mantener la erección resultante. Funcionó en cerca de la mitad de los varones que lo utilizaron en ensayos de campo. El *Viagra* es fácil de obtener, sin receta médica, a través de la red. El *Cialis* pretende crear la capacidad de tener un exitoso intento de coito (una erección) hasta 36 horas después de haberlo ingerido. Nótese que ninguna de ambas sustancias aumenta el deseo. (Para mayor información, consulte el capítulo 19.) Existen informes de que varones sin antecedentes de trastorno eréctil están utilizando el *Viagra* para aumentar su desempeño. En algunos casos, dicho uso se asocia con una mayor probabilidad de sexo no seguro y de infecciones de transmisión sexual resultantes. No hay evidencia de que estos fármacos aumenten el deseo sexual o el desempeño en las mujeres.

Anafrodisíacos

Del mismo modo que la gente ha investigado los afrodisíacos, también han buscado **anafrodisíacos**, sustancias o prácticas que disminuirían el deseo sexual. Las duchas frías tienen la reputación de ocasionar tales efectos, de igual manera que el nitrato de potasio (sal de nitro). Este último no contiene nada que disminuya los impulsos sexuales, pero sí actúa como diurético; hace que la persona desee orinar con frecuencia, lo cual puede distraer a la persona de forma suficiente como para que no esté muy interesada en el sexo.

Ha habido cierto interés médico en encontrar fármacos que disminuyan el impulso sexual para uso en el tratamiento de delincuentes sexuales agresivos. Un medicamento de este tipo es el acetato de ciproterona, un antiandrógeno (Taberner, 1985). Aproximadamente a las dos semanas de uso, es posible que ocasione una reducción de la libido; en algunos varones, el conteo de espermatozoides se reduce de manera sustancial y los niveles de testosterona descienden a 20 o 30 por ciento de lo normal. (Para mayor información, véase el capítulo 16.)

Otros medicamentos que pueden conducir a un desgaste del funcionamiento sexual se discuten en el capítulo 19.

¿El coito y el orgasmo deberían ser la meta?

De manera tradicional, la cultura estadounidense ha sostenido la creencia de que un encuentro sexual debe-

Anafrodisíaco: sustancia que disminuye el deseo sexual.

ría tener su “clímax” con el coito y el orgasmo, al menos un orgasmo para el varón. En nuestra era moderna de orgasmos múltiples para las mujeres y de liberación sexual general, puede dominar la perspectiva de que el coito es la parte importante del sexo y de que el orgasmo es la meta hacia la cual se deberían avocar ambos miembros de la pareja. Este sistema de creencias se ve reflejado en términos tales como *preámbulo erótico*, que implica que las actividades como la estimulación manual de los genitales, los besos y el sexo bucogenital son sólo los preliminares que suceden antes del coito, donde este último es el “sexo verdadero”. Creencias similares se reflejan en una frase de uso común, *lograr un orgasmo*, como si el orgasmo fuese algo que se debe lograr, como un ascenso en el empleo.⁶

El psicólogo Rollo May sentía que los varones en especial, al concentrarse en el “logro” del orgasmo y en *satisfacer* sus deseos, se pierden de la parte más importante de la experiencia sexual: la prolongación del sentimiento de deseo y placer, aumentándolo cada vez más. Como él indicó,

Freud y otros describen el placer en el sexo como la reducción de la tensión [orgasmo]; en Eros, por el contrario, no deseamos que se nos libere de la excitación, sino más bien aferrarnos a ella, deleitarnos en ella e, incluso, aumentarla. (1974, pp. 71-72)

Marc Feigen Fasteau, líder de la liberación masculina, argumentó que aunque el orgasmo es bueno, gran parte del placer es el acercamiento al mismo:

Lo que el desdén masculino por los sentimientos logra dificultarle a los varones, es comprender que el estado de deseo... es una de las mejores partes, si no es que *la* mejor, de la experiencia del amor. (1974, p. 31)

Otra de las metas sexuales que ha surgido de manera reciente es la del orgasmo simultáneo. Algunas personas consideran que esto es un suceso por el que se deberían esforzar, en lugar de algo placentero que en ocasiones sucede.

El legado de la ética protestante en la cultura estadounidense es que nuestros impulsos por los logros ahora parecen centrarse sobre nuestras conductas sexuales. No hay nada intrínsecamente incorrecto con la expresión de impulsos de logro en el sexo, excepto que cada vez que existe una situación de logro, también existe el riesgo del fracaso. Si ella no tiene un orgasmo o él no puede tener una erección, la pareja siente que la experiencia completa fue un desastre. Así entonces, el problema con establecer metas sexuales es que tam-

bién se está estableciendo la posibilidad de fracasos o trastornos sexuales.

El mejor enfoque es disfrutar los diversos aspectos de hacer el amor por sí mismos, más que como técnicas para lograr algo, y concentrarse en el sexo como festín de sensaciones, más que como competencia de logros. Necesitamos ampliar nuestra perspectiva de la expresión sexual a fin de reconocer que

un amplio continuo de actividades puede proporcionar placer sexual: un sueño, un pensamiento, una conversación, abrazarse, besarse, masajes sensuales, bailar, estimulación bucogenital y coito. (Chalker, 1995)

En resumen, necesitamos considerar al cuerpo completo como erógeno y cambiar nuestro enfoque a fin de *generalizarlo*.

De la inexperiencia al aburrimiento

Algunas personas, después de una falta de experiencia inicial con el sexo, cambian de manera bastante rápida al aburrimiento con el mismo, acaso con sólo un breve periodo de sexualidad confiada y placentera en el ínterin. La mayoría de nosotros, por supuesto, carecemos de experiencia sexual al principio de nuestras vidas y, en ocasiones, la mayoría nos sentimos aburridos con la forma en que sostenemos relaciones sexuales. ¿Cómo podemos lidiar con estos problemas?

Inexperiencia sexual

En la cultura estadounidense, se espera que los varones sean “conocedores” en cuanto al sexo, que hayan tenido experiencias con él y que sean diestros en el uso de técnicas sexuales. Un hombre o muchacho que carece de experiencia sexual (que tal vez sea virgen) o que sólo ha tenido unas cuantas experiencias sexuales, con pocas oportunidades de practicar, puede sentir un verdadero temor en cuanto a si podrá “desempeñarse” (de nuevo, la ética del logro) en un encuentro sexual. Con la revolución sexual ha surgido una mayor expectativa en cuanto a que las mujeres también deberían contar con un estuche de trucos sexuales a su disposición, de modo que se espera cada vez más que ellas, también, sean experimentadas.

¿Cómo se puede manejar el problema de la inexperiencia? Primero, es importante cuestionar las suposiciones sociales de que la persona debería ser experimentado. Todo el mundo tiene que empezar en algún momento y la inexperiencia no tiene absolutamente nada de malo. Segundo, existen muchos excelentes libros y artículos acerca de técnicas sexuales que en definitiva valen la pena de leerse, aunque es importante ser selectivo, ya que algunos de estos materiales pueden ser más dañinos que útiles. Este capítulo puede

⁶ A fin de evitar esta idea, nunca utilizamos la frase *lograr un orgasmo* en el presente texto. En lugar de ello preferimos utilizar *tener un orgasmo*. ¿Por qué, incluso, no crear el verbo *orgasmear* para que no sintamos que tenemos que esforzarnos para lograrlo?

ser una buena introducción; es posible que usted desee consultar *The New Joy of Sex* o cualquiera de los manuales de autoayuda que se listan al final del capítulo 19. Sin embargo, no se aferre de manera esclavizante a las técnicas que lea en los libros; en esencia, deberían servirle como estímulo para la imaginación, no como serie de pasos a seguir. Tercero, comuníquese con su pareja. Debido a que las preferencias individuales varían tanto, nadie, no importa qué tan experimentado, es un experto sexual con una nueva pareja. La mejor manera de satisfacer a su pareja es averiguar lo que le gusta a la persona, y la comunicación puede lograr esto de mejor manera que la experiencia anterior. La siguiente sección le dará algunas recomendaciones específicas para la comunicación. De manera interesante, un estudio encontró que el mejor factor de predicción sexual de satisfacción con una relación no era la frecuencia del sexo o las técnicas, sino el acuerdo mutuo en cuanto a asuntos sexuales (Markman, comunicación personal).

Aburrimiento

El problema opuesto a la inexperiencia es la sensación de aburrimiento en una relación sexual a largo plazo. Por supuesto, el aburrimiento no siempre es la consecuencia necesaria de sostener relaciones sexuales con la misma persona durante un largo periodo. Ciertamente, existen parejas que han estado casadas durante 40 o 50 años y que siguen encontrando que la expresión sexual es estimulante. Por desgracia, las principales encuestas sexuales no han examinado el fenómeno del aburrimiento, de modo que no es posible calcular el porcentaje de personas que a la larga se aburren o que experimentan ocasionales periodos de aburrimiento. Sin embargo, es seguro que tales experiencias sean comunes. Como alguien dijo en alguna ocasión, la rutina no es buen sitio para hacer el amor. ¿Cómo podemos manejar el problema del aburrimiento?

La comunicación puede ser útil en esta situación, al igual que en otras. En ocasiones, las parejas crean una secuencia sexual rutinaria que conduce al aburrimiento, y a veces dicha secuencia no es en realidad lo que cada persona quiere. Por medio de la comunicación acerca de lo que cada uno quiere en realidad y de hacerlo, dos personas pueden introducir cierta variedad a su relación. Los diversos manuales sexuales también pueden proporcionar ideas en cuanto a nuevas técnicas. Por último, es frecuente que la relación sexual de una pareja refleje los otros aspectos de su relación, y en ocasiones el aburrimiento sexual puede significar que en general están aburridos el uno con el otro. Rejuvenecer el resto de la relación —tal vez iniciando un pasatiempo o deporte en conjunto o yéndose a unas buenas vacaciones durante las cuales pueden buscar fortalecer su relación general— puede funcionar de maravilla para la relación sexual.

También sería posible cuestionar el significado de *aburrimiento*. Tal vez nuestras expectativas de la experiencia sexual son demasiado elevadas. Alentados por los medios, tendemos a creer que la Tierra se debería mover cada vez que tenemos sexo. No esperamos que cada comida que ingerimos sea fantástica ni que siempre tengamos un apetito voraz y que disfrutemos de cada bocado. Sin embargo sí tendemos a tener estas expectativas en cuanto a la sexualidad. Es posible que cuando parece que el aburrimiento es un problema, esa no es la cuestión real; más bien, es posible que el problema se deba a expectativas elevadas poco realistas.

Comunicación

Considere la siguiente situación:

Sam y Donna han estado casados cerca de tres años. Donna había sostenido relaciones sexuales con sólo una persona antes de Sam y nunca se había masturbado. Desde que han estado casados, únicamente ha tenido un orgasmo durante el coito en dos ocasiones, a pesar de que hacen el amor tres o cuatro veces por semana. Ha estado leyendo algunos artículos de revistas acerca de sexualidad femenina y está comenzando a pensar que debería experimentar mayor satisfacción sexual. Hasta donde ella sabe, Sam no tiene idea de que exista problema alguno. Donna se siente sola y un poco triste.

¿Qué debería hacer Donna? Necesita comunicarse con Sam. En apariencia, no se han comunicado mucho en cuanto al sexo durante los últimos tres años, y es necesario que comiencen a hacerlo. Las siguientes secciones discutirán la conexión entre sexo, comunicación y relaciones, y proporcionarán algunas sugerencias para comunicarse de manera efectiva.

Comunicación y relaciones

Gran parte de la investigación ha buscado las diferencias en los patrones de comunicación entre parejas casadas no afligidas (felices) y parejas casadas afligidas (infelices y en búsqueda de orientación matrimonial). En general, tales investigaciones muestran que las parejas afligidas tienden a tener un déficit de comunicación (Gottman, 1994; Markman y Floyd, 1980; Noller, 1984). La investigación también revela que las parejas que buscan terapia a causa de problemas sexuales tienen patrones deficientes de comunicación en comparación con parejas no afligidas (Zimmer, 1983). Por supuesto, existen muchos otros factores que contribuyen al conflicto marital o de pareja o a los problemas sexuales, pero los patrones defectuosos de comunicación ciertamente se encuentran entre ellos. El problema con este tipo de investigación es que es

Tema central 10.2

Diferencias de género en la comunicación

La lingüista Deborah Tannen, autora de éxitos literarios tales como *You Just Don't Understand: Women and Men in Conversation* (Sencillamente no entiendes: conversación entre hombres y mujeres), cree que las mujeres y los varones tienen estilos de comunicación verbal radicalmente diferentes, tan diferentes, de hecho, que en esencia pertenecen a comunidades lingüísticas distintas. Según este punto de vista, la comunicación entre hombres y mujeres es tan difícil como lo es la comunicación transcultural. Estos argumentos han capturado la imaginación del público en general y han ingresado a los programas de capacitación corporativa. ¿Existe evidencia alguna que sustente las afirmaciones de Tannen? ¿Hay diferencias sustanciales de género en estilos de comunicación y, de ser así, cuáles son las implicaciones para las interacciones sexuales?

De manera repetida se han encontrado diferencias de género en las investigaciones acerca de comunicación. Las mujeres son más diestras para interpretar claves no verbales que los varones. Las mujeres están en mayor probabilidad que los hombres de preguntar acerca de situaciones angustiosas y de utilizar mensajes de consuelo que reconocen y legitiman los sentimientos de los demás. En pares del mismo género, es más probable que los hombres discutan deportes, empleos y política, mientras que es más probable que las mujeres hablen acerca de sentimientos y relaciones. Los hombres interrumpen más que las mujeres.

Un hallazgo de investigación es que, al conversar, las mujeres divulgan más acerca de sí mismas (véase página 319) que los varones. Es decir, las mujeres revelan más información personal e íntima acerca de ellas mismas. Sin embargo, este patrón sólo se encuentra en pares de conversación del mismo género; es decir, hombres que hablan con hombres y mujeres con mujeres. Los varones, cuando hablan con una mujer, revelan mucho más que cuando hablan con un hombre. En un estudio, se llevó a varones y mujeres a un laboratorio a fin de que sostuvieran una conversación con sus mejores amigos del mismo género. Se les pidió que discutieran algo importante y que revelaran sus pensamientos y sentimientos. No hubo diferencias de género en cuanto a la autodivulgación. Entonces, las diferencias de género en cuanto a la autodivulgación

están lejos de ser universales, y los varones son tan capaces de la autodivulgación como las mujeres.

Una afirmación es que las mujeres y los varones tienen metas distintas cuando hablan. Las mujeres utilizan el habla para establecer y conservar relaciones, mientras que los hombres utilizan el habla para ejercer control, preservar su independencia y aumentar el estatus (Wood, 1994). Este patrón es consistente con los hallazgos de investigación que indican que las mujeres están más preocupadas que los hombres con la calidad de la relación dentro de la cual ocurre el sexo (véase capítulo 14) y que algunos varones utilizan el ataque sexual para ejercer poder y control sobre las mujeres (véase capítulo 17).

Aun así, la reseña de una docena de estudios acerca de diferencias de género en la comunicación indica que, en general, las diferencias son pequeñas (Canary y Dindia, 1998; Canary y Hause, 1993). La suposición de que las diferencias de género en la comunicación son tan grandes que es como si varones y mujeres pertenecieran a diferentes culturas sencillamente no encuentra sustento. Otro problema con el enfoque de las “dos culturas” es que asume que los patrones de las diferencias de género son las mismas para todo grupo étnico y clase social, cuando casi todas las investigaciones se han llevado a cabo con blancos de clase media.

¿Cuáles son las implicaciones para la sexualidad? No nos deberíamos dejar confundir por las aseveraciones espectaculares de que los hombres y las mujeres tienen estilos totalmente diferentes de comunicación que hacen que en el mejor de los casos sea difícil, sino es que imposible, comunicarse entre sí. Las diferencias de género en la comunicación son pequeñas. Ese es un feliz resultado en el caso de la sexualidad, y en especial para las interacciones heterosexuales. Como usted ha visto en el presente capítulo, la buena comunicación es esencial para el sexo satisfactorio y mutuamente placentero. Si varones y mujeres no pudieran comunicarse, estaríamos en graves problemas. Por fortuna, las diferencias de género son mínimas y, con un poco de esfuerzo, las parejas deberían tener la capacidad de participar en una clara y precisa comunicación sexual.

Fuentes: Aries (1996); Canary y Dindia (1998); Canary y Hause (1993); Tannen (1991).

correlativo (véase el capítulo 3 para una discusión acerca de este problema en métodos de investigación); en términos específicos, no podemos decir si la comunicación deficiente ocasiona matrimonios infelices o si los matrimonios infelices ocasionan patrones defectuosos de comunicación.

Un elegante estudio longitudinal diseñado para abordar este tema proporciona evidencia de que la comunicación infructuosa e ineficiente precede y predice los problemas de relación posteriores (Markman, 1979; 1981). Se estudió a parejas serias que planeaban casarse durante 5 y medio años. Mientras más positivamente evaluaron sus interacciones de comunicación al inicio del estudio, mayor satisfacción informaron con sus relaciones al realizárseles seguimientos a los 2 y medio años y a los 5 y medio años después.

Con base en la idea de que las deficiencias en comunicación ocasionan problemas de relación, los orientadores matrimoniales y terapeutas de pareja frecuentemente trabajan para enseñarles habilidades de comunicación a las parejas. Investigaciones recientes sugieren que las parejas afligidas no difieren de las parejas no afligidas en cuanto a sus capacidades o habilidades de comunicación; más bien, algunas parejas afligidas utilizan sus capacidades como armas para enviar mensajes negativos (Burlison y Denton, 1997). Estos resultados sugieren que los terapeutas se deberían centrar en las intenciones de los miembros de la pareja al comunicarse entre sí, no sólo en las técnicas.

¿Pero cuáles son estos mensajes negativos? Gottman (1994) utilizó cintas de audio y video, así como el monitoreo de la estimulación fisiológica para contestar a esta pregunta. Identificó cuatro patrones de interacción destructivos: crítica, desprecio, defensividad y retraimiento. La *crítica* se refiere a atacar la personalidad o carácter de la pareja: "Eres tan egoísta; nunca piensas en los demás." El *desprecio* se refiere a insultar o abusar verbalmente de la otra persona de manera intencional: "¿Cómo es posible que me haya enredado con un perdedor como tú?" La *defensividad* se refiere a negar la responsabilidad, a inventar excusas y a responder con quejas propias y otras respuestas de autoprotección en lugar de abordar el problema. Es probable que el significado de *retraimiento* sea obvio, ya sea que se refiere a contestar una queja de la pareja con silencio, prendiendo la televisión o abandonando la habitación en enojo. Es probable que usted pueda ver que estos tipos de comunicación seguramente conducirán a una intensificación de las hostilidades más que a la solución del problema.

Es claro que la comunicación positiva es importante en el desarrollo y conservación de

las relaciones íntimas. La sección que sigue describe algunas de las habilidades implicadas en la comunicación positiva. Estas ideas surgen de la extensa investigación que compara a las parejas afligidas y a las no afligidas, así como de las experiencias de terapeutas.

Autodivulgación

Una de las claves para fortalecer una buena relación es la autodivulgación. La **autodivulgación** implica contarle a la pareja algunas cosas personales acerca de sí mismo. Puede variar desde decirle a su pareja algo embarazoso que le sucedió el día de hoy en el trabajo, hasta divulgar un evento muy significativo que sucedió entre usted y sus padres hace 15 años.

La autodivulgación se conecta cercanamente con la satisfacción con la relación. Las investigaciones demuestran que existe una correlación positiva entre el grado de autodivulgación de una pareja y su satisfacción con la relación; es decir, las parejas que más autodivulgación practican, más satisfechas están (Hendrick, 1981). La autodivulgación entre parejas que se citan se relaciona con una satisfacción en la comunicación sexual (Byers y Demons, 1999). De manera más específica, la autodivulgación de agrados y desagradados sexuales se asocia con la satisfacción sexual (Purnine y Carey, 1997).

De manera consistente, las investigaciones muestran que la autodivulgación conduce a la reciprocidad (Berg y Derlega, 1987; Hendrick y Hendrick, 1992). Es decir, si uno de los miembros de la pareja divulga información acerca de sí mismo, esto parece alentar al otro miembro de la pareja a hacer lo mismo. En esencia, la autodivulgación de uno de los miembros de la pareja parece hacer que las cosas comiencen a suceder. Los psicólogos han propuesto un número de razones por las que esto sucede (Hendrick y Hendrick, 1992). Primero, la autodivulgación de nuestra pareja puede hacer que esa persona nos agrade más y que confíemos más en ella. Segundo, como discutirían los teóricos del aprendizaje social, sencillamente es posible que ocurran el modelamiento y la imitación. Es decir, la autodivulgación de uno de los miembros de la pareja sirve como modelo para el otro miembro. También es posible que estén involucradas las normas de equidad (véase el capítulo 12 para una discusión de la teoría de la equidad). Después de que uno de los miembros de la pareja ha divulgado algo de sí mismo, es posible que la otra persona haga lo mismo a fin de mantener un sentido de equilibrio o de equidad en la relación.

No sólo parece que la autodivulgación ayuda a que progrese la relación, sino que, de hecho, los patrones de autodivulgación parecen predecir si una pareja seguirá junta o romperá relaciones. Las investigaciones en que se hace un seguimiento de parejas en periodos de dos meses y hasta cuatro años muestra que a mayor autodivulgación, mayores probabilidades de que la relación continúe, y a menor autodivulgación, mayores probabilidades de rompimiento (Hendrick *et al.*, 1988; Sprecher, 1987).

Ser un comunicador efectivo

Regresemos con Donna y Sam: una de las primeras cosas que se deben hacer en una situación como

Autodivulgación: contar asuntos personales sobre uno mismo.

en la que se encuentra Donna es decidirse a hablar con la pareja propia y admitir que existe un problema. Entonces, la cuestión es decidirse a comunicare y, en especial, a ser un comunicador *efectivo*. Supongamos que Donna comienza diciendo,

no me estás provocando orgasmos cuando tenemos relaciones sexuales. (Mensaje 1)

Sam se enoja y abandona la habitación. Donna quiso comunicar que no estaba teniendo orgasmos, pero Sam pensó que le estaba diciendo que era un pésimo amante. Es importante reconocer la diferencia entre **intención** e **impacto** en la comunicación (Gottman *et al.*, 1976; Purnine y Carey, 1997). Intención es lo que uno quiere decir. Impacto es lo que la otra persona cree que usted quiere decir. Un buen comunicador es aquel cuyo impacto concuerda con su intención. Donna no fue un **comunicador efectivo** en el ejemplo anterior porque el impacto sobre Sam era considerablemente diferente de su intención. Nótese que la efectividad no depende del contenido del mensaje. La persona puede ser igual de efectiva para comunicar desprecio que para comunicar alabanza.

Muchas personas valoran la espontaneidad en el sexo, y es posible que esta actitud se extienda a la comunicación acerca del sexo. Lo mejor es reconocer que para ser un comunicador efectivo es posible que sea necesario planear la propia estrategia. Con frecuencia es necesario meditar cómo hacer para garantizar que su impacto concuerde con sus intenciones. La planeación también le permite asegurarse de que el momento es el correcto; que usted no está hablando en enojo o que su pareja no está cansada o preocupada con otras cosas.

Por último, deberíamos reconocer que será más difícil que Donna aborde este tema de lo que sería preguntarle a Sam por qué no sacó la basura como lo había prometido. Para la mayoría de las personas es difícil hablar de sexo, en especial acerca de problemas sexuales, con sus parejas.⁷ Una mujer describió su incapacidad para hablar con su pareja:

Hubo un periodo en que estaba furiosa con él todo el tiempo. Cada vez que me tocaba estaba enojada. No le dije nada acerca de ello [su deseo de mayor delicadeza durante el sexo], porque pensé que era algo que yo tenía que manejar. (Maurer, 1994, p. 448)

De manera irónica, la comunicación pública acerca del sexo se ha vuelto más franca en las últimas décadas, pero la comunicación privada sigue siendo difícil (Crawford *et al.*, 1994). Esto no quiere decir que Donna

no se puede comunicar. Pero no se debería sentir culpable o tonta si se le dificulta. Y le irá mejor si utiliza algunas habilidades específicas de comunicación y tiene cierta creencia de que funcionarán. La sección que sigue sugiere algunas habilidades que son de utilidad para ser un comunicador efectivo y la manera de aplicarlas en las relaciones sexuales.

Buenos mensajes

Toda pareja tiene problemas. La mejor manera de ventilarlos es quejarse en lugar de criticar (Gottman, 1994). Quejarse implica el uso del **lenguaje de “yo”** (p. ej., Brenton, 1972). Es decir, hablar por uno mismo, no por la pareja (Miller *et al.*, 1975). Al hacer esto, es posible centrarse en lo que mejor conoce: los propios pensamientos y sentimientos. Es menos probable que el lenguaje de “yo” haga que su pareja se comporte de manera defensiva. Si Donna utilizara esta técnica, podría decir,

me siento un poco infeliz porque no tengo orgasmos muy frecuentemente cuando hacemos el amor. (2)

Note que de manera específica se centra sobre ella misma. Hay menos ocasión de que Sam se enoje de lo que había en el mensaje 1.

Una de las mejores cosas acerca del lenguaje de “yo” es que evita la lectura de la mente (Gottman *et al.*, 1976). Supongamos que Donna dijera,

Sé que crees que las mujeres no están muy interesadas en el sexo, pero realmente quisiera tener más orgasmos. (3)

Donna está utilizando la **lectura de la mente**. Es decir, está haciendo ciertas suposiciones acerca de Sam. Asume que Sam cree que las mujeres no están interesadas en el sexo o en tener orgasmos. La investigación revela que la lectura de la mente es más común entre parejas afligidas que entre parejas no afligidas (Gottman *et al.*, 1977). Peor que esto, Donna no *verifica* sus suposiciones con Sam. El problema es que podría estar en lo incorrecto y que Sam no piense eso en absoluto. El lenguaje de “yo” ayuda a Donna a que evite esto centrándose en sí misma y en lo que ella siente más que en lo que Sam está haciendo o dejando de hacer. Otra manera importante de evitar la lectura de la mente es por medio de dar y recibir retroalimentación, técnica que se discutirá en una sección posterior.

El **documentar** es otro componente importante de proporcionar buenos mensajes (Brenton, 1972). Al documentar se proporcionan ejemplos específicos del asunto. Esto no es tan relevante en el caso de Donna ya que está hablando de un problema general; pero

Intención: aquello que pretende decir el hablante.
Impacto: lo que la otra persona entiende que quiso decir el hablante.
Comunicador efectivo: un comunicador cuyo impacto es idéntico a su intención.
Lenguaje de “yo”: hablar según uno mismo, utilizando la palabra “yo”, sin leer la mente.
Lectura de la mente: hacer suposiciones sobre lo que piensa o siente la pareja.
Documentar: proporcionar ejemplos específicos del tema que se está analizando.

⁷ De hecho, una encuesta de estudiantes de cursos de sexualidad humana en dos universidades indicó que los “agrados” y “desagrados” sexuales son los temas más difíciles acerca de los cuales hablar con la pareja. Además, las mujeres parecen estar más conscientes de problemas en este aspecto de la relación que los varones (Markman, comunicación personal).

Figura 10.13



Fuente: Reimpreso con permiso especial de King Feature Syndicate.

aun aquí, documentar de manera específica puede ser de utilidad. Una vez que Donna ha sacado a relucir el tema, podría decir,

Anoche, cuando hicimos el amor, lo disfruté y me sentí muy excitada, pero después no tuve un orgasmo y me sentí decepcionada. (4)

Ahora ha reducido su queja general a una situación específica que Sam puede recordar.

Ahora supongamos que Donna tiene alguna idea de lo que Sam tendría que hacer para llevarla al orgasmo:

Sincerarse: decirle a la pareja lo que se está sintiendo mediante expresar los pensamientos de manera clara, simple y honesta.

Editar: censurar o no decir cosas que serían deliberadamente hirientes para la pareja o que son irrelevantes.

tendría que realizar una mayor estimulación manual de su clítoris. Entonces, podría documentar de manera específica como sigue:

Anoche, cuando hicimos el amor, lo disfruté, pero no tuve un orgasmo y entonces me sentí decepcionada. Creo que lo que necesitaba que hicieras era que estimularas mi clítoris con tu mano un poco más. Lo hiciste un momento, pero pareció muy breve. Creo que si hubieras seguido haciéndolo por dos o tres minutos más, hubiera tenido un orgasmo. (5)

Ahora no sólo le ha documentado el problema a Sam de manera precisa, sino que ha proporcionado una sugerencia específica de lo que se pudo haber hecho y, por tanto, lo que se podría hacer en un futuro.

Otra técnica para dar buenos mensajes es ofrecer *opciones limitadas* (Langer y Dweck, 1973). Supongamos que Donna comienza diciendo,

He estado teniendo problemas con los orgasmos. ¿Lo podemos discutir? (6)

El problema con este abordaje es que un “no” de parte de Sam no es realmente una respuesta aceptable para ella ya que en definitiva quiere discutir el problema. Sin embargo, planteó su pregunta de modo que él podría contestar diciendo “no”. Si se utiliza la técnica de las opciones limitadas, ella podría decir,

He estado teniendo problemas con los orgasmos cuando hacemos el amor. ¿Quieres que lo discutamos ahora o prefieres esperar hasta mañana? (7)

Ahora, cualquier respuesta que dé él será aceptable para ella; ha ofrecido un conjunto de opciones limitadas que son aceptables.⁸ También le ha demostrado cierta consideración a Sam al reconocer que tal vez no esté de ánimo para este tipo de discusión y que preferiría esperar.

Sincerarse y editar

Sincerarse significa decirle a su pareja lo que usted está sintiendo por medio de la afirmación clara, sencilla y honesta de lo que usted piensa (Gottman et al., 1976). Con frecuencia éste es el paso más difícil de la comunicación, en especial cuando el tema es el sexo. En particular, es difícil que los adultos lleguen a coincidir en cuanto a lo que entienden acerca del sexo a causa del ocultamiento que se ha hecho del tema en la sociedad estadounidense (Crawford et al., 1994). Al sincerarse, tenga en cuenta que los propósitos son

1. Llevar a cabo una comunicación clara.
2. Aclarar lo que cada miembro de la pareja espera del otro.
3. Aclarar lo que es agradable y lo que es desagradable.
4. Aclarar lo que es relevante y lo que es irrelevante.
5. Advertir las cosas que los acercan o que los alejan el uno del otro (Gottman et al., 1976).

⁸ La técnica de opciones limitadas es útil para una variedad de situaciones alternas, incluyendo el manejo de niños. Por ejemplo, cuando mi hija tenía dos años de edad y había terminado de ver *Plaza Sésamo* y yo quería que se apagara la televisión, no decía “¿Apagas la televisión?” (me hubiera podido decir que no) sino, más bien, “¿Quieres apagar la televisión o quieres que la apague yo?” Por supuesto, en ocasiones evadía mis esfuerzos y decía que no de todos modos, pero funcionaba la mayoría de las veces.

Cuando usted empiece a sincerarse con su pareja, también será necesario que lleve a cabo cierta cantidad de edición. La **edición** implica censurar (no decir) cosas que serían deliberadamente hirientes para su pareja o que podrían ser irrelevantes. Usted debe asumir la responsabilidad de hacer que su comunicación sea cortés y considerada. Así pues, el sincerarse no debería significar una acometida para “cortar cabezas”. Irónicamente, la investigación indica que las personas casadas demuestran una mayor descortesía entre sí de la que demuestran a los desconocidos (Gottman *et al.*, 1976).

Es posible que Donna se sienta tan contrariada por su falta de orgasmos que esté pensando en tener un amorío para despertar a Sam de modo que reconozca que existe un problema, o tal vez para ver si otro hombre la estimularía hasta el orgasmo. Probablemente lo más recomendable para Donna es que edite esta línea de pensamiento y que se concentre en el problema específico: su falta de orgasmos. Si ella y Sam pueden resolver el problema, no necesitará tener el amorío.

El truco es lograr un equilibrio entre sincerarse y editar. Si se edita demasiado, es posible que no se sincere en absoluto y no habrá comunicación. Si se sincera demasiado y no edita, la comunicación fracasará porque su pareja responderá de manera negativa y existe la posibilidad de que las cosas empeoren en vez de mejorar.

Escuchar

Hasta este momento, nos hemos estado centrando en las técnicas que usted debe utilizar para enviar mensajes acerca de su relación sexual. Pero, por supuesto, la comunicación es una calle de dos vías, y usted y su pareja intercambiarán respuestas. Por ende, es importante que usted y su pareja adquieran ciertas habilidades para escuchar y responder de manera constructiva a los mensajes. La siguiente discusión le sugerirá algunas técnicas.

Una de las cosas más importantes es que usted realmente debe *escuchar*. Esto significa más que tan sólo retirarse los audífonos de las orejas. Quiere decir tratar de comprender de forma activa lo que el otro está diciendo. Con frecuencia, las personas están tan ocupadas tratando de pensar cuál será su siguiente respuesta que difícilmente escuchan lo que el otro está diciendo. El escuchar de manera adecuada también implica conductas positivas no verbales, tales como mantener el contacto visual con el hablante y asentir con la cabeza cuando es apropiado. Sea un *escucha no defensivo*; céntrese en lo que su pareja está diciendo y sintiendo y no se ponga a la defensiva de manera inmediata ni contraataque con sus propias quejas.

El siguiente paso, una vez que usted haya escuchado de manera cuidadosa y no defensiva, es dar *retroalimentación*. Con mucha frecuencia, esto implica vocalizaciones breves —“Así,” “Está bien”— asentir con la cabeza o hacer movimientos faciales que indican que

usted está escuchando (Gottman *et al.*, 1998). Puede involucrar la técnica de **parfraseo**, es decir, repetir en sus propias palabras lo que usted cree que quiso decir su pareja. Suponga que en respuesta a la afirmación inicial de Donna, “No me estás provocando orgasmos cuando tenemos relaciones sexuales,” Sam no se hubiera marchado de la habitación en enojo. En lugar de ello, trató de escuchar y después le proporcionó retroalimentación por medio del parfraseo. Pudo haber respondido,

Entiendo por lo que me dices que no soy muy hábil para hacerte el amor y que por ello no estás teniendo orgasmos. (8)

En ese momento, Donna habría tenido la oportunidad de aclarar la confusión que creyó con su mensaje inicial porque Sam le dio retroalimentación al parfrasear lo que entendió acerca de lo que ella dijo. En ese momento, ella pudo haber dicho, “No, pienso que eres un buen amante, pero no estoy teniendo orgasmos y no sé porqué. Pensé que tal vez podríamos averiguarlo juntos.” O tal vez pudo haber dicho, “No, pienso que eres un buen amante. Sólo es que me gustaría que hicieras más algunas de las cosas que ya haces, como frotar mi clítoris.”

También es buena idea *pedirle retroalimentación* a la pareja, en especial si usted no está seguro de que se están comunicando con claridad.

Del mismo modo que es importante ser un buen escucha a los mensajes verbales de su pareja, también es de gran importancia que usted “lea” los mensajes no verbales de su pareja de manera adecuada. No hay nada más frustrante que voltearle la espalda a otra persona como demostración de enojo y que la persona no entienda la señal. En lenguaje técnico, la capacidad para comprender las señales no verbales de otra persona se denomina *decodificación* de la comunicación no verbal; el proceso inverso, enviar un mensaje no verbal, se denomina *codificación*. Ciertas investigaciones muestran que la capacidad de la mujer en esta área es la que más importa (Sabatelli *et al.*, 1982). Las esposas que son buenas codificadoras (sus mensajes son fáciles de entender) tienen maridos con pocas quejas maritales. No obstante, otras investigaciones muestran que la capacidad del marido para decodificar los mensajes no verbales de su esposa se correlacionan de manera más elevada con el grado de felicidad marital que la capacidad de la esposa para decodificar los mensajes de él (Gottman y Porterfield, 1981). Es probable que la mejor situación sea que los dos miembros de la pareja sean buenos codificadores y decodificadores y que estén comprometidos a la comunicación no verbal precisa y sensible.

Validación

Otra muy buena técnica de comunicación es la **valida-**

Parfrasear: decir, en sus propias palabras, lo que usted piensa que quiso decir su pareja.

Validación: decirle a la pareja que, dado su punto de vista, uno puede ver la razón por la que él o ella piensa de un cierto modo.

Comunicación no verbal:

comunicación que no se realiza a través de palabras, sino por medio del cuerpo; p. ej., contacto visual, tono de voz, tacto.

ción (Gottman *et al.*, 1976), que significa decirle a su pareja que, dado su punto de vista, usted puede ver por qué él o ella piensa de un cierto modo. No

significa que usted esté de acuerdo con su pareja o que está cediendo. Sencillamente quiere decir que usted reconoce el punto de vista de su pareja como legítimo, dado su conjunto de suposiciones, el cual puede ser diferente al suyo propio.

Es importante reconocer que toda pareja tendrá desacuerdos. Lo que importa es la manera en que se manejan dichos desacuerdos. Si conducen a peleas porque uno de los miembros de la pareja cree que el otro “está mal”, lo más probable es que dañen la relación. Es mucho mejor tratar de entender el punto de vista del otro. En un estudio de 76 parejas, la comprensión de las preferencias de la pareja en cuanto a cosas tales como el preámbulo erótico, el uso de erótica y el uso de anticonceptivos (desacuerdo con ellos), se asoció con la satisfacción relacionada con los aspectos sexuales de la relación (Purnine y Carey, 1997).

Supóngase que Donna y Sam se han metido en una discusión acerca del cunilingus. Ella quiere que él lo haga y piensa que le proporcionaría un orgasmo. Él no lo quiere hacer porque piensa que la idea es repulsiva y que ningún hombre real haría tal cosa. Si Donna tratara de validar los sentimientos de Sam, podría decir,

Puede entender cómo te sientes acerca del cunilingus, especialmente por la manera en que se te educó a pensar acerca del sexo. (9)

Sam podría validar los sentimientos de Donna al decir,

Entiendo lo mucho que te importa tener un orgasmo. (10)

La validación no ha solucionado su desacuerdo, pero ha dejado una puerta abierta para que ahora puedan hacer algún progreso.

Obtener la comunicación de su pareja

Suponga que es Sam, en lugar de Donna, quien inicia la conversación. Sam ha notado que Donna no parece derivar gran placer del sexo y le gustaría saber por qué y lo que pueden hacer al respecto. Necesita obtener que ella se comunique. Podría empezar diciendo,

Últimamente he notado que no pareces disfrutar tanto del sexo como antes. ¿Tengo razón? (11)

Hasta allí vamos bien ya que está verificando su suposición. Por desgracia hizo una pregunta que conduce a una respuesta de “sí” o “no”, lo que puede detener la comunicación. De este modo, en caso que Donna responda que sí, más le valdría a Sam continuar con una pregunta *abierta* como

¿Por qué crees que no lo estás disfrutando más? (12)

Si ella puede dar una respuesta razonable, no debería haber problemas para la buena comunicación. Una de las preguntas estándar —y mejores— que se pueden plantear en una situación como ésta es

¿Qué podemos hacer para mejorar la situación? (13)

Lenguaje corporal: comunicación no verbal

Con frecuencia, las palabras precisas que utilizamos no son tan importantes como nuestra **comunicación no verbal**: la manera en que las decimos. El tono de voz, la expresión facial, la posición del cuerpo, si tocamos o no a la otra persona, son todos importantes en la comunicación del mensaje.

Como ejemplo, tomemos la oración, “Conque estás aquí.” Si se dice, “Conque *estás* aquí” en un tono de voz hostil, el mensaje es que el hablante no está nada feliz de que usted haya llegado. Si se dice, “Conque *estás aquí*” en voz de agrado, el significado puede ser que el hablante está feliz y sorprendido de verlo aquí en Wisconsin, habiendo pensado que usted se encontraba en Europa. “Conque *estás aquí*” con una sonrisa y los brazos abiertos para iniciar un abrazo puede querer decir que el hablante lo ha estado esperando y está encantado de verlo.

Supongamos que en el caso de Donna y Sam, la razón por la que Donna no está teniendo más orgasmos se debe simplemente a que Sam no la estimula con el suficiente vigor y de manera suficiente. Durante el sexo, Donna ha adoptado una postura corporal muy pasiva y casi rígida. Sam no la estimula de manera más vigorosa porque teme que la podría lastimar y está seguro que ninguna dama como lo es su esposa querría un abordaje tan vigoroso. La respuesta (o más bien la falta de respuesta) de su cuerpo confirma sus suposiciones. Su cuerpo está diciendo, “Esto no me gusta nada. Acabemos con ello.” Y eso es precisamente lo que está obteniendo. A fin de corregir esta situación, podría adoptar un enfoque más activo y alentador. Podría tomar la mano de Sam y guiarla hasta su clítoris, mostrándolo con cuánta firmeza le gusta que la frote. Podría poner sus propias manos sobre la cadera de Sam e indicarle con qué profundidad y fuerza quiere que su pene penetre a su vagina. Incluso, podría tomar una postura más atrevida mediante utilizar algo de comunicación verbal y decir “Hazlo así” cuando él se pone más vigoroso.

El punto es que al comunicarnos acerca de sexo necesitamos estar seguros de que nuestras señales no verbales nos ayuden a crear el impacto que pretendemos más que el que no tenemos intención de dar. También es posible que las señales no verbales estén confundiendo la comunicación y que necesiten aclararse. La *verificación* es una buena técnica para llevar esto a cabo y se discutirá en una sección posterior.

De manera interesante, la investigación muestra que las parejas afligidas difieren más en cuanto a comuni-

caciones no verbales contra verbales que las parejas no afligidas (Gottman *et al.*, 1977; Vincent *et al.*, 1979). Por ejemplo, incluso cuando una persona proveniente de una pareja afligida está expresando acuerdo con su cónyuge, es más probable que la persona acompañe sus expresiones verbales de acuerdo con conductas no verbales negativas. También es más probable que las parejas afligidas sean escuchas negativos: al escuchar, son altas las probabilidades de que la persona muestre expresiones faciales de desaprobación, enojo o desagrado, o posturas corporales tensas o de inatención. Es frecuente que el desprecio se muestre de manera no verbal, por ejemplo al sonreír de manera burlona o al elevar los ojos al cielo. En contraste, los matrimonios armoniosos se caracterizan por distancias físicas menores y posturas más relajadas de las que se encuentran en las parejas afligidas (Beier y Sternberg, 1977). De nuevo, lo que hace la diferencia no es sólo lo que decimos de manera verbal, sino la forma en que lo decimos y la manera en que escuchamos.

Figura 10.14 a) Una pareja con buen lenguaje corporal (contacto visual y posición corporal adecuados); b) Una pareja con lenguaje corporal deficiente (contacto visual y posición corporal inadecuados)



a)



b)

Destaque lo positivo

Nos hemos estado concentrando en las comunicaciones negativas, es decir, en las comunicaciones en que se necesita expresar algún problema o queja. También es importante comunicar cosas positivas acerca del sexo (Miller *et al.*, 1975). Si éste fue un fantástico episodio amoroso o es el mejor beso que alguna vez haya experimentado, dígalos. Un teórico del aprendizaje diría que le está proporcionando un reforzador positivo a su pareja. Las investigaciones de los psicólogos sociales muestran que las personas que nos dan reforzadores positivos tienden a agradarnos más (véase capítulo 13). El reconocimiento de las fortalezas de una relación ofrece el potencial de enriquecerla (p. ej., Miller *et al.*, 1975; Otto, 1963). Y si usted hace un hábito de comunicarse de manera positiva acerca del sexo, será más fácil iniciar las comunicaciones negativas y se recibirán de mejor manera.

La mayoría de la comunicación durante el sexo se limita a gemidos apagados o a “Mmm,” o a un ocasional “Más arriba, José” o “¿Sí, Latisha?” Podría ayudarle enormemente a su pareja si usted proporcionara una frecuente retroalimentación verbal y no verbal tal como “Eso estuvo de maravilla” o “Hagamos eso otra vez”. Esto facilitaría enormemente las comunicaciones positivas, así como las negativas.

Las investigaciones muestran que las parejas no afligidas hacen más comunicaciones positivas que negativas en comparación con las parejas afligidas (Billings, 1979; Birchler *et al.*, 1975). De hecho, las investigaciones de Gottman (1994) encontraron que existe una *razón mágica* de comunicaciones positivas a negativas. En los matrimonios estables, hay cinco veces más interacción positiva: tanto verbal como no verbal, incluyendo besos y abrazos, que negativa. No sólo es que las parejas felices hacen más comunicaciones positivas; es más probable que respondan a una comunicación negativa con algo positivo (Billings, 1979). Por otra parte, las parejas afligidas están en mayores probabilidades de responder a la comunicación negativa con más comunicaciones negativas, escalando la situación hacia el conflicto. Todos podríamos aprender algo de aumentar nuestras comunicaciones positivas sino, incluso, de hacerlas en respuesta a los comentarios negativos de nuestras parejas.

Peleas justas

Aún si usted usa todas las técnicas que se describieron antes, es posible que de todos modos se enrede en discusiones con su pareja. Las discusiones son parte natural de una relación y no son malas necesariamente. Dado que habrá discusiones dentro de una relación, resulta provechoso que usted y su pareja estén de acuerdo en cuanto a un conjunto de reglas denominadas **pelea justa** (Bach y Wyden, 1969), de modo que las discusiones ayuden y no dañen.

Figura 10.15 Las discusiones no necesariamente son malas para la relación, pero es importante observar las reglas de la pelea justa.



Pelea justa: conjunto de reglas diseñadas para hacer que las discusiones sean constructivas en lugar de destructivas.

Aquí están algunas reglas de las peleas justas que le pueden ser de utilidad (Brenton, 1972; Creighton, 1992):

1. No haga comentarios sarcásticos o insultantes acerca de las aptitudes sexuales de su pareja. Esto genera resentimiento, lo deja abierto a contraataques y simplemente es una manera sucia de pelear.
2. No saque a relucir los nombres de cónyuges, amantes, novios o novias anteriores para ilustrar cómo todos estos problemas nunca sucedieron con ellos. Manténgase apegado a la situación: su relación con su pareja.
3. No haga de psicólogo amateur. No diga cosas como “El problema es que tienes una personalidad compulsiva” o “Hiciste eso porque nunca resolviste tu complejo de Edipo.” En realidad, usted no está capacitado (aun después de haber leído este libro) para llevar a cabo ese tipo de análisis psicológico. Y aunque lo estuviera, no es factible que su pareja reconozca su competencia en medio de una discusión y pensaría, de manera correcta, que lo más probable es que usted esté prejuiciado en ese momento.
4. No amenace con contarle a sus padres o con correr a casa de ellos. Esto implica confabularse en contra de su pareja o portarse de manera infantil.
5. Si tienen hijos, no los inmiscuya en la discusión. En términos emocionales, es demasiado estresante obligarlos a tomar partido entre usted y su cónyuge.
6. No se involucre en descargarse. No acumule disgustos durante seis meses para después descargarlos de una sola vez sobre su pareja.
7. No pegue y corra. No saque a relucir graves cuestiones negativas cuando no hay oportunidad de continuar la discusión, como cuando está a punto de salir al trabajo o cuando faltan cinco minutos para que lleguen las visitas.
8. No se centre en quién es el responsable. Enfóquese sobre la búsqueda de soluciones, no sobre quién es el culpable. Si evita las acusaciones, les permite a usted y a su pareja guardar las apariencias, lo cual los ayudará a ambos a sentirse mejor acerca de la relación.

Verificación de señales sexuales

Uno de los problemas de las comunicaciones sexuales verbales y no verbales es que frecuentemente son ambiguas. Este problema puede ocurrir con mayor frecuencia entre parejas que no se conocen bien, pero también puede ocasionar incertidumbre y malos entendidos entre parejas ya casadas.

Algunos mensajes son muy directos. Afirmaciones como “Quiero tener sexo contigo” no son nada ambiguas. Por desgracia, este tipo de franqueza no es común en la sociedad estadounidense. En una serie de estudios acerca de las tácticas que utilizan las personas a fin de promover encuentros sexuales, estudiantes universitarios informaron que la buena higiene, el cuidado personal y la pulcritud en el vestir son las que se utilizan con mayor frecuencia (Greer y Buss, 1994). Éstas son señales *muy* indirectas de interés sexual. Considere el caso de George, quien se para, se estira y dice “Es hora de ir a la cama”. ¿Quiere decir que quiere sostener relaciones sexuales o que se quiere ir a dormir?

Los mensajes ambiguos pueden conducir a sentimientos de dolor y rechazo, o al enojo innecesario y a quejas a terceras personas. Si George quiere tener sexo pero su pareja interpreta que su conducta quiere decir que está cansado, es posible que George se vaya a la cama sintiéndose herido, poco atractivo y no amado. Una mujer que de manera casual pone su brazo alrededor de los hombros de un compañero de trabajo puede hallarse explicándole a su supervisor que fue un gesto amistoso, no una propuesta sexual.

Cuando confrontamos los mensajes ambiguo, deberíamos verificar su significado. El problema es que la mayoría de nosotros estamos reacios a hacerlo. De alguna manera suponemos que deberíamos saber exactamente lo que la otra persona quiso decir, y que somos tontos o ingenuos si no lo sabemos. Es importante reconocer que muchas señales sexuales —como rodear los hombros de alguien con el brazo, invitar a la persona con la que estamos saliendo en una cita a

Tema central 10.3

¿Qué tan sólida es su relación?

La buena comunicación realza las relaciones, y una buena relación facilita la buena comunicación. Las buenas relaciones tienen una variedad de componentes. Dos de ellos son el amor y el respeto. El siguiente autoexamen evalúa el grado de amor y respeto dentro de una relación. Si usted se encuentra dentro de una relación íntima, conteste sí o no a cada una de las siguientes afirmaciones. Si está de acuerdo o básicamente de acuerdo, conteste sí. Si está en desacuerdo o básicamente en desacuerdo, conteste no. Puede pedirle a su pareja que también tome la prueba o bien, usted puede tomarla una segunda ocasión, contestando de la manera en que piensa que contestaría su pareja.

1. Mi pareja busca que le dé mi opinión.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
2. A mi pareja le importan mis sentimientos.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
3. No es frecuente que me sienta ignorado.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
4. Nos tocamos mucho el uno al otro.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
5. Nos escuchamos mutuamente.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
6. Cada quien respeta las ideas del otro.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
7. Somos afectuosos el uno con el otro.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
8. Siento que mi pareja cuida bien de mí.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
9. Lo que digo importa.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
10. Soy importante en nuestras decisiones.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
11. Hay mucho amor en nuestra relación.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
12. Tenemos un interés genuino el uno por el otro.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
13. Me fascina pasar tiempo con mi pareja.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
14. Somos muy buenos amigos.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
15. Incluso durante momentos difíciles, podemos empatizar.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
16. Mi pareja es considerada en cuanto a mis puntos de vista.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
17. Mi pareja me encuentra físicamente atractivo.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
18. Mi pareja me expresa calidez.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
19. Me siento incluido en la vida de mi pareja.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No
20. Mi pareja me admira.
USTED: Sí No SU PAREJA: Sí No

Puntuación: Si usted contestó afirmativamente a menos de siete reactivos, es probable que no se sienta amado y respetado dentro de esta relación. Usted y su pareja necesitan ser más activos y creativos para añadirle afecto a su relación.

Fuente: Gottman (1994).

nuestro departamento a tomar un café o besarse a la francesa y acariciar el trasero (cubierto) de la persona con la que se está citando— realmente son ambiguas. De manera ideal, cada uno de nosotros debería ser un comunicador efectivo, asegurándonos de que nuestro mensaje claramente coincida con nuestras intenciones. Como receptores de mensajes ambiguos, es necesario que hagamos un esfuerzo por aclararlos. En

respuesta a la invitación a un café al departamento de una mujer, un varón podría responder, “Me gustaría un café, pero esta vez no me interesa el sexo.” O bien podría obtener que ella se comuniqué por medio de una pregunta: “Me gustaría un café; ¿eso es todo lo que tienes en mente?” Verifique las señales sexuales. No haga suposiciones acerca del significado de los mensajes ambiguos.

RESUMEN

El placer sexual se produce mediante la estimulación de diversas áreas del cuerpo; éstas son las zonas erógenas.

La autoestimulación sexual, o autoerotismo, incluye la masturbación y las fantasías sexuales. De manera típica, las mujeres se masturban por medio de frotar su clítoris y el tejido circundante, así como los labios externos e internos. En general, los hombres se masturban rodeando su mano alrededor del pene y utilizando un movimiento ascendente y descendente que estimula el cuerpo. Muchas personas tienen fantasías sexuales mientras se masturban. Los temas comunes de estas fantasías son besar y tocar de manera sensual, sexo oral y seducción. Las fantasías sexuales similares a éstas también son comunes durante el coito. Algunos varones y mujeres incorporan el uso de materiales eróticos en su actividad sexual.

Una técnica importante en el sexo entre dos personas es la estimulación manual de los genitales de la pareja. Una buena guía para la técnica es averiguar la manera en que se masturba nuestra pareja. Tocar otras áreas del cuerpo y besarse también es importante. Los otros sentidos —vista, olfato y oído— también se pueden utilizar en la creación de la excitación sexual.

Aunque existen una infinidad de variaciones en cuanto a las posiciones en que se pueden sostener las relaciones sexuales, existen cuatro posiciones básicas: hombre arriba (posición del misionero), mujer arriba, penetración posterior y de lado.

Existen dos tipos de estimulación boca-genitales: cunilingus (estimulación oral de los genitales femeninos) y felación (estimulación oral de los genitales masculinos). Hoy en día ambas se utilizan frecuentemente y muchas personas las encuentran placenteras. Las lesbianas y los varones gay utilizan técnicas similares a las de los bugas (p. ej., estimulación manual-genital y sexo bucogenital). Sin embargo, los varones gay y las lesbianas parecen estar menos orientados hacia metas y se comunican más que los heterosexuales.

El coito anal implica insertar el pene en el recto. Esta actividad, así como la inserción de otros objetos en el ano se debe llevar a cabo con cuidado a fin de evitar daño o transmisión de ETS.

Un afrodisiaco es una sustancia que excita el deseo sexual. No existe afrodisiaco confiable alguno y algunas sustancias que se piensa de manera popular que actúan como afrodisiacos pueden ser dañinas para la salud.

En la cultura estadounidense existe la tendencia, tal vez como legado de la ética protestante, a considerar que el sexo es un trabajo y a convertir al sexo en una situación de logro, como lo demuestran expresiones tales como “lograr un orgasmo”. Tales actitudes pueden hacer que el sexo sea menos placentero y pueden establecer un precedente para que se susciten fracasos o trastornos sexuales.

Existen claras diferencias de comunicación entre parejas felices, no afligidas y parejas infelices, que buscan orientación o que están dirigiéndose hacia el divorcio. Los patrones destructivos de interacción incluyen crítica, desprecio, defensividad y retraimiento. La clave para fortalecer una buena relación es la autodivulgación recíproca. La clave para mantener una buena relación es ser un buen comunicador.

Las recomendaciones para ser un buen comunicador incluyen: el uso de lenguaje de “yo”; evitación de la lectura de la mente; documentar los argumentos propios con ejemplos específicos; uso de preguntas de opción limitada; sincerarse y editar; ser un escucha no defensivo; proporcionar retroalimentación mediante parafraseo; validación del punto de vista del otro; obtener la comunicación de la pareja; concientización de los mensajes no verbales; y llevar a cabo la comunicación positiva verbal y no verbal. Al pelear, hacerlo de manera justa. Por último, es importante verificar las señales sexuales ambiguas a fin de averiguar lo que realmente significan.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Si usted se encuentra en una relación a largo plazo, piense acerca del tipo de patrón de comunicación que tiene con su pareja. ¿Utiliza usted los métodos de comunicación que se recomiendan en el presente capítulo? Si no es así, ¿piensa usted que existen áreas en las que podría cambiar y mejorar? ¿Cooperaría su pareja en un intento por mejorar sus patrones de comunicación?
2. ¿Qué piensa usted acerca de las fantasías sexuales? ¿Son dañinas o acaso es una buena manera de enriquecer la propia expresión sexual? ¿Sus ideas son consistentes con los resultados de investigación que se discuten dentro del capítulo?
3. Usted ha estado dentro de una relación íntima durante dos años. Se da cuenta de que se está aburriendo con su actividad sexual. Liste cinco cosas que podrían hacer que su relación sexual fuese más satisfactoria. ¿Cómo le comunicaría a su pareja sus deseos de hacer cada una de estas cosas?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Comfort, Alex. (1991). *The new joy of sex: A gourmet guide to lovemaking for the nineties*. Nueva York: Crown. Alex Comfort rescribió su éxito literario para conservar la dicha del sexo al mismo tiempo que reconoce el riesgo del SIDA.
- Dodson, Betty. (1987). *Sex for one: The joy of self-loving*. Nueva York: Harmony Books (Crown Publishers). Una oda inspiradora a la masturbación.
- Gibbons, Boyd. (1986). The intimate sense of smell. *National Geographic Magazine*, 170, 324-361. Una fascinante discusión acerca del sentido del olfato, incluyendo su papel en las interacciones sexuales.
- Gottman, John. (1994). *Why marriages succeed or fail*. Nueva York: Simon & Schuster. Resume los resultados de 20 años de investigaciones acerca de la comunicación dentro del matrimonio. El libro incluye preguntas de autoevaluación y sugerencias específicas para ayudar a las parejas a enriquecer su comunicación.
- Tannen, Deborah. (1986). *That's not what I meant: How conversational style makes or breaks relationships*. Nueva York: Ballantine Books. Tannen, una experta en comunicaciones y autora de libros muy populares, proporciona recomendaciones excelentes para mejorar la comunicación.

RECURSOS EN LA RED

- <http://sexuality.org>
La Society for Human Sexuality; organización sexo-positiva; basada en la University of Washington. Extensa biblioteca en línea.
- <http://www.sexhealth.org/bettersex>
Sitio de la Sexual Health InfoCenter Guide para mejorar el sexo.
- <http://www.uiowa.edu/~ucs/asertcom.html>
Habilidades asertivas de comunicación; auspiciado por el University Counseling Service de la University of Iowa.
- <http://www.jackinworld.com>
Información acerca de masturbación para varones.
- <http://www.clitical.com>
Información acerca de masturbación para mujeres.

C A P Í T U L O

11

Sexualidad y el periodo de vida: infancia y adolescencia

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Fuentes de los datos

Lactancia (0 a 2 años)

Autoestimulación
Encuentros sexuales entre lactantes
Experiencias sensoriales no genitales
Vinculación
Conocimiento sobre las diferencias entre niños y niñas

Temprana infancia (3 a 7 años)

Masturbación
Comportamiento heterosexual
Comportamiento sexual del mismo género
Conocimiento e intereses acerca del sexo

Preadolescencia (8 a 12 años)

Masturbación
Comportamiento heterosexual
Comportamiento sexual del mismo género
Citas y relaciones románticas

Adolescencia (13 a 19 años)

Masturbación
Comportamiento sexual del mismo género
Comportamiento heterosexual

Sexo premarital

¿Cuántas personas tienen coito premarital?
Primer coito
Sexo premarital con una prostituta
Técnicas en el sexo premarital
Actitudes ante el coito premarital
Motivos para tener coito premarital
Citas y noviazgos o amigos cariñosos
Conflictos

Cómo ayuda la sexualidad al desarrollo

Mi hijo Jeremy... inocentemente decidió usar broches en el pelo para ir a la guardería. En varias ocasiones durante ese día, otro niño insistió que Jeremy debía ser niña porque “sólo las niñas usan broches”. Después de afirmar repetidamente que “usar broches no importa; ser niño significa tener un pene y testículos”, finalmente Jeremy se bajó los pantalones como una manera de expresar el concepto de manera más convincente. El niño no se mostró impresionado. Simplemente dijo, “Todo el mundo tiene un pene; sólo las niñas usan broches en el pelo.”*

*Berm (1989).

Deténgase un momento y piense en la primera experiencia sexual que haya tenido. Algunos de los lectores pensarán en la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, mientras que otros recordarán episodios más antiguos, como cuando “jugaban al doctor” con otros niños de su vecindario. Ahora piense en el tipo de vida sexual que tuvo o espera tener en la primera parte de su segunda década de vida. Por último, imagínese a sí mismo a los 65 años y piense en los tipos de comportamiento sexual que practicará entonces.

En años recientes los científicos han comenzado a pensar en el desarrollo sexual humano como un proceso que ocurre a lo largo de toda la vida. Este proceso está bajo la influencia de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esto representa un alejamiento con respecto a la herencia freudiana, en la que se pensaba que los aspectos cruciales del desarrollo ocurrían en la infancia. Este capítulo y el capítulo 12 se basan en este nuevo enfoque del **ciclo vital**, o del periodo de vida, para la comprensión del **desarrollo** de nuestra conducta sexual a lo largo del curso de nuestras vidas. Aquello que en el párrafo anterior se le pidió recordar e imaginar acerca de su propio funcionamiento sexual le dará una idea del alcance de este enfoque del desarrollo.

Fuentes de los datos

¿Qué tipos de datos científicos están disponibles acerca del comportamiento sexual de las personas en diversos momentos de sus vidas? Una fuente que tenemos es el informe Kinsey (Kinsey *et al.*, 1948, 1953). Las técnicas científicas utilizadas por Kinsey se analizaron y evaluaron en el capítulo 3. Varias encuestas más recientes con adultos también proporcionan datos pertinentes.

En estas encuestas, se interroga a los adultos acerca de su comportamiento sexual en la infancia y sus respuestas forman algunos de los datos que se discutirán en este capítulo. No obstante, tales respuestas pueden ser incluso más problemáticas que algunos de los otros tipos de datos de los estudios. Por ejemplo, a un hombre de 50 o 60 años de edad se

le pide que informe sobre la conducta sexual que tenía a los 10 años. ¿Con qué precisión recordará cosas que sucedieron hace 40 o 50 años? Seguramente habrá algún grado de olvido. Por ende, los datos sobre la conducta sexual infantil pueden estar sujetos a errores que son resultado de pedirle a los adultos que recuerden cosas que sucedieron hace mucho tiempo.

Una alternativa sería entrevistar a los niños acerca de su comportamiento sexual o, incluso, observar su conducta sexual. Pocos investigadores han hecho cualquiera de ambas cosas debido a razones obvias. Un estudio de ese tipo haría surgir una tremenda oposición de los padres, líderes religiosos y políticos, quienes podrían discutir que es innecesaria o que podría dañar a los niños que se están estudiando. Estas reacciones reflejan en parte las creencias generalizadas de que los niños no son todavía seres sexuales y que no se les debería exponer a preguntas sobre el sexo. Tal investigación también implica temas éticos: ¿a qué edad un niño puede dar un consentimiento verdaderamente informado para participar en un estudio de esta naturaleza?

En unos cuantos estudios se ha interrogado directamente a los niños acerca de su conducta sexual. Kinsey entrevistó a 432 niños entre 4 y 14 años de edad y los resultados de su estudio se publicaron de manera póstuma (Elias y Gebhard, 1969). Una innovación reciente es el uso de una computadora “parlante” para entrevistar a los niños (Romer *et al.*, 1997). La computadora está programada para presentar las preguntas a través de audífonos y el niño ingresa sus respuestas utilizando un teclado. Este proceso conserva la confidencialidad incluso en presencia de otras personas, porque sólo el niño sabe las respuestas. Este procedimiento se empleó para obtener muestras de jóvenes entre 9 y 15 años provenientes de grupos de alto riesgo. El número de niños que proporcionó informes sobre experiencias sexuales a la computadora fue mayor que en las entrevistas personales.

También se han hecho muchos estudios sobre el comportamiento sexual en la adolescencia. Los excelentes estudios de Kantner y Zelnik acerca de mujeres solteras jóvenes (1972, 1973) son particularmente notables, al igual que la encuesta sobre varones y mujeres adolescentes que realizaron estos mismos auto-

Desarrollo del ciclo vital: desarrollo desde el nacimiento hasta la vejez.

res (1980). Ira Reiss (1967), John DeLamater y Patricia MacCorquodale (1979; véase el Tema central 11.1), y Bancroft, Herbenick y Reynolds (2003) han realizado estudios sociológicos sobre el comportamiento sexual premarital. Es cada vez más frecuente que tengamos a nuestra disposición estudios con muestras adecuadas acerca de la sexualidad adolescente y podemos tener una mayor confianza en sus resultados estadísticos.

Los estudios acerca de la conducta sexual de niños y adolescentes se han hecho todos a través de encuestas que han utilizado ya sea cuestionarios o entrevistas. Nadie ha hecho observaciones sistemáticas y directas de la conducta sexual de los niños.

Lactancia (0 a 2 años)

Antes de 1890, se pensaba que la sexualidad era algo que aparecía por arte de magia en la pubertad. En un sentido histórico, todo el concepto de que los niños—de hecho, los lactantes—tienen impulsos sexuales y participan en comportamiento sexual lo debemos a Sigmund Freud.

La capacidad del cuerpo humano para mostrar una respuesta sexual está presente desde el nacimiento. Por ejemplo, los lactantes varones tienen erecciones. De hecho, en ocasiones los bebés varones nacen mostrando una erección. Los estudios de ultrasonido indican la ocurrencia de erecciones reflejas en el feto masculino desde varios meses antes del nacimiento (Masters *et al.*, 1982). Asimismo, se ha encontrado lubricación vaginal en las recién nacidas dentro del lapso de 24 horas después del nacimiento (Masters *et al.*, 1982).

La primera relación íntima que experimenta la mayoría de los niños es con sus madres. La relación entre la madre y el lactante requiere una buena cantidad de contacto físico y típicamente implica los sentidos táctil, olfativo, visual y auditivo del recién nacido (Frayser, 1994)

La mayoría de las actividades asociadas con la nutrición y atención higiénica de los bebés es íntima y sensual, dado que implica un contacto con los órganos sensoriales—labios, boca, ano y genitales— que puede producir una respuesta fisiológica de naturaleza sensual o sexual en el lactante. Estas actividades incluyen (además del amamantamiento) el entrenamiento de esfínteres, el baño, la limpieza y el cambio de pañales. Los primeros encuentros con una elevada carga fisiológica y emocional entre madre y lactante representan un papel indispensable en el proceso del desarrollo. (Martinson, 1994, p. 11)

Autoestimulación

Se ha observado que los lactantes juegan con sus propios genitales. Existen ciertas dudas acerca de qué tan conscientes están de lo que hacen, pero cuando menos parecen estar realizando algún tipo de autoestimulación sexual placentera. La manipulación rítmica

de los genitales que se asocia con la masturbación adulta no ocurre sino hasta los 2½ a 3 años de edad (Martinson, 1994). Una encuesta sobre la conducta sexual en otras culturas sugirió que, cuando está permitido, la mayoría de los niños progresan de un toqueteo distraído de sus genitales a la masturbación sistemática a las edades de 6 a 8 años (Ford y Beach, 1951). De hecho, en algunas culturas los adultos acarician los genitales de los lactantes para mantenerlos tranquilos, lo cual es un sedante notablemente efectivo.

Los orgasmos producto de la autoestimulación son posibles incluso a esta temprana edad, aunque antes de la pubertad los varones no pueden eyacular. La masturbación es una forma normal y natural de expresión sexual en la lactancia. Definitivamente no es señal de patología, como creían algunas generaciones anteriores. De hecho, en un estudio en el que se comparó a lactantes que tenían relaciones óptimas con sus madres con lactantes que tenían relaciones problemáticas con ellas, los primeros estaban en mayor probabilidad de masturbarse (Spitz, 1949).

Encuentros sexuales entre lactantes

Los lactantes y niños pequeños están muy centrados en sí mismos (lo que el psicólogo Jean Piaget denominó *egocentrismo*). Aun cuando parecen estar jugando con otro niño, es posible que simplemente estén haciéndolo a un lado de éste y que sus juegos ocurran, de hecho, en un mundo propio. Su desarrollo sexual se

Figura 11.1 Algunas actividades asociadas con la nutrición del lactante son potencialmente sensuales, porque implican un contacto físico placentero.



equipara con el desarrollo de sus otras conductas. Así, su sexualidad más temprana es, de manera típica, una sexualidad unipersonal: de autoestimulación. Es después de esto que desarrollan la sexualidad social, bipersonal, ya sea heterosexual u homosexual.

Sin embargo, particularmente en la parte final de la infancia temprana, puede haber algunos encuentros, ya sea afectivos o sexuales, entre los infantes. En estos encuentros es posible que los niños se besen, abracen, acaricien y miren el uno al otro, que son conductas que forman parte de la intimidad erótica posterior en la vida.

Experiencias sensoriales no genitales

Muchas de las experiencias sensoriales que tienen los lactantes y niños pequeños son difusas y no se pueden clasificar fácilmente como algún tipo de actividad sexual. Por ejemplo, como señaló Freud, los lactantes se deleitan en colocar cosas dentro de su boca. Así, es posible que el chupeteo del seno materno, o chupetear sus propios dedos, sea una experiencia sensorial para el lactante.

Ser abrazado o arrullado puede ser una experiencia cálida y sensorial. De hecho, las experiencias del lactante en tales encuentros íntimos tempranos podrían influir en sus reacciones hacia la intimidad y las cari-

cias en la adultez. Parece ser que algunos lactantes disfrutan de las caricias y abrazos y algunos no (Schaffer y Emerson, 1964). Los primeros disfrutaban del contacto físico, mientras que los segundos muestran desagrado e intranquilidad cuando se les mimaba o carga. En cuanto tienen la edad suficiente, muestran resistencia a tales situaciones o gatean o caminan para alejarse de ellas. Los niños que disfrutaban de los mimos y aquellos que no lo hacen parecen tener patrones de personalidad básicamente diferentes. Sería interesante saber si estos patrones permanecen consistentes en la adultez.

Vinculación

La calidad de la relación con los padres en esta edad puede ser muy importante para la capacidad que tenga el niño para las relaciones sexuales y emocionales posteriores. En términos psicológicos, un **vínculo** (o lazo) se forma entre el lactante y la madre, el padre u otra persona que le proporcione los cuidados. El vínculo comienza en las horas inmediatamente posteriores al nacimiento y continúa durante todo el periodo de la lactancia (Coustán y Angelini, 1995). Se facilita por las caricias y abrazos y por otras formas de contacto físico. Posteriormente, los vínculos se forman con otras personas familiares. Éstas son las experiencias más tempranas del individuo con el amor y el apego emocional. La calidad de estos vínculos —el hecho de que sean estables, seguros y satisfactorios o inestables, inseguros y provocadores de frustración— afecta la capacidad de la persona para establecer una vinculación emocional en la adultez. Las investigaciones recientes con seres humanos (que se analizan en el capítulo 13) indican que los estilos adultos de vinculación romántica son similares a los tipos de vínculos que las personas recuerdan haber tenido con sus padres durante la infancia.

Vinculación: lazo psicológico que se forma entre un lactante y la madre, padre u otra persona que presta los cuidados.

Figura 11.2 Autoestimulación en el lactante.



Conocimiento sobre las diferencias entre niños y niñas

Para los 2½ o 3 años de edad, los niños saben cuál es su género (véase capítulo 14). Saben que se parecen al progenitor del mismo género y que son diferentes del progenitor del sexo contrario y de otros niños del género opuesto. Al principio, los infantes piensan que la diferencia entre niñas y niños es una cuestión de la vestimenta o del corte de pelo. Para los 3 años de edad, es posible que tengan cierta conciencia de las diferencias en la región genital y un aumento del interés en los genitales de los demás niños (Martinson, 1994). De los 4 a los 6 años de edad, las ideas sobre el género son muy rígidas, como lo refleja la viñeta que da inicio al capítulo. A medida que los niños obtienen experiencia, estas creencias sobre el género se vuelven más flexibles (Martin y Ruble, 2004).

Temprana infancia (3 a 7 años)

Entre los 3 y 7 años de edad se presenta un aumento notable en el interés y actividad sexuales, de la misma manera que en la actividad e interés generales.

Masturbación

Los niños van adquiriendo cada vez más experiencia con la masturbación durante la infancia. En un estudio sobre estudiantes universitarios, 15 por ciento de los varones y 20 por ciento de las mujeres recordaban que su primera experiencia masturbatoria había ocurrido entre los 5 y 8 años de edad (Arafat y Cotton, 1974). En un estudio sobre 1 114 niños entre 2 y 5 años de edad, las madres del 60 por ciento de los varones y del 44 por ciento de las niñas informaron que sus hijos se tocaban los genitales (Fiedrich *et al.*, 1998).

También durante este periodo, los niños aprenden que la masturbación es algo que se hace en privado.

Comportamiento heterosexual

Para los 4 o 5 años de edad, la sexualidad de los niños se ha vuelto más social. Existe cierta cantidad de juego heterosexual. Es posible que los varones y las niñas se abracen y que se tomen de las manos imitando a los adultos. “Jugar al doctor” puede ser un juego popular a esta edad (Gundersen *et al.*, 1981). En general, esto no implica más que exhibir los propios genitales, ver los genitales de los otros niños y quizás manipularlos o tocarlos. Como recordó una mujer:

Fue a los 5 años de edad que tanto yo como mis tres amigas, que eran hermanas y vivían en la casa de al lado, vimos por primera vez los genitales de un niño. Ellas tenían un primo que vino de visita y todos terminamos detrás de la caldera jugando al doctor. Sin importar cuáles haya dicho él que eran sus síntomas, nosotras estábamos tan fascinadas con su pene que éste siempre era el centro de nuestros exámenes. Recuerdo haberme reído nerviosamente mientras lo picoteaba con los dedos y lo sumergía en un agua que habíamos coloreado de rojo y que usábamos a manera de medicina. Esto parecía serle muy placentero. Una niña le puso crema de manos y una venda en el pene y en el proceso, él tuvo una erección. Le pedimos que lo hiciera otra vez, pero no tuvimos tanta suerte. (Martinson, 1994, p. 37)

Aproximadamente para los 5 años de edad, los niños tienen formado un concepto del matrimonio (o, cuando menos, de sus aspectos no genitales). Saben que un miembro del otro género es la pareja apropiada para el matrimonio y tienen la firme idea de casarse cuando sean mayores (Broderick, 1966a, b). Practican los roles matrimoniales cuando juegan “Al papá y a la mamá”.

Algunos niños aprenden por primera vez sobre la conducta heterosexual por haber visto u oído a sus padres mientras que éstos tienen relaciones sexuales, o

Figura 11.3 Entre las edades de 3 y 7 años se presenta un notable aumento en el interés sexual.



lo que se denomina *experiencia de la escena primaria*. Freud creía que esta experiencia podía inhibir el desarrollo psicosexual subsecuente del niño; algunos autores contemporáneos comparten su creencia. Existen datos empíricos limitados que sugieren que la experiencia no es dañina. En las encuestas, cerca del 20 por ciento de los padres de clase media informan que su hijo o hija los llegó a observar en esa situación cuando tenía entre 4 y 6 años de edad. Los padres informan reacciones tales como curiosidad (“¿Por qué saltan de arriba abajo?”), diversión y risas nerviosas, o vergüenza y cerrar la puerta (Okami, 1995).

Comportamiento sexual del mismo género

Durante la infancia tardía y preadolescencia, el juego sexual con miembros del propio género puede ser más común que el juego sexual con miembros del otro género (Martinson, 1994). En general, la actividad no implica más que tocar los genitales del otro (Broderick, 1966a). Una niña recordó:

Tuve una experiencia sexual desconcertante cuando estaba en edad de asistir al jardín de niños... Algunas tardes nos reuníamos, nos encerrábamos en una habitación y nos quitábamos los calzones. Por turnos, nos

acostábamos en la cama y nos poníamos monedas, canicas, etcétera, entre los labios externos e internos. A medida que el ritual se fue haciendo aburrido, salió de nuestra vida. (Martinson, 1994)

Conocimiento e intereses acerca del sexo

A los 3 o 4 años de edad, los niños comienzan a tener cierto concepto sobre la existencia de diferencias genitales entre varones y mujeres, pero sus ideas son muy vagas. Para los 7 años, el 30 por ciento de los niños estadounidenses comprenden cuáles son las diferencias (Goldman y Goldman, 1982). En general, los niños reaccionan con calma ante su descubrimiento de las diferencias genitales, aunque por supuesto hay excepciones.

A los 3 años, los niños están muy interesados en las diferentes posturas para orinar. Las niñas intentan orinar de pie. Los niños en general son muy afectuosos a esta edad. Disfrutaban de abrazar y besar a sus padres e incluso pueden proponerle matrimonio al progenitor del otro género.

Para los 4 años de edad, los niños se interesan en particular en los baños y en la eliminación. A esta edad también son comunes los juegos de “enseñar”. Estos se vuelven menos comunes para los 5 años a medida que los niños se vuelven más pudorosos. El desarrollo del pudor refleja el aprendizaje del niño acerca de las restricciones que la sociedad estadounidense impone sobre la expresión sexual. Con frecuencia, desde los 3 años de edad los padres enseñan a los niños a no mostrar o tocar ciertas partes de sus cuerpos, cuando menos en público. A menudo se les enseña a no tocar los cuerpos de otras personas. Muchos padres también restringen las conversaciones sobre el sexo. Estas restricciones ocurren precisamente en el momento en que el niño se vuelve más consciente y curioso acerca de la sexualidad. Como recordó un hombre joven:

Uno de mis pasatiempos favoritos era jugar al doctor con mi hermanita. Durante estos juegos ambos estábamos desnudos y yo me acostaba encima de ella como si estuviéramos teniendo relaciones sexuales. En una ocasión, estaba tocando el área genital de mi hermana y mi madre nos descubrió. Se nos azotó severamente y se nos dijo que eso era sucio y que más valía que nunca nos volvieran a descubrir porque nos pegarían el doble. De modo que nos aseguramos que nunca nos descubrieran de nuevo. (Starks y Morrison, 1996)

Como resultado, los niños acuden al juego sexual y a sus compañeros para obtener información sobre el sexo (Martinson, 1994). Los datos transculturales sugieren que en las sociedades menos restrictivas los niños continúan mostrando un interés explícito en las actividades sexuales a lo largo de la infancia y la preadolescencia (Frayser, 1994). En la sociedad poco común que no impone restricciones sobre el juego sexual infantil, es posible que el coito llegue a ocurrir desde los 6 o 7 años de edad. En Estados Unidos, los primeros intentos de coito pueden ocurrir tres o cuatro años después.

Es importante recordar que el juego sexual de los niños a esta edad está motivado principalmente por la curiosidad y es parte de las experiencias generales de aprendizaje de la infancia. Un hombre ilustró muy bien esta cuestión al recordar que:

A la edad de seis o siete años, mi amigo (un varón) y yo teníamos gran curiosidad por explorar el ano. Casi parecía más similar a investigación científica. (Martinson, 1994, p. 59, cursivas añadidas)

Un estudio longitudinal sobre el impacto del juego sexual infantil obtuvo informes de madres cuando sus hijos tenían 6 años y evaluó la adaptación sexual de estos niños a la edad de 17 o 18 años (Okami *et al.*, 1997). Cuarenta y siete por ciento de las madres informaron que su hijo o hija participaba en juego sexual interactivo. En un examen del rango de resultados, incluyendo relaciones sociales al igual que comportamiento y “problemas” sexuales, no hubo diferencias significativas entre los varones y mujeres cuyas madres habían informado tales juegos y los varones y mujeres cuyas madres no habían informado de tales actividades.

Preadolescencia (8 a 12 años)

La preadolescencia es un periodo de transición entre los años de la infancia y los años de la pubertad y la adolescencia. Freud utilizó el término de *latencia* para referirse al periodo preadolescente que sigue a la resolución del complejo de Edipo. Freud consideraba que los impulsos sexuales se “reprimen” durante la latencia y no se expresan. La evidencia indica, sin embargo, que Freud no tenía razón y que el interés y expresión de los niños en cuanto a la sexualidad permanece como algo muy evidente a lo largo de este periodo, quizás más de lo que los propios padres están dispuestos a creer. Para muchos, el “despertar sexual” no ocurre hasta la adolescencia, pero para otros es una parte muy real e intensa de la preadolescencia (Martinson, 1994).

Alrededor de los 9 o 10 años comienzan los primeros cambios corporales de la pubertad: la formación de los botones de los senos en las niñas y el crecimiento del vello púbico. El crecimiento del vello púbico ocurre en respuesta a la *adrenarca*, la maduración de las glándulas suprarrenales, que conduce a mayores niveles de andrógenos. En tres estudios recientes, uno acerca de adolescentes y dos sobre personas adultas, el promedio de edad en la que los participantes informaron sentir por primera vez una atracción sexual hacia otra persona fue a los 10 años (McClintock y Herdt, 1996). Las muestras incluyeron a hombres y mujeres heterosexuales, gay y lesbianas. Esta experiencia puede ser un reflejo de la maduración de las glándulas suprarrenales y del aumento en testosterona y estradiol (un esteroide responsable del desarrollo de los órganos reproductivos en la mujer) que es resultado de ella. Esta

investigación sugiere que el desarrollo sexual “adulto” comienza desde los 9 o 10 años y no en la pubertad como se creía anteriormente.

Masturbación

Durante la preadolescencia, un número mayor de niños obtiene experiencia con la masturbación. En una muestra de estudiantes universitarias mujeres, 40 por ciento recordaron haberse masturbado antes de la pubertad.¹ La cifra comparable para los varones es de 38 por ciento (Bancroft *et al.*, 2003). Otros datos, al igual que aquellos sobre adolescentes, indican que, en general, los varones comienzan a masturbarse antes que las niñas. Un estudio sobre 269 estudiantes de preparatoria en Suecia inquirió acerca de las actividades sexuales solitarias de la infancia. Cuarenta y dos por ciento de los niños y 20 por ciento de las niñas informaron que, para los 12 años de edad, se habían masturbado hasta alcanzar un orgasmo; un 27 por ciento adicional de varones y 18 por ciento de niñas informaron haberse masturbado sin experimentar un orgasmo (Larsson y Svedin, 2002).

Es interesante señalar que los niños y niñas aprenden sobre la masturbación de maneras diferentes. Típicamente los varones se enteran de ello por sus compañeros hombres, ven a sus compañeros cuando lo hacen o han leído al respecto; con las niñas es más frecuente que se enteren de la masturbación a través de un autodescubrimiento accidental (Langfeldt, 1981). Un hombre recordó:

Un primo mío de mayor edad nos llevó a un par de nosotros a la cochera y lo hizo enfrente de nosotros. Recuerdo haber pensado que parecía una cosa muy rara y que la gente decente no lo haría, pero me dejó una poderosa impresión. Un par de años después, cuando comencé a tener erecciones, quise hacerlo y sentí que no debería, pero recordé cómo se veía él mientras lo hacía y ese recuerdo me tentó intensamente. Me preocupé y me abstuve y luche contra ello, pero finalmente cedí. La preocupación no me detuvo de hacerlo y hacerlo no detuvo mi preocupación. (Hunt, 1974, p. 79)

Comportamiento heterosexual

En general existe poca conducta heterosexual durante el periodo preadolescente, principalmente debido a la división social de varones y mujeres en grupos independientes. No obstante, es común que los niños escuchen por primera vez sobre las relaciones sexuales durante este periodo. Por ejemplo, en una muestra de mujeres adultas, 61 por ciento recordaron haberse enterado del coito cuando tenían 12 años (Wyatt *et al.*, 1988). Las reacciones de los niños hacia esta nueva información son una divertida combinación de asom-

bro e incredulidad (particularmente incredulidad de que sus padres harían tal cosa). Una estudiante universitaria recuerda:

Una de mis amigas me contó sobre las relaciones sexuales. Fue una de las mayores impresiones de mi vida. Un día me separó de las demás y pude darme cuenta de que estaba muy angustiada. Pensé que me iba a hablar sobre la menstruación, de modo que le dije que yo ya sabía y entonces me dijo “No, ¡esto es *peor!*”. Su descripción fue más o menos así: “Un tipo mete su cosa en el hoyo de una niña y ella tiene un bebé”. El hoyo era, para nosotras, el ano, porque no sabíamos sobre la vagina y sabíamos que la uretra era demasiado pequeña. Me imaginé el acto como si el pene asestara una puñalada única, violenta y dolorosa en el ano. De alguna manera la idea del bebé se me olvidó. Estaba horrorizada y asqueada y recordé ese horrible pene que había visto hacia años. Al principio insistí que no era cierto y mi amiga dijo que ella no estaba segura, pero que su prima se lo había dicho. Pero nos vimos la una a la otra y supimos que era verdad. Nos abrazamos y nos pusimos a llorar. Ambas insistimos en que “mis papás nunca harían eso” y “yo nunca dejaré que nadie me lo haga”. Estábamos atemorizadas y nos sentíamos asqueadas y amenazadas ante la idea de algún hombre lascivo que trataba de embestirnos con su espantoso pene. (Tomado del ensayo de una estudiante.)

En el estudio sueco sobre los estudiantes de preparatoria, más del 80 por ciento informaron haber tenido experiencias sexuales consensuales con otros niños cuando tenían entre 6 y 12 años de edad (Larsson y Svedin, 2002). Las actividades más comunes eran hablar de sexo, besarse y abrazarse, ver videos pornográficos y hacer burlas sexuales a otros niños. Con excepción de los besos y abrazos, se informó que estas actividades eran más frecuentes cuando tenían entre 11 y 12 años que cuando tenían entre 6 y 10 años. En cuanto al género de la pareja, 57 por ciento de los varones informaron de tales experiencias con niñas, 11 por ciento con otro varón y 33 por ciento tanto con niños como con niñas. Para las niñas, los porcentajes eran de 31 por ciento con un varón, 29 por ciento con una niña y 40 por ciento con ambos. Así, las experiencias sexuales son muy comunes, en especial a edades de 11 y 12 años, e implican experiencias consensuales tanto con varones como con niñas.

La edad en que los jóvenes tienen su primera experiencia sexual ha ido disminuyendo (véase figura 11.7). Algunos varones y niñas tienen su primera experiencia durante el periodo preadolescente. La investigación en la que se emplearon computadoras parlantes estudió a niños entre 9 y 15 años que vivían en unidades habitacionales populares. Los resultados indican que 63 por ciento de los varones y 14 por ciento de las niñas habían “tenido sexo con alguien” para la edad de 12 años (Romer *et al.*, 1997). Un estudio sobre estudiantes universitarios en el que se utilizó la autoentrevista asistida por computadora encontró que 9 por ciento de las mujeres y 16 por ciento de los hombres informaron

¹ Estas son cifras de incidencia acumulativa, para utilizar la terminología introducida al final del capítulo 3.

de contactos orales-genitales, 3 por ciento de ambos géneros informaron inserción de objetos en el ano, 18 por ciento de las mujeres y 22 por ciento de los varones informaron sobre inserción de objetos en la vagina, y 2 por ciento de las mujeres y 5 por ciento de los hombres informaron haber tenido coito vaginal antes de ingresar a la educación media (Reynolds *et al.*, 2003).

Para algunos preadolescentes, la actividad heterosexual ocurre en una relación incestuosa, ya sea entre hermano y hermana o progenitor e hijo. Este tema se analiza en detalle en el capítulo 17.

Comportamiento sexual del mismo género

Es importante comprender que la actividad sexual del mismo género es una parte normal del desarrollo sexual de los niños. En la preadolescencia, los niños tienen una organización social que, en esencia, es *homosocial* o con **segregación de género**. Es decir, los varones juegan de manera independiente de las niñas y, de este modo, los niños se socializan principalmente con miembros de su propio género. Esta separación comienza alrededor de los 8 años de edad. Según un estudio acerca de los patrones de amistad entre los niños, la segregación llega a su punto máximo alrededor de los 10 a 12 años de edad. A las edades de 12 a 13 años, los niños se encuentran de manera simultánea en una situación que implica la mayor segregación de género y el mayor interés en los miembros del género opuesto (Broderick, 1966b).

La investigación observacional sugiere que existe una mayor separación en la escuela que en los grupos de juego del vecindario (Thorne, 1993). Parte de la separación social de los géneros durante la preadolescencia es, de hecho, cómica; por ejemplo, es posible que los varones estén convencidos de que las niñas tienen “bichos” y que deben tener mucho cuidado de mantenerse alejados de ellas.

Dado que los niños se socializan con otros miembros de su propio género, es probable que la exploración sexual a esta edad ocurra entre miembros del mismo género. En general, estas actividades implican masturbación, exhibicionismo y caricias de los genitales del otro niño. Por ejemplo los varones pueden participar en un “círculo de masturbación” en el que se masturban dentro de un grupo.

Las niñas no parecen estar en tanta probabilidad de participar en tales actividades grupales, quizás porque el espectáculo de masturbarse no es tan impresionante o tal vez porque ya tienen imbuidas las mayores restricciones sociales sobre su sexualidad y están dudosas de discutir asuntos sexuales con otras niñas.

Un estudio sobre el desarrollo psicosexual entre jóvenes gay, lesbianas y bisexuales entre 14 y 21 años encontró que los participantes informaron que su primera atracción sexual había ocurrido entre los 10 u 11 años de edad (Rosario *et al.*, 1996). Su primera experiencia en cuanto a las fantasías sexuales ocurrió

de varios meses a un año después. La primera actividad sexual con otra persona sucedió en promedio a las edades de 12 o 13 años. Todos los jóvenes, hombres y mujeres, informaron haber experimentado atracción sexual y fantasías acerca de una persona del mismo género y la mitad también informó haberlas sentido con respecto a una persona del otro género.

Citas y relaciones románticas

La preadolescencia y la adolescencia temprana son un periodo de transición en la naturaleza de las relaciones sociales. Antes señalamos que, con frecuencia, las actividades preadolescentes son homosociales. Aproximadamente a las edades de 10 u 11 años, los niños comienzan a pasar tiempo en grupos de género mixto o heterosociales. Estos grupos participan en una diversidad de actividades que incluyen “pasearse” por parques o centros comerciales, acudir a clubes, eventos deportivos o películas, y posteriormente asistir a fiestas o bailes. Un estudio sobre 1 284 estudiantes del quinto al octavo grados encontró que la frecuencia de estas actividades de género mixto aumentaban de manera constante a lo largo de los siguientes cuatro grados escolares (Connolly *et al.*, 2004). Es en estos entornos de grupos mixtos que los jóvenes experimentan por

Organizaciones sociales con segregación de género: una forma general de agrupamiento social en el que los varones juegan y se asocian con otros varones y las niñas juegan y se asocian con otras niñas; es decir, los géneros están separados entre sí.

Figura 11.4 Las citas en grupo, las fiestas heterosexuales y los paseos surgen durante la preadolescencia y pueden incluir besuqueos.



primera vez la unión en parejas y es frecuente que en estos contextos ocurran sus primeras conductas románticas o sexuales. Estas primeras conductas implican de manera principal tomarse de las manos, abrazarse y besarse, y caricias por encima de la cintura (Williams *et al.*, 2004). Los juegos de besos son populares en las fiestas. Un joven de 17 años informó:

En sexto y séptimo grados había la fiesta de los viernes donde nos dedicábamos a manosearnos, besarnos y acariciarnos. En octavo grado, las citas dobles eran lo máximo. Ver una película y manosearnos. Eso era principalmente. (Maurer, 1994, p. 29)

Según un estudio sobre estudiantes de quinto a octavo grados, las *citas*, definidas como pasar tiempo juntos y salir con un niño o una niña por el cual la persona siente agrado, amor o enamoramiento, surgían en el séptimo grado. Algunos adolescentes comienzan a reunirse de noche con chicos y chicas, a tener citas dobles o a salir juntos. Sin embargo, las actividades mixtas continúan siendo muy comunes a lo largo del octavo grado. Otra encuesta sobre chicos de 12 y 13 años informa que la actividad sexual sutil, como tomarse de las manos, abrazarse y besarse, es algo que informa cerca de la mitad de los niños de 13 años (Williams *et al.*, 2004). La actividad sexual intensa, con caricias por debajo de la cintura y coito, es algo que informa menos del 10 por ciento de los niños de 13 años; aquellos que informaron una actividad intensa también dijeron haber salido solos en citas (sin amigos). Así, el progreso de las actividades mixtas a las citas diádicas se equipara con el progreso en el desarrollo de la intimidad física.

Nótese que las relaciones románticas diádicas implican a un pequeño porcentaje de jóvenes. Obviamente existe gran variabilidad en el momento de ocurrencia de estos desarrollos y es probable que exista variación según la cultura, origen étnico y, quizá, la afiliación religiosa. En algunas culturas, los niños y niñas están casados para los 13 años.

Adolescencia (13 a 19 años)

Cerca de la pubertad ocurre un aumento repentino del interés sexual, el cual continúa a lo largo de la adolescencia (que en nuestro caso equivale aproximadamente a las edades entre 13 y 19 años). Esta sexualidad incrementada puede ser el producto de varios factores, incluyendo los cambios corporales y la conciencia sobre ellos, la elevación en los niveles de hormonas sexuales y el aumento en el énfasis cultural sobre el sexo y el ensayo de los roles adultos. Particularmente podemos ver evidencia de esta sexualidad aumentada en los datos sobre masturbación. Antes de examinar tales datos, consideremos algunas ideas teóricas acerca de la manera en que las hormonas y las fuerzas sociales podrían interactuar como influencias sobre la sexualidad del adolescente.

Udry (1988) ha propuesto un modelo teórico que reconoce que tanto los factores sociológicos como los biológicos son potentes en la sexualidad adolescente. Este investigador estudió a alumnos del octavo, noveno y décimo grados (13 a 16 años), midiendo sus niveles de hormonas sexuales (testosterona, estrógeno y progesterona) y varios factores sociológicos (por ejemplo, su membresía dentro de una familia intacta, el nivel de escolaridad de sus padres, las respuestas del adolescente a una escala que mide las actitudes sexualmente permisivas y la vinculación del adolescente con las instituciones convencionales, como la participación en deportes escolares y su asistencia a la iglesia). Treinta y cinco por ciento de los varones habían tenido relaciones sexuales, al igual que 14 por ciento de las mujeres.

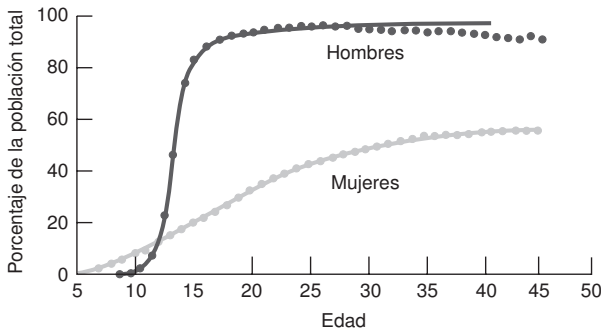
Para los varones, los niveles de testosterona tenían una relación muy fuerte con la actividad sexual (incluyendo coito, masturbación y el grado de excitación sexual percibida por ellos mismos). Las actitudes sexualmente permisivas, una variable social, se relacionaba con la sexualidad entre los varones, aunque esta variable tenía un efecto mucho menor que la testosterona. En el caso de las niñas, la relación entre el nivel de testosterona y la actividad sexual no fue tan fuerte como en los varones, pero había una relación significativa, y era la testosterona —no el estrógeno o la progesterona— la que se relacionaba con la sexualidad. El desarrollo puberal (desarrollar una figura “curvilínea”) tenía un efecto, probablemente en cuanto a aumentar el atractivo de la niña. Y los efectos de la testosterona se acentuaban entre las niñas que tenían familias donde estaba ausente el padre. Cuando se pidió a las niñas que calificaran sus planes sobre sexualidad, el nivel de testosterona era un medio importante de predicción de sus calificaciones, al igual que las variables sociales de las actitudes permisivas y la asistencia a algún templo religioso.

El meollo de este estudio es que muestra que el nivel de testosterona tiene un impacto sustancial sobre la sexualidad de los niños y niñas adolescentes. Las variables sociales (como las actitudes permisivas, la ausencia del padre en el caso de las niñas y la asistencia a la iglesia) interactúan posteriormente con los efectos biológicos, aumentándolos en algunos casos (ausencia del padre para las niñas) y suprimiéndolos en otros (asistencia a la iglesia).

Masturbación

Según los datos de Kinsey, existe un aumento notable en la incidencia de la masturbación en los varones entre las edades de 13 y 15 años. Esto se ilustra en la figura 11.5. Nótese que la curva tiene una pendiente más marcada entre los 13 y 15 años, lo cual indica que la mayoría de los varones comienzan a presentar masturbación con orgasmo durante este periodo. Para los 15 años, 82 por ciento de los varones en el estudio de Kinsey se habían masturbado. Muchas niñas también comienzan a masturbarse en la adolescencia, pero nótese que la curva de la gráfica es menos pronunciada que para los niños,

Figura 11.5 Incidencia acumulativa de varones y mujeres que han presentado masturbación que incluye orgasmo, según los datos de Kinsey. Los datos actuales sugieren que los jóvenes contemporáneos comienzan a masturbarse uno o dos años antes.



lo cual indica que muchas otras niñas no comienzan a masturbarse sino hasta después. Por ende, el aumento en la conducta masturbatoria es mucho más gradual que en los varones y continúa después de la adolescencia.

Los datos más recientes indican que, en la actualidad, los niños y adolescentes comienzan a masturbarse antes y que los datos de Kinsey necesitan ajustarse uno o dos años más hacia atrás. Sin embargo, la forma general de las curvas sigue siendo adecuada (Bancroft *et al.*, 2003).

Un hombre recordó del siguiente modo sus experiencias adolescentes con la masturbación y los intensos sentimientos implicados:

Cuando tenía 14 años era como Portnoy (siempre corriendo al baño cuando el impulso me dominaba). Lo hacía tantas veces que mi pito se hinchaba y dolía y ni siquiera eso me detuvo. Para cuando llegué a los 19 años ya estaba cogiendo, pero había veces en que no podía obtener esto y regresaba con Manuela; y entonces me sentía realmente culpable y avergonzado de mí mismo, como si fuera un fracaso, como si tuviera una debilidad secreta. (Hunt, 1974, p. 95)

Es típico que los varones se masturben dos o tres veces por semana, mientras que las niñas lo hacen aproximadamente una vez por mes (Hass, 1979). Es interesante señalar que la frecuencia de la masturbación en los varones disminuye durante los periodos cuando están teniendo coito; no obstante, entre las niñas esta situación se acompaña de un aumento en la frecuencia de masturbación (Sorensen, 1973).

Actitudes hacia la masturbación

Las actitudes hacia la masturbación atravesaron por un cambio notable en el siglo xx. Como resultado, ahora se da a los adolescentes una información muy diferente acerca de la masturbación de la que recibieron los adolescentes de antaño, que puede afectar

tanto su comportamiento como sus sentimientos al respecto. Por ejemplo, un popular manual, *What a Boy Should Know*, escrito en 1913 por dos médicos, aconsejaba a sus lectores:

Cada vez que se producen emisiones antinaturales... el cuerpo se vuelve "perezoso". El chico no se sentirá con tanto vigor y flexibilidad; se cansará con más facilidad... Probablemente esté pálido y demacrado y tendrá suerte si puede librarse de la indigestión y del estreñimiento, dos cosas que probablemente le causarán manchas y granos en el rostro...

Los resultados en la mente son más graves y se reconocen con mayor facilidad... Un niño que practica este hábito nunca alcanzará lo mejor que la Naturaleza tiene destinado para él. Su inteligencia no es tan aguda. Su memoria no es tan buena. Disminuye su poder para fijar la atención sobre cualquier cosa que haga... Un muchacho como éste es algo triste de ver...

El efecto que el abuso de sí mismo tiene sobre el carácter del niño siempre tiende a debilitarlo y, de hecho, a convertirlo en una persona indigna de confianza, poco fiable, poco veraz e, incluso, deshonesto. (Schofield y Vaughan-Jackson, 1913, pp. 30-42)

En pocas palabras, alguna vez se creyó que la masturbación causaba todo tipo de cosas, desde verrugas hasta locura.²

² En caso de que se pregunte por qué los libros de consejos para niños varones decían cosas tan horribles, hay una historia bastante interesante que provocó estos pronunciamientos (Money, 1986). El médico suizo Simon André Tissot (1728-1797) escribió un influyente libro llamado *Tratado sobre las enfermedades producidas por el onanismo*, tomando el término de la historia bíblica de Onán (Génesis 38:9). En su libro enunció una teoría de degeneración en la que se consideraba que la pérdida de semen debilitaba el cuerpo del hombre; Tissot tenía una explicación fisiológica muy inventiva para su idea. El famoso médico estadounidense del siglo XIX, Benjamin Rush, recibió la influencia de Tissot y difundió la teoría de la degeneración por Estados Unidos. La teoría fue popularizada por Sylvester Graham (1794-1851), un fanático religioso y reformador de salud que era vegetariano y cuya pasión por los alimentos sanos nos legó los nombres de harina Graham y galletas Graham. Según Graham, para estar sano, uno tenía que seguir la dieta Graham y practicar la abstinencia sexual. Luego, John Harvey Kellogg (1852-1943) famoso —sí, adivinó usted— por las hojuelas de maíz, entró en la historia. Era un vehemente seguidor de Graham y de sus doctrinas sobre la alimentación sana y la abstinencia sexual. Mientras experimentaba con alimentos saludables, inventó las hojuelas de maíz. Su hermano menor, Will Keith Kellogg pensó en añadirles azúcar e hizo una fortuna. John Harvey Kellogg contribuyó todavía más a los temores del público acerca de la masturbación al escribir (ni más ni menos que durante su luna de miel) *Plain Facts for Old and Young: Embracing the Natural History and Hygiene of Organic Life*, que proporcionaba descripciones detalladas de las horribles enfermedades provocadas supuestamente por la masturbación. Estas ideas encontraron posteriormente un nicho dentro de los libros de consejos para niños varones a inicios del siglo xx.

Tema central 11.1

Impacto de los medios masivos sobre la sexualidad adolescente

Una de las principales tareas del desarrollo durante la adolescencia es aprender a manejar la intimidad física y emocional en las relaciones con los demás. Por ende, no es sorpresa que los jóvenes tengan curiosidad sobre el sexo y la intimidad sexual. Una fuente de información que cada vez es más importante la representan los medios masivos de comunicación. En una encuesta con jóvenes de 10 a 15 años, la fuente de información sobre sexualidad y relaciones que se mencionó con más frecuencia fue la de los medios masivos, incluyendo televisión, películas, revistas y música (Kaiser Family Foundation, 1997). Los niños que veían el programa televisivo *Dawson's Creek* conocieron a Jen, una chica que perdió la virginidad a los 12 años. Los jóvenes que ven los programas televisivos de debate público aprenden sobre la impotencia y acerca de cómo lidiar con ella. *CSI* proporciona información sobre prostitución y prostitutas. Las telenovelas tratan, de manera a veces explícita, sobre temas sexuales como la frigidez, la menopausia, el aborto y la infidelidad. ¿Cuánto contenido sexual existe en los medios masivos? ¿A qué grado los niños y adolescentes se exponen a él? ¿Y cuál es el impacto de esta exposición?

Una buena cantidad de investigación, gran parte de la cual se hizo en el decenio de 1990, se dedicó a la pregunta de cuánto contenido sexual existe en los medios. Los análisis de contenido de los medios definen al *material sexual* como las referencias verbales a la actividad sexual, indirectas, actividad sexual implícita y presentaciones explícitas. Al examinar inicialmente la televisión de horario estelar, los análisis indican que hubo un 300 por ciento de aumento en el número y naturaleza explícita de las representaciones sexuales entre 1989 y 1999 (Parents Television Council, 2000). En la temporada 1997-1998, hubo 5.3 representaciones

por hora en las principales cadenas televisivas (Kunkel *et al.*, 1999). Rara vez se presentan o se habla acerca de las consecuencias como el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Kunkel *et al.*, 1996). En cuanto a las películas, los adolescentes ven estrenos en cines o televisión de paga, o por video o DVD. Muchas de estas películas tienen clasificación R y contienen escenas más frecuentes —y más explícitas— de conducta sexual, con un promedio de 17.5 por hora, en comparación con las representaciones de conducta sexual en la televisión de horario estelar (Greenberg *et al.*, 1996). Las cadenas de películas por cable tienen la proporción más grande de programas con contenido sexual (Fisher *et al.*, 2004). Las escenas más frecuentes tratan sobre coito heterosexual fuera del matrimonio, a menudo en un contexto de uso de alcohol y drogas y jestos programas no tienen ningún mensaje sobre sexo más seguro!

Ya hemos mencionado la variedad de situaciones sexuales, la mayoría de ellas problemáticas, que se incluyen en las telenovelas. En 1994, cada episodio de una telenovela contenía un promedio de 6.6 escenas sexuales y el sexo más seguro se mencionaba sólo de manera poco frecuente (Greenberg y Busselle, 1996). Por último, están los videos musicales. Los elementos visuales en muchos videos de MTV son implícita o explícitamente sexuales (Browne y Steele, 1995) y con frecuencia combinan la sexualidad con agresión implícita (Sommers-Flannagan *et al.*, 1993). Es frecuente que los videos de MTV representen a las mujeres como objetos y que las presenten con vestuario revelador y en actitudes receptivas a las insinuaciones sexuales.

Es claro que los medios masivos de comunicación proporcionan gran cantidad de contenido sexual. Pero ¿hay alguien que los esté viendo? Los niños de 9 a 13 años son espectadores intensos (Comstock, 1991).

En la actualidad, las actitudes hacia la masturbación son considerablemente más positivas y hoy existen pocas personas que secundarían conceptos como los expresados antes. Para el decenio de 1970, sólo 15 por ciento de los jóvenes creían que la masturbación era incorrecta (Hunt, 1974, p. 74). De hecho, actualmente la masturbación se recomienda como remedio en la terapia sexual. Como dijo el psiquiatra Thomas Szasz, el cambio en actitudes hacia la masturbación ha sido tan grande que en una generación ha cambiado de considerarse como una enfermedad a ser una forma de terapia.

Aunque en la actualidad la aprobación de la masturbación es explícita, la gente sigue teniendo sentimientos confusos al respecto. Un ejemplo de una actitud negativa persistente es la del hombre citado antes que asociaba su historia de masturbación adolescente con la de Portnoy,³ acompañado también por los sentimientos de culpa y vergüenza. Otro ejemplo es el hecho de que el Presidente Clinton haya despedido

³ De la novela *Portnoy's Complaint*, que describe de manera conmovedora y humorística la masturbación obsesiva de un adolescente.

Durante la mitad y el final de la adolescencia, disminuye la audiencia de televisión y se ocupa más tiempo viendo videos, leyendo revistas y surfeando por la Internet (para una discusión sobre el material sexual disponible en Internet, véase el capítulo 18). Existen diferencias de género en la exposición a los medios masivos: las niñas adolescentes ocupan más tiempo leyendo revistas y viendo telenovelas, mientras que los varones de la misma edad ocupan más tiempo en Internet. El uso de los medios masivos también varía según la clase social y el origen étnico; los niños y adolescentes de familias menos favorecidas en términos económicos ven más televisión y los jóvenes afroestadounidenses ven más televisión que sus compañeros de origen europeo.

¿Qué efecto tienen estas representaciones? Se ha hecho menos investigación sobre el tema en parte debido a la dificultad para aislar los efectos de la exposición a los medios de otras influencias sobre las actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes. Las imágenes de los medios pueden tener un efecto inmediato sobre el estado emocional del usuario. Las representaciones suelen inducir la excitación, que puede influir en el comportamiento o activar pensamientos o asociaciones (véase la discusión sobre fantasía sexual en el capítulo 10). Las representaciones en los medios pueden tener efectos a largo plazo en cuanto a que es posible que los niños aprendan esquemas y guiones que influyan en su toma de decisiones y comportamientos sexuales posteriores (Kaiser Family Foundation, 1998). Un estudio longitudinal encuestó a una muestra nacional de jóvenes entre 12 y 17 años. En las entrevistas de línea base y de seguimiento a un año, 1 792 jóvenes informaron acerca de su comportamiento como espectadores de televisión y su conducta social. La entrevista también evaluó otras variables de las que se sabe que tienen influencia sobre la actividad sexual adolescente. Los jóvenes que informaron haber visto un mayor contenido sexual en la línea base estaban en mayor probabilidad de progresar a actividades más avanzadas y de iniciar el coito en el año siguiente (Collins *et al.*, 2004).

También hay evidencia de experimentos acerca del impacto de los medios masivos. Un estudio experimental indicó que los adolescentes expuestos a 15 horas

de escenas de relaciones sexuales no matrimoniales tuvieron actitudes más permisivas acerca del sexo fuera del matrimonio que los adolescentes expuestos a escenas de relaciones no sexuales (Bryant y Rockwell, 1994). Otro experimento evaluó la frecuencia e interés en ver televisión de los estudiantes universitarios. En este experimento se asignó de manera aleatoria a los estudiantes a presenciar fragmentos de escenas televisivas con representaciones de estereotipos sexuales (p. ej., mujeres como objetos sexuales) o contenido no sexual. Aquellos que informaron mayor frecuencia e interés en lo que veían, y que presenciaron un fragmento estereotípico, estuvieron en mayor probabilidad de sancionar el estereotipo (Ward, 2002). De este modo, las representaciones de los medios refuerzan las perspectivas estereotipadas del comportamiento y de las relaciones sexuales (Brown, 2002). También es posible que los medios influyan en los estándares de atractivo físico y que contribuyan a la insatisfacción con el propio cuerpo que muchas personas sienten, especialmente las mujeres.

La evidencia de que las representaciones de los medios masivos tienen un impacto importante sobre el conocimiento, actitudes y conductas sexuales de los adolescentes no es concluyente. Por otro lado, señalamos al inicio que tanto los niños como los adolescentes creen que los medios masivos son la fuente más importante de su conocimiento. El problema reside en el hecho de que estas representaciones son poco realistas. En agudo contraste con las elevadas tasas de sexo fuera del matrimonio que se presentan en los medios, la mayoría de la actividad sexual ocurre entre personas casadas (véase capítulo 12). Muchas parejas de la vida real, bien sea que estén casadas o no, son usuarios responsables del control natal. Muchos jóvenes y adultos utilizan diversas formas de profilaxis para prevenir las ETS. Por desgracia, estas realidades no aparecen en las representaciones de los medios masivos de comunicación acerca del comportamiento sexual. También es desafortunado que, en general, los medios no hayan aprovechado su oportunidad de proporcionar una educación sexual positiva.

en 1994 a la Secretaria de Salud, Joycelyn Elders, por haber hablado públicamente sobre la masturbación.

Comportamiento sexual del mismo género

Cerca del 10 por ciento de los hombres y 6 por ciento de las mujeres en la universidad informan haber tenido una pareja homosexual durante la educación media superior (Bancroft *et al.*, 2003). De aquellos que tuvieron experiencias homosexuales, 24 por ciento tuvieron su primera experiencia con alguien más joven, 39

por ciento con una persona de su misma edad, 29 por ciento con un adolescente mayor y 8 por ciento con un adulto (Sorensen, 1973). Por tanto, no existe evidencia de que las experiencias homosexuales adolescentes sean resultado de la seducción de adultos; la mayoría de tales encuentros ocurren entre jóvenes de la misma edad. En muchos casos, la persona sólo tiene una o unas cuantas experiencias homosexuales, en parte debido a curiosidad, y el comportamiento desaparece. Tal conducta homosexual adolescente no parece predecir la orientación homosexual adulta.

Al comparar los resultados informados por Bancroft y colaboradores (2003) con aquellos de DeLamater y MacCorquodale (1979), no ha habido incremento en la incidencia de comportamiento homosexual adolescente desde 1973 hasta 1999. A partir de diversos estudios tomados en conjunto, podemos concluir con cierta seguridad que 10 por ciento de los adolescentes tienen experiencias homosexuales y que los porcentajes son un poco mayores en los varones que en las niñas.

Los adolescentes pueden ser bastante cándidos en cuanto a la conducta homosexual y las actitudes sociales hacia ella. En algunos casos se les ha enseñado que el sexo heterosexual es “malo” y, al no haberseles dicho nada acerca del sexo homosexual, infieren que es permisible. En algunos casos, las relaciones homosexuales se desarrollan inocentemente a partir de una amistad del mismo género en la infancia tardía y la adolescencia. Una mujer recordó:

Ni siquiera sabía qué era la homosexualidad. Nunca había oído el término, aunque había leído mucho. Un día en casa de una amiga, estábamos escuchando música en su habitación y se me acercó de manera muy sorpresiva. Éramos buenas amigas y pasábamos mucho tiempo juntas, pero esta noche particular era diferente. Sus ojos tenían un brillo nuevo, se puso muy cerca de mí y sus caricias se prolongaron; era diferente de cómo siempre la había visto. Yo tenía 16 años y ella 15. No entendí, pero supe que estaba excitada. Éramos niñas con una educación muy religiosa que nunca habían oído nada al respecto. (Starks y Morrison, 1996, p. 97)

Comportamiento heterosexual

Hacia la mitad y el final de la adolescencia, el número de jóvenes que tienen sexo heterosexual es más elevado y con una frecuencia cada vez mayor. De este

modo, la conducta heterosexual adquiere prominencia y se vuelve la principal expresión sexual.

En términos del desarrollo individual, los datos indican que existe un progreso muy natural desde los besos, pasando por el beso francés y las caricias de senos y genitales, hasta el coito y el contacto oral-genital; esto generalmente ocurre a lo largo de un periodo de cuatro o más años (DeLamater y MacCorquodale, 1979; DeLamater, 2003). Para emplear la terminología introducida en el capítulo 2, estos comportamientos tienden a seguir un guión sexual.

Sexo premarital⁴

Uno de los cambios más notables en la conducta y actitudes sexuales en décadas recientes es el ocurrido en el área de la conducta sexual premarital.

¿Cuántas personas tienen coito premarital?

Con base en los datos obtenidos en el decenio de 1940, Kinsey concluyó que cerca del 33 por ciento de todas las mujeres y 71 por ciento de todos los varones habían tenido relaciones sexuales prematrimoniales para la edad de 25 años. Según la NHSLS (Laumann *et al.*, 1994), 70 por ciento de las mujeres y 78 por ciento de los hombres entrevistados informaron haber tenido coito vaginal antes del matrimonio. Así, en los 50 años entre estas dos encuestas a gran escala, la incidencia del coito premarital se duplicó entre las mujeres, mientras que sólo aumentó ligeramente entre los hombres. Hoy en día, cerca de tres cuartas partes de los estadounidenses tienen sexo premarital.

A medida que el coito premarital se ha vuelto común, la atención se ha volcado hacia el sexo adolescente; es decir, la incidencia de coito entre adolescentes. La Encuesta nacional de crecimiento familiar entrevista de manera periódica a una muestra nacional de mujeres en edad reproductiva. Los Centros de control y prevención de enfermedades llevan a cabo cada cierto número de años la Encuesta de comportamientos de riesgo entre los jóvenes con estudiantes de secundarias y preparatorias. Los datos de estas encuestas se muestran en el cuadro 11.1. Estos datos indican que las tasas de coito adolescente llegaron a un punto

Figura 11.6 Con frecuencia la sexualidad en la adolescencia temprana es juguetona y poco sofisticada.



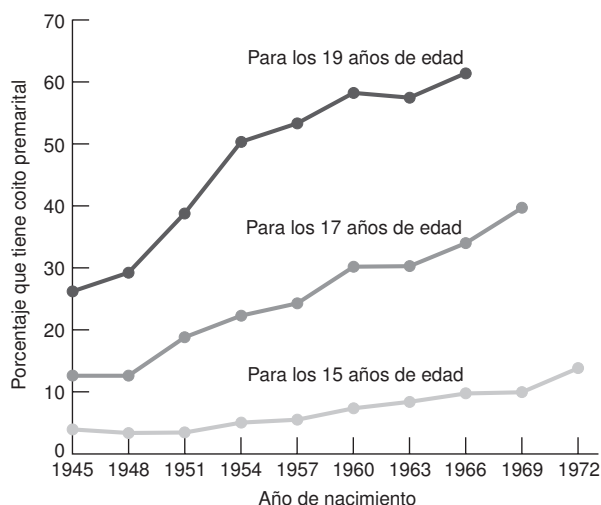
⁴ Nótese que el mero término de sexo *premarital* contiene ciertas suposiciones ocultas, de manera más notable que el matrimonio es normativo y que el sexo apropiado ocurre dentro de él. Por ende, el sexo entre personas que nunca han estado casadas (jóvenes) se considera premarital (algo que se hace antes del matrimonio). Un término más neutro sería sexo *fuera del matrimonio*, aunque con esto no puede distinguirse entre el sexo premarital, extramarital y postmarital.

Cuadro 11.1 Porcentaje de estudiantes de educación media que han tenido coito

| Año de la encuesta | NSFG | CDC | |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mujeres de 15 a 19 años | Mujeres de 9°-12° grados | Varones de 9°-12° grados |
| 1975 | 36% | — | — |
| 1982 | 47 | — | — |
| 1990 | 55 | — | — |
| 1991 | — | 51% | 57% |
| 1995 | 50 | 52 | 54 |
| 1999 | 54 | 48 | 52 |
| 2001 | — | 43 | 48 |

máximo aproximadamente en 1990 y han estado disminuyendo desde entonces (Smith, 2003).

No sólo es que el número de mujeres jóvenes que están teniendo relaciones sexuales es mayor que en el decenio de 1940, sino que las jóvenes actuales tienen coito por primera vez a edades más tempranas, en comparación con mujeres nacidas 30 años antes. La figura 11.7 proporciona datos de la Encuesta nacional de crecimiento familiar, con base en entrevistas con 8 450 mujeres de 15 a 44 años en 1988. A las mujeres se les agrupó según el año de nacimiento, desde 1945 hasta 1972. La cifra representa el porcentaje de mujeres que tuvieron coito premarital para las edades de 15, 17 y 19 años (Trussell y Vaughan, 1991). Primero, nótese

Figura 11.7 Mujeres jóvenes actuales que tienen su primer coito a edades menores que las mujeres de hace 30 años.

que pocas mujeres tienen su primer coito para los 15 años de edad o menores, ya sean nacidas en 1945 (4 por ciento de quienes tuvieron coito para los 15 años) o en 1972 (14 por ciento de quienes tuvieron coito para los 15 años). Segundo, entre las mujeres nacidas en 1945, sólo 13 por ciento tuvieron coito premarital para los 17 años de edad; este porcentaje aumenta de manera regular a 40 por ciento para las mujeres nacidas en 1972. Por último, existe un aumento similar en el porcentaje que informa de su primer coito para la edad de 19 años. Estas tendencias reflejan, en parte, el impacto de la “revolución sexual” de los decenios de 1960 y 1970, que alentó una mayor apertura acerca de la sexualidad y una aceptación de la expresión sexual premarital y de otras formas de tal expresión. Como vimos antes, la incidencia del coito premarital entre los varones ha sido elevada desde que Kinsey recolectó sus datos. El impacto de los cambios sociales de las décadas de 1960 y 1970 ocurrió principalmente en las mujeres.

En los Estados Unidos, los patrones de coito premarital varían sustancialmente según el grupo étnico. El cuadro 11.2 muestra los datos sobre esta cuestión provenientes de una muestra poblacional de 877 jóvenes entrevistados entre 1992-1995 (Upchurch *et al.*, 1998). La muestra se obtuvo del condado de Los Ángeles, de modo que el contexto social es similar para los jóvenes. Primero obsérvense las diferencias entre hombres y mujeres de la misma raza u origen étnico en cuanto a la mediana de edad del primer coito. En dos grupos, los hombres comienzan a tener sexo a edades más jóvenes que las mujeres; entre los negros, la edad promedio para los varones es aproximadamente 15 meses menor que para las mujeres, mientras que entre los hispanos (principalmente mexicoestadounidenses) la diferencia es cercana a 9 meses. Entre los blancos, la mediana

Cuadro 11.2 Origen étnico y edad del primer coito en una muestra de jóvenes de 12 a 17 años

| Subgrupo | Mediana de edad en el primer coito (años) |
|--------------------------|---|
| Asiático-estadounidenses | Varones 18.1 |
| | Mujeres * |
| Negros | Varones 15.0 |
| | Mujeres 16.3 |
| Hispanos | Varones 16.5 |
| | Mujeres 17.3 |
| Blancos | Varones 16.6 |
| | Mujeres 16.6 |
| Otro | Varones 16.8 |
| | Mujeres * |

*El número de mujeres es demasiado pequeño para estimar una mediana confiable.

Fuente: Upchurch *et al.* (1998).

Tema central 11.2

Análisis sociológico del comportamiento sexual premarital

Los sociólogos John DeLamater y Patricia MacCorquodale (1979) realizaron una encuesta a gran escala y un análisis detallado de los patrones de sexualidad premarital. Entrevistaron a jóvenes estudiantes y no estudiantes entre los 18 y 23 años de edad en Madison, Wisconsin. Obtuvieron una muestra aleatoria inicial de 1 141 estudiantes de la Universidad de Wisconsin. Intentaron entrevistar a todas estas personas, obteniendo una tasa de respuesta del 82 por ciento. Se contactó a los jóvenes que no eran estudiantes a través de una muestra probabilística de residencias en el directorio telefónico; obtuvieron una tasa de respuesta del 63%. Se analizaron los datos de un total de 1 376 encuestados. El estudio es notable porque incluye tanto a estudiantes como a no estudiantes y porque se utilizaron excelentes técnicas de muestreo y se obtuvo una buena tasa de respuestas, excepto que la tasa de respuestas de los no estudiantes fue un poco menor que la deseable. Es difícil saber el grado en que los resultados se limitan a la población de Madison, Wisconsin, y si se podrían generalizar a otras áreas de Estados Unidos.

Los datos sobre la experiencia sexual de los respondientes se resumen en el cuadro 11.3.

Los entrevistados también respondieron a varias otras preguntas, cuyo análisis permitió que los autores llegaran a ciertas conclusiones acerca de cuáles facto-

res se relacionan de manera más estrecha con la expresión sexual premarital.

Uno de los factores más importantes pareció ser la ideología o actitudes en cuanto a la sexualidad. Es decir, aquellos con actitudes más liberales tuvieron la mayor experiencia sexual premarital. DeLamater y MacCorquodale discutieron que esto sucede porque la ideología forma la base del autocontrol. Es decir, los estándares del individuo especifican el tipo de relación, en cuanto al compromiso emocional, que se necesita antes de considerar que ciertos comportamientos particulares son apropiados. Para confirmar este concepto, la variable más estrechamente relacionada con el comportamiento presente de los respondientes fue la calidad emocional de su relación actual.

¿Cómo se moldean las actitudes de la persona? DeLamater y MacCorquodale encontraron que los padres, y a veces la religión, son los primeros moldeadores de la ideología. Posteriormente, los amigos cercanos y las parejas de noviazgo se vuelven más importantes, en tanto que la influencia de los padres se desvanece. A medida que los compañeros de la misma edad se van volviendo una fuente más importante de influencia, es típico que los estándares de la persona joven se vuelvan más permisivos.

Al contrario de lo que podría esperarse, los resultados indicaron que diversas variables psicológicas

de edad es la misma para varones y mujeres. También existen diferencias según la raza o el origen étnico. Los afroestadounidenses tienen relaciones sexuales por primera vez aproximadamente a los 15.7 años de edad, los blancos a los 16.6 años, los hispanos a los 17 años y los varones asiaticoestadounidenses a los 18.1 años.

Estas diferencias por raza u origen étnico reflejan diferencias entre estos grupos en cuanto a estructura familiar y oportunidades socioeconómicas. Vivir en una familia intacta, tener una madre con escolaridad elevada y asistir con regularidad a una iglesia se asocian regularmente con una mayor edad de ocurrencia del primer coito (Day, 1992). Vivir en un vecindario donde los ingresos promedio son altos y la tasa de desempleo femenino es baja —es decir, donde existen buenas oportunidades económicas— también se asocia con una edad mayor para el primer coito (Brewster, 1994). En el capítulo 1 analizamos las variaciones en la

incidencia de masturbación y sexo oral según el origen étnico.

¿Qué explica estas variaciones entre los estadounidenses de origen europeo, negro e hispano? ¿Existen diferencias étnicas en los factores asociados con ser sexualmente activo en la adolescencia? Un estudio de 15 362 jóvenes entre 12 y 17 años de edad en Michigan evaluó a través de cuestionarios una variedad de factores (Perkins *et al.*, 1998). En los tres grupos étnicos, la edad, el uso de alcohol, el promedio de calificaciones más bajo y la mayor cantidad de tiempo pasado en casa sin supervisión de un adulto se asociaron con haber tenido coito premarital. La religiosidad fue el factor cuya relación con la actividad sexual varió según el origen étnico; se asoció con la actividad sexual entre estadounidenses de origen europeo y latino, pero no entre los afroestadounidenses. Esta investigación sugiere que las diferencias en normas culturales en

Cuadro 11.3 Porcentajes de respondientes que alguna vez han realizado diversas conductas sexuales

| | Varones | | Mujeres | |
|---|------------|---------------|------------|---------------|
| | Estudiante | No estudiante | Estudiante | No estudiante |
| Besunqueo | 97% | 98% | 99% | 99% |
| Beso francés | 93 | 95 | 95 | 95 |
| Caricias de las mamas | 92 | 92 | 93 | 93 |
| Varón que acaricia los genitales femeninos | 86 | 87 | 82 | 86 |
| Mujer que acaricia los genitales masculinos | 82 | 84 | 78 | 81 |
| Tacto de los genitales | 77 | 81 | 72 | 78 |
| Coito | 75 | 79 | 60 | 72 |
| Contacto bucal del hombre con los genitales de la mujer | 60 | 68 | 59 | 67 |
| Contacto bucal de la mujer con los genitales del varón | 61 | 70 | 54 | 63 |

—autoimagen, autoestima, imagen corporal, sensación de control interno o externo, y definiciones del rol de género— *no* se relacionan con el comportamiento sexual premarital.

Por último, los resultados indicaron un aumento en las semejanzas conductuales entre mujeres y hombres en comparación con los datos obtenidos 10 años antes y una disminución de los estándares dobles, como han encontrado otras encuestas. No obstante, una de pocas diferencias que siguen existiendo es que las mujeres siguen requiriendo un mayor compromiso emocional antes de aceptar el coito premarital. Esto puede provocar conflictos en algunas relaciones.

DeLamater y MacCorquodale concluyeron que es la pareja y la naturaleza de su relación —más que las

variables como la clase o la religión—, lo que resulta esencial para comprender la sexualidad premarital.

Es tentador hacer inferencias causales a partir de estos datos (decir, por ejemplo, que las actitudes permisivas *causan* la experiencia sexual premarital). Pero es importante recordar que estos datos tienen una naturaleza correlativa y no puede inferirse causalidad. Sin embargo, este estudio proporciona buena evidencia de cuáles factores se relacionan más estrechamente con los patrones sexuales premaritales y estos hallazgos se han confirmado con investigaciones posteriores.

Fuente: DeLamater y MacCorquodale (1979).

cuanto a la actividad sexual explican las variaciones señaladas que se relacionan con el origen étnico.

Existen variaciones sustanciales en los patrones de coito premarital en diferentes culturas de todo el mundo, como lo indican los datos del cuadro 11.4. La mayoría de los datos se obtuvieron del Programa demográfico y de encuestas de salud que entrevista a las mujeres de países en desarrollo. De estos datos surgen varios elementos interesantes. Primero, el porcentaje de mujeres jóvenes que informan un coito reciente es menor en los países latinos y sudamericanos que en las naciones africanas, debido en parte a la mayor influencia de la Iglesia Católica Romana en los primeros. Segundo, los Estados Unidos tienen el porcentaje más elevado de entrevistadas que tuvieron coito premarital en las cuatro semanas previas. Tercero, existe menor variación en la edad promedio del primer coito; es decir, 16, 17 y 18 años en todos los países, menos uno.

En muchos países de todo el mundo la incidencia de coito premarital se ha elevado en las últimas décadas. En todo el orbe, en especial donde la modernización ha sido rápida, los adolescentes están cada vez menos bajo la influencia de la familia, la comunidad y la religión y responden más a sus pares y a los medios masivos de comunicación (Liskin, 1985). En un viaje a Ucrania en 1995, nos sorprendió la preponderancia de los programas y películas estadounidenses en la televisión local.

Para resumir, las tendencias en cuanto al coito premarital en los últimos cuatro decenios son que: (1) tanto en Estados Unidos como en la mayoría de los demás países, es mayor el número de adolescentes que tienen relaciones sexuales premaritales; (2) en los Estados Unidos, hay un aumento en la incidencia para las mujeres, lo cual reduce la brecha entre hombres y mujeres; (3) el primer coito ocurre a edades un poco más tempranas; (4) en Estados Unidos, existen variacio-

Cuadro 11.4 Perspectiva global sobre el coito premarital femenino

| País y año | Edad de las respondientes (años) | Porcentaje que tuvo coito (últimas cuatro semanas)* | Mediana de edad del primer coito (años) |
|---------------------------------|----------------------------------|---|---|
| África | | | |
| Camerún, 1998 | 15-19 | 33.7 | 16.3 |
| Kenia, 1998 | 15-19 | 19.4 | 17.3 |
| Nigeria, 1999 | 15-19 | 24.6 | 18.1 |
| Tanzania, 1996 | 15-19 | 28.2 | 17.4 |
| Zambia, 1996 | 15-19 | 26.9 | 16.6 |
| México y América Central | | | |
| México, 1985 | 15-19 | 13.0 | 17.0 |
| Nicaragua, 1998 | 15-19 | 21.7 | 18.1 |
| Sudamérica | | | |
| Bolivia, 1998 | 15-19 | 8.6 | 19.6 |
| Brasil, 1996 | 15-19 | 21.5 | 18.7 |
| Estados Unidos | | | |
| Unidos, 1999 | 15-18 | 36.3 [†] | 17.4 [‡] |

*Estos porcentajes provienen todos de mujeres, de modo que algunas de estas mujeres están casadas.

[†]Tuvieron coito en los últimos tres meses.

[‡]Mediana de edad en el primer coito.

Fuente: los datos correspondientes a Estados Unidos provienen de la Youth Risk Behavior Survey de 1999 realizada por los Centers for Disease Control and Prevention. Los datos de otros países provienen del Demographic and Health Surveys Program, que obtiene datos comparables de muchos países en todo el mundo. Los resultados fueron publicados en volúmenes individuales para cada país por Macro International, Inc., Calverton, MD. La referencia típica es: Kenia: Demographic and Health Survey, 1998. Calverton, MD: Macro International, 1999.

Síndrome Peggy Lee: sentimientos de decepción que experimentan las chicas adolescentes en el primer coito cuando éste no es tan emocionante como lo esperaban.

nes moderadas según el grupo étnico, y (5) existen variaciones sustanciales de un país a otro (Day, 1992; Liskin, 1985).

El aumento en el coito premarital refleja dos tendencias a largo plazo. Primero, la edad de la menarca ha ido disminuyendo de manera constante desde el inicio del siglo XX. La edad promedio ha llegado ahora a aproximadamente 12.7 años para las niñas blancas y 12.5 para las niñas negras (Hoffert, 1990). Segundo, la edad del primer matrimonio se ha elevado. En 1960, el primer matrimonio ocurría a los 20.8 años para las mujeres y 22.8 años para los hombres. En 1998, la edad era 25 años para las mujeres y 26.7 años para los hombres (U.S. Bureau of the Census, 2000). El efecto es una extensión sustancial del tiempo entre la época en que la persona ya está lista biológicamente para el coito y el matrimonio; la brecha es típicamente de 12 a 14 años en la actualidad. Recuérdese que Udry encontró que los niveles hormonales son una de las influencias principales en el inicio de las relaciones sexuales. No provoca sorpresa que actualmente sea mucho mayor el número de jóvenes que están teniendo sexo antes de casarse que en 1960. Dado que muchos de estos jóvenes no utilizan de manera consistente el control natal,

ha habido una elevación correspondiente en la tasa de embarazo premarital (véase el Tema central 11.3).

Primer coito

El primer coito es una transición mayor, con importancia tanto psicológica como social. En un estudio, los investigadores analizaron las reacciones emocionales ante el primer coito de 1 600 estudiantes universitarios (Sprecher *et al.*, 1995). Los hombres informaron un placer significativamente mayor y una culpa significativamente menor que las mujeres. Tanto los hombres como las mujeres que experimentaron un orgasmo calificaron la experiencia como más placentera que los hombres y mujeres que no tuvieron un orgasmo. Los hombres y mujeres que reportaron una relación cercana con la pareja informaron reacciones emocionales más intensas que aquellos que tenían relaciones informales.

La reacción femenina típica ante el primer coito se ha descrito como el **síndrome Peggy Lee** (denominado así por la canción *¿Is That All There Is? [¿Eso es todo?]* de esta cantante). A pesar de las expectativas románticas elevadas de nuestra cultura acerca de que la experiencia del primer coito será como los fuegos artificiales del día de la Independencia, para la mayoría de las mujeres resulta algo mucho menos emocionante. Por ejemplo, las mujeres estudiadas por Sprecher y colaboradores dieron a la experiencia una calificación promedio de únicamente 2.95 en una escala de placer que iba desde 1 para “de ninguna manera” hasta 7 para “muchísimo”.

Muchas personas suponen que tener un coito inicial que implique pene y vagina es igual a perder la virginidad. Sin embargo, un estudio cualitativo que implicó estudios profundos de caso acerca de 61 hombres y mujeres encontró que la pérdida de la virginidad se construye socialmente (Carpenter, 2001). Muchos consideraban que la virginidad no podía perderse debido a una violación y que, por el contrario, otras conductas además del coito vaginal determinan la pérdida de la virginidad. Carpenter identificó tres interpretaciones distintas de la virginidad: como don, como estigma o como un proceso. Cada una se asociaba con elecciones individuales sobre la transición hacia la falta de virginidad. Los hombres y mujeres que la consideraban como un don estaban en probabilidad de perderla con una persona considerada como amante o como alma gemela; aquellos que la consideraban como un estigma a menudo la perdían con alguien desconocido o no amado.

Sexo premarital con una prostituta

En los decenios de 1940 y 1950, el sexo premarital con una prostituta era bastante común entre los hombres y muchos jóvenes recibían su iniciación sexual de esta manera. En un estudio acerca de hombres con escolaridad universitaria menores a 35 años (Hunt, 1974), 19 por ciento dijeron que habían tenido su primer coito

con una prostituta. Sin embargo, en la actualidad eso es mucho menos común. En la encuesta NHLS acerca de 3 432 adultos, 3 por ciento de los varones y 1/10 del 1 por ciento de las mujeres informaron que su primer coito había implicado a una pareja pagada (Laumann *et al.*, 1994).

Técnicas en el sexo premarital

Equiparable con el aumento en la incidencia del coito premarital hay un aumento en la variedad de técnicas utilizadas en el sexo premarital. Uno de los cambios más notables ha sido el aumento en el uso de técnicas orales-genitales. En la muestra de Kinsey, 33 por ciento de los varones habían experimentado felación de manera premarital y 14 por ciento habían realizado cunilingus. En otra encuesta, 65% de los varones habían experimentado felación premarital y 64% había realizado cunilingus (DeLamater y MacCorquodale, 1979). Entre nuestros propios alumnos, en general hemos encontrado que cerca del 5 por ciento de las estudiantes mujeres han realizado felación, cunilingus, o ambos, pero no han tenido coito (quizás porque saben que el sexo oral-genital no causa embarazo). En

la actualidad, los jóvenes también emplean una gran variedad de posiciones, no sólo la tradicional con el varón encima.

Sin duda, parte de este aumento en la variedad de técnicas es un resultado de la “ética de desempeño” que existe actualmente en las relaciones sexuales y que se discutió en el capítulo 10. Es posible que los adolescentes y jóvenes adultos se sientan presionados a volverse medallistas de oro en las olimpiadas sexuales. Un hombre dijo:

A veces soy realmente bueno; puedo hacer que una chica tenga orgasmos hasta quedar medio muerta. Pero si no me gusta la chica, o si no me siento confiado, puede ser una labor difícil (y a veces ni siquiera puedo hacerla y me molesta mucho cuando eso me pasa). (Hunt, 1974, p. 163)

Actitudes hacia el coito premarital

Las actitudes hacia el coito premarital han atravesado también por cambios notables, particularmente entre los jóvenes. El sociólogo Ira Reiss (1960) distinguió entre cuatro tipos de estándares para el coito premarital:

Figura 11.8 En los países de América del Sur, el porcentaje de mujeres jóvenes solteras que tienen relaciones sexuales premaritales es menor que en Estados Unidos debido a la fuerte influencia de la Iglesia Católica Romana.



Tema central 11.3

Embarazo adolescente y paternidad

En el año 2000 en Estados Unidos, cerca de 822 000 mujeres jóvenes menores a 20 años de edad, o cerca del 9 por ciento de todas las chicas adolescentes, quedaron embarazadas (Alan Guttmacher Institute, 2004). La tasa de embarazo entre adolescentes en Estados Unidos es la más alta entre todos los países occidentales; las adolescentes en ese país tienen una probabilidad dos veces mayor de quedar embarazadas que las adolescentes canadienses; cuatro veces mayor que las adolescentes francesas y casi seis veces mayor que las adolescentes suecas (Darroch *et al.*, 2001). Aproximadamente 60 por ciento de estas mujeres estadounidenses dan a luz un hijo y la gran mayoría elige conservarlo. La tasa para las adolescentes blancas (32 de cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el año 2000) es mucho menor que la tasa para las mujeres negras (77.4) o hispanas (87.1).

Es importante señalar que la tasa de embarazo adolescente ha disminuido 28 por ciento desde su máximo en 1990. El uso más efectivo de anticonceptivos es responsable de un 75 por ciento estimado de la disminución y una reducción en el número de adolescentes que tiene coito es responsable del 25 por ciento restante (Darroch *et al.*, 2001). Esto subraya la importancia de tener una instrucción amplia sobre sexualidad en las escuelas que cubra tanto la abstinencia como el uso de anticonceptivos para aquellos que eligen tener actividad sexual.

¿Por qué el embarazo adolescente se considera un problema social grave? Debido a que la mayoría de estos nacimientos ocurren *fuera del matrimonio*; la mayoría de los bebés serán criados por madres solteras durante, cuando menos, unos cuantos años. Los nacimientos fuera del matrimonio han aumentado notablemente, de 15 por ciento en 1960 a 80 por ciento en 1998 (ISDHHS, 1999). Varios factores han contribuido a la incidencia de embarazos y nacimientos fuera del matrimonio. Primero, la edad a la que ocurre la pubertad ha disminuido de manera notable en el último siglo, de aproximadamente los 17 años a cerca de los 12 años de edad. Por otro lado, la edad promedio del matrimonio ha aumentado de los 22 a los 26 años de edad en los últimos 40 años. De este modo, los hombres y mujeres jóvenes están en riesgo de un embarazo fuera del matrimonio durante cerca de 14 años. En segundo lugar, el número de nacimientos producto de madres adolescentes se asocia con las condiciones económicas; es mucho más probable que las mujeres adolescentes que dan a luz vivan en una familia de bajos ingresos (Alan Guttmacher Institute, 1994). La pobreza y las elevadas tasas de desempleo en los vecindarios de bajos recursos reducen las aspiraciones educativas y laborales de las personas jóvenes (Coley y Chase-Lansdale, 1998). Las niñas que crecen en estas circunstancias perciben una mayor probabilidad de tener un hijo fuera del matri-

monio (East, 1998). De hecho, se ha sugerido que para las adolescentes afroestadounidenses con prospectos laborales deficientes, la maternidad es una elección vocacional (Merrick, 1995).

El sociólogo Frank Furstenberg y colaboradores hicieron un importante estudio acerca del embarazo adolescente que proporcionó información esencial sobre sus efectos sobre la madre y sobre el hijo. El estudio es particularmente impresionante debido a que dio seguimiento a las mujeres y a sus hijos en 1984, 17 años después de que las mujeres fueron entrevistadas inicialmente mientras estaban embarazadas en 1966-1967. Se obtuvieron entrevistas con cerca de 400 mujeres, la mayoría de ellas negras, todas las cuales residían originalmente en el área de Baltimore.

Furstenberg y colaboradores concluyeron que, aunque existen muchas consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia, se les ha exagerado y no se ha prestado suficiente atención a las mujeres que, a pesar de las probabilidades en su contra, se las arreglan para lidiar con la adversidad y tienen éxito.

Enfoquémonos primero en los hallazgos para las madres. Cuando se les dio seguimiento inicial, cinco años después del embarazo, parecían estar en situación de desventaja. Por ejemplo, 49 por ciento no se habían graduado de la preparatoria. Cerca de un tercio de ellas recibieron ayuda de la beneficencia pública en algún momento durante los 17 años del estudio. Sin embargo, para el momento del seguimiento en 1984, una proporción impresionante de las mujeres había logrado una recuperación sustancial. En ese momento, un 38 por ciento adicional había obtenido el diploma de preparatoria, otro 25 por ciento había alcanzado algún tipo de escolaridad superior a la preparatoria y 5 por ciento se había graduado de la universidad. De aquellas que habían recibido ayuda de la beneficencia en algún momento durante el estudio, dos tercios habían logrado dejarla para 1984; 67 por ciento tenían empleo y una cuarta parte tenía ingresos superiores a 25 000 dólares anuales.

El estudio muestra claramente que existe una gran diversidad en los resultados para las madres adolescentes. Algunas quedan estancadas en la pobreza durante el resto de sus vidas, mientras que otras logran tener éxito a pesar de las circunstancias. El factor más importante son los recursos diferenciales. Las mujeres con padres más instruidos que tenían mayores ingresos tendieron a lograr mayor éxito debido a que tenían más recursos en los cuales apoyarse. El segundo factor más importante es la competencia y la motivación. Las mujeres que tenían buenos resultados en la escuela al momento de embarazarse, y que poseían aspiraciones educativas más elevadas, estaban en mayor probabilidad de tener un buen resultado después del nacimiento. Un tercer factor tiene que ver con los programas de intervención como las escuelas especiales para adolescentes

embarazadas y los programas de intervención en hospitales. Cuando estos programas tienen éxito, ayudan a las mujeres a terminar la educación media superior y a posponer otros embarazos, dos factores que son cruciales para recuperarse de las circunstancias adversas del embarazo adolescente. Si hay nacimientos adicionales poco después del primero, esencialmente las mujeres quedan fuera del mercado laboral.

Atendiendo ahora a los niños, los resultados indican que están en riesgo en muchos sentidos. Al nacer, 11 por ciento tenían un peso bajo (2 500 gramos o menos), que los pone en riesgo de una variedad de otros problemas (véase capítulo 7). Sin embargo, parece ser que el exceso de bebés con bajo peso está más en función de la calidad adecuada o inadecuada del cuidado médico durante el embarazo que del hecho de que la madre sea una adolescente. Para 1984, los registros escolares mostraban evidencia de deficiencias académicas y problemas conductuales. La mitad de los niños habían tenido que repetir por lo menos un año escolar. Treinta y cinco por ciento habían tenido que pedir a sus padres que acudieran a la escuela por lo menos una vez durante el año debido a un problema de conducta y 44 por ciento habían sido suspendidos o expulsados en los últimos cinco años. La muestra del estudio también era mucho más activa sexualmente que muestras nacionales elegidas de manera aleatoria. Para los 16 años de edad, 78 por ciento (84 por ciento de varones y 60 por ciento de niñas) habían tenido relaciones sexuales. Para los 17 años, 26 por ciento de las niñas informaban haber estado embarazadas. De este modo, el ciclo de embarazo en la adolescencia tiende a repetirse.

Muchas madres adolescentes provienen de un entorno con desventajas socioeconómicas. Esto hace surgir la duda acerca de la relativa contribución de la parentalidad adolescente y de la pobreza en los resultados que observó Furstenberg. Un intento por controlar los efectos del contexto comparó a adolescentes que se embarazaron, pero tuvieron un aborto espontáneo del producto, con adolescentes que dieron a luz y conservaron a su hijo o hija (Hotz *et al.*, 1999). Sus resultados se asemejan a los informados por Furstenberg; hubo consecuencias graves a corto plazo para las madres adolescentes, pero para el momento en que habían llegado a su segunda década de vida, tenían una probabilidad sólo un poco mayor de tener más hijos, de ser madres solteras y no diferían en su nivel de logro educativo. Lo que es más, las madres adolescentes estaban en menor probabilidad de vivir en la pobreza y recibir ayuda de la beneficencia pública. Los resultados condujeron a los autores a concluir que “el costo del embarazo y parto adolescente para los contribuyentes en Estados Unidos es insignificante” (énfasis añadido por nosotros).

De este modo, los programas que reducen el embarazo adolescente mejorarán las vidas de las jóvenes pero no tendrán un efecto sustancial sobre los costos de los programas de beneficencia. ¿Qué puede hacerse?

Los resultados de Furstenberg nos permiten identificar factores cruciales para los resultados exitosos y para diseñar programas que proporcionen estos recursos a otras madres adolescentes. Por ejemplo, dos factores que son esenciales para el éxito son concluir

Figura 11.9 Un factor importante para el éxito de una adolescente embarazada es la existencia de programas especiales que le permitan terminar la educación media superior.



la educación media superior (y, de preferencia, obtener grados académicos superiores) y posponer otros nacimientos. Necesitan establecerse programas sociales que ayuden a las madres adolescentes a terminar la preparatoria (incluyendo escuelas especiales para adolescentes embarazadas y cuidados infantiles para los hijos de madres que asisten a la escuela) (figura 11.9). La información sobre anticoncepción y el acceso a la misma son esenciales. Los programas como Head Start, que ayudan a preparar a los hijos de madres adolescentes para acudir a la escuela, son determinantes porque estos niños tienen un mayor riesgo de fracaso académico. El matrimonio con un hombre que tenga recursos económicos también fue un medio de alcanzar el éxito para algunas de las mujeres de este estudio. Sin embargo, la elevada tasa de desempleo entre los jóvenes varones negros, urbanos, hace que tales matrimonios sean menos probables. Esto señala la importancia de los programas sociales dirigidos a los hombres al igual que a las mujeres.

En resumen, el embarazo adolescente es un problema grave, pero no irresoluble. A través del estudio de las mujeres que logran una recuperación de esta experiencia, podemos obtener discernimientos importantes acerca de cómo romper el ciclo de pobreza y embarazo en la adolescencia.

Fuente: Furstenberg *et al.* (1987).

1. **Abstinencia** El coito premarital se considera incorrecto tanto para varones como para mujeres, sin importar la circunstancia.
2. **Permisividad con el afecto** El coito premarital es permisible tanto para hombres como para mujeres si ocurre en el contexto de una relación estable que implique amor, responsabilidad o compromiso matrimonial.
3. **Permisividad sin el afecto** El coito premarital es permisible tanto para hombres como para mujeres, sin importar el compromiso emocional, simplemente con base en la atracción física.
4. **Doble estándar** El coito premarital es aceptable para los varones, pero no para las mujeres. El doble estándar puede ser *ortodoxo o de transición*. En el caso ortodoxo, el doble estándar se mantiene sin importar la relación de la pareja; en el caso de transición, el sexo se considera aceptable para la mujer si está enamorada o comprometida en matrimonio.

Abstinencia: un estándar en el que el coito premarital se considera incorrecto, sin importar las circunstancias.

Permisividad con el afecto: norma en la que se considera aceptable el coito premarital si ocurre en el contexto de una relación de amor y compromiso.

Permisividad sin el afecto: norma en la que se considera aceptable el coito premarital sin compromiso emocional.

Doble estándar: un estándar en el que el coito premarital se considera aceptable para los varones pero no para las mujeres.

En sentido histórico, en Estados Unidos el estándar prevaeciente ha sido la abstinencia o el doble estándar. Sin embargo, actualmente, en particular entre las personas jóvenes, el estándar es de permisividad con el afecto.

Podemos ver evidencia de este nuevo estándar, y del cambio que representa con respecto a generaciones anteriores, al comparar los datos sobre las actitudes actuales hacia el coito premarital con aquellas de décadas previas, como se muestra en el cuadro 11.5. Nótese que en las encuestas llevadas a cabo en

1937 y 1959, pocas personas aprobaban el coito premarital. Para 1998, era mayor el número de personas que lo aprobaban que de personas que lo desaprobaban, lo cual representa un verdadero cambio en las normas.

Abstinencia

Los datos presentados en el cuadro 11.1 indican que menos de la mitad de los estudiantes de educación media y media superior de Estados Unidos habían tenido coito. Entre aquellos que no lo han tenido, algunos tendrán relaciones sexuales para el momento en que se gradúen, pero otros permanecerán abstinentes. Según una reciente encuesta entre adolescentes de 15 a 17 años de edad que no habían tenido coito, 74 por ciento dijo que había “tomado la decisión consciente de esperar” (Kaiser Family Foundation, 2000). Un estudio sobre dos muestras de adolescentes, una con una muestra nacional de 12 000 alumnos del séptimo al duodécimo grados y la otra con una muestra de 300 alumnos del séptimo y octavo grados de Carolina del Norte, informó que aquellos que estaban en mayor probabilidad de abstenerse tenían las puntuaciones más altas en pruebas de inteligencia (Halpern *et al.*, 2000). La inteligencia elevada se asociaba no sólo con posponer el coito sino con demorar también otras actividades sexuales en pareja. Una explicación es que los adolescentes inteligentes están más comprometidos con metas educativas y vocacionales a largo plazo y están conscientes de que tener un embarazo o contraer una ETS interferiría con el logro de tales metas o las imposibilitaría por completo.

Algunos programas de educación sexual en las escuelas y comunidades han lanzado campañas para persuadir a los adolescentes a declarar públicamente su propósito de abstenerse a través de firmar juramentos de virginidad. En teoría, un compromiso público reduciría la probabilidad de que los jóvenes cedan

Cuadro 11.5 Porcentajes de personas que estuvieron de acuerdo en que el coito premarital es aceptable en 1937, 1959, 1972, 1982, 1990, 1998

| | 1937 | 1959 | | |
|---|------|------|------|------|
| ¿Piensa usted que es correcto que uno o ambos novios a punto de casarse hayan tenido relaciones sexuales previas? | | | | |
| Correcto para ambos | 22% | | | 22% |
| Correcto sólo para los hombres | 8 | | | 8 |
| Incorrecto para ambos | 56 | | | 54 |
| No sabe o se niega a responder | 14 | | | 16 |
| Si un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales antes del matrimonio, ¿piensa usted que... | | | | |
| | 1972 | 1982 | 1990 | 1998 |
| Siempre es incorrecto | 35% | 28% | 25% | 25% |
| Casi siempre es incorrecto | 11 | 9 | 11 | 9 |
| Incorrecto sólo en ocasiones | 23 | 21 | 22 | 20 |
| No es incorrecto en absoluto | 26 | 40 | 39 | 42 |
| No sabe | 4 | 3 | 4 | 3 |

Fuente: Hunt (1974), pp. 115-116; National Opinion Research Center, *General Social Survey*, 1972, 1982, 1990, 1998.

ante el deseo de tener coito o a la presión de sus compañeros para que lo hagan. Además, firmar un juramento proporciona una identidad social y el apoyo social de los otros que también han firmado. Un estudio longitudinal sobre una muestra amplia de jóvenes encontró que los firmantes de un juramento tenían una probabilidad 34 por ciento menor de tener coito que aquellos que no firmaron; el juramento era más efectivo entre jóvenes de 16 y 17 años y en situaciones donde cerca del 30 por ciento de los adolescentes en la escuela o comunidad firmaban el juramento (Bearman y Bruckner, 2001). Si más del 30 por ciento ha firmado el juramento, los jóvenes estaban en una probabilidad menor de demorar el coito, quizá debido a que no se sentían especiales o únicos.

Motivos para tener coito premarital

Las personas jóvenes mencionan una variedad de razones para tener intimidad física (Sprecher y McKinney, 1993). Sus motivos incluyen la expresión de amor o afecto hacia la pareja, experimentar excitación o deseo físico, deseo de complacer a la pareja, presión de los compañeros o deseo de placer físico. Las mujeres tienen mayor probabilidad de mencionar al amor y afecto, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de mencionar el placer físico. Los respondientes de la NHLS dieron dos razones adicionales para tener coito por primera vez; era su noche de bodas (7 por ciento de los hombres y 21 por ciento de las mujeres) y la persona quería embarazarse (menos del 1 por ciento de los respondientes) (Laumann *et al.*, 1994).

Citas y noviazgos o amigos cariñosos

Las fuerzas sociales que han producido cambios en el comportamiento y estándares relacionados con el sexo premarital son complejas. Pero entre ellas parece haber un cambio en las etapas del cortejo: en el proceso de salir en citas que conduce a los noviazgos y el establecimiento de una relación romántica especial con otra pareja. Ahora, las citas y noviazgos ocurren a edades mucho más tempranas que en generaciones anteriores. Salir juntos y establecer un noviazgo a una edad anterior crean una demanda mayor tanto de sexo premarital como de legitimidad del mismo. Para muchos, la intimidad sexual se vuelve respetable al momento de establecer un noviazgo.

Sorensen (1973) encontró que el patrón sexual premarital más común es el de **monogamia en serie** sin matrimonio. En tal relación existe la intención de ser fiel a la pareja, pero la relación tiene una duración incierta. De aquellas personas en la muestra que habían tenido coito premarital, 40 por ciento eran monógamos en serie. Aunque habían tenido un promedio aproximado de cuatro parejas, casi la mitad de ellos habían tenido sólo una pareja y cerca de la mitad habían estado dentro de su presente relación durante un año o más. Un estudio más reciente indicó

que cerca de 25 por ciento de todas las mujeres tienen sólo una pareja premarital (26 por ciento de mujeres blancas, 21 por ciento de mujeres negras); pero 23 por ciento habían tenido seis o más parejas (24 por ciento de mujeres blancas, 17 por ciento de mujeres negras) (Tanfer y Schoorl, 1992).

Un estudio cualitativo sobre jóvenes puertorriqueños que vivían en la ciudad de Nueva York exploró el concepto de monogamia en serie entre estas personas (Asencio, 2002). La mayoría de los jóvenes refrendaron la monogamia y consideraban incorrecta la infidelidad. Pero muchos también creían que sólo se tenía que ser fiel dentro de una relación seria, donde la seriedad no se relacionaba con la longitud de la relación o con el hecho de que la pareja hubiese tenido coito vaginal. Era más probable que los hombres diferenciaban entre una relación y una relación “seria”, mientras que muchas mujeres definían a sus relaciones como “serias”. Como resultado, las expectativas de fidelidad de hombres y mujeres no siempre coinciden. Asimismo, tanto los varones como las mujeres expresaron mayor tolerancia hacia la infidelidad masculina. Por ende, las actitudes de estos jóvenes son complejas y reflejan su construcción particular acerca de la monogamia, la fidelidad y el doble estándar.

Los párrafos anteriores describen una trayectoria para las relaciones románticas y sexuales en los Estados Unidos contemporáneos, las cuales comienzan con actividades mixtas que progresan a citas diádicas y después al noviazgo y que probablemente implican una serie de relaciones especiales donde el patrón continúa hasta la adultez. Un patrón alternativo es evidente en algunas subculturas juveniles. En este caso, muchos adolescentes participan activamente en agrupamientos sociales mixtos y no hacen una transición a las relaciones principalmente diádicas de las citas. En lugar de ello, las actividades románticas y sexuales ocurren dentro del contexto del grupo, a menudo durante fiestas. Cuando ocurre la intimidad sexual, ésta puede implicar a otro miembro del grupo, a otro amigo o a alguien a quien han conocido a través de la Internet. Con frecuencia, tales relaciones se conocen como *amistades cariñosas* (Denizer-Lewis, 2004).

Los amigos cariñosos son una alternativa al noviazgo, a estar en una relación. “Estar en una relación verdadera sólo complica las cosas”, dice Brian, un joven de 16 años de Nueva Inglaterra. “Cuando tienes amigas cariñosas, vas con ellas, tienes sexo y luego practicas juegos de video o algo así. Es lo máximo”. (Denizer-Lewis, 2004, p. 33, énfasis del original)

En realidad, Brian está describiendo el sexo informal y eso es algo que algunos adolescentes y jóvenes adultos dicen desear. Los hombres y mujeres con educación sólida y planes vocacionales quieren enfocarse en el logro de sus metas y no desviarse de ellas

Monogamia en serie: patrón sexual premarital en el que existe la intención de ser fiel a una pareja, pero es posible que la relación termine y la persona proceda a una relación con otra persona.

debido a una relación, a un embarazo no intencional o a una ETS que amenace su vida. Sin embargo, otros buscan secretamente una relación de compromiso, a largo plazo, y algunos admiten haberse sentido heridos porque una pareja no les llama.

En las universidades de todo Estados Unidos, estos encuentros casuales se denominan **acostones**, un encuentro sexual que generalmente ocurre en una ocasión y en el que participan personas desconocidas o conocidos casuales (Paul *et al.*, 2000). El encuentro puede implicar o no el coito; como alternativa, es posible que ocurra sexo oral. Un estudio sobre 555 estudiantes de licenciatura los clasificó dentro de uno de tres grupos: sin experiencia en acostones, experiencia en acostones sin coito (AC) y experiencia en acostones incluyendo coito (AC-Sexo). De interés es el hecho de que aquellos que no tenían experiencia con el acostón estaban en mucho mayor probabilidad de estar en una

Acostón: encuentro sexual que generalmente ocurre en una ocasión y en el que participan desconocidos o conocidos ocasionales.

relación romántica a largo plazo. Estas personas alcanzaban puntuaciones significativamente mayores en una medida de autoestima. Aquellos con experiencia en los acostones informaban un promedio de 10.8 experiencias en sus vidas. Los varones estaban en una probabilidad significativamente mayor de informar acostones que implicaban coito. Treinta y ocho por ciento de los participantes en el grupo AC y 49 por ciento de los individuos en el grupo AC-Sexo informaron que nunca habían visto de nuevo a la pareja. La principal diferencia entre aquellos en el grupo AC y el grupo AC-Sexo era que los últimos experimentaban un número significativamente mayor de síntomas de intoxicación por alcohol cuando bebían.

Conflictos

En la actualidad estamos en una época en la que existen tensiones entre una ética sexual restrictiva y una ética sexual permisiva. En tales circunstancias, seguramente surgirán conflictos. Uno es el que ocurre entre padres e hijos a medida que los padres se aferran a estándares conservadores mientras que sus hijos adoptan estándares permisivos.

Estos conflictos dentro de nuestra sociedad se reflejan en los mensajes de los medios masivos de comunicación.

Somos un país que es profundamente ambivalente en cuanto al sexo. Por un lado, el sexo es una parte tan destacada del ambiente que casi lo damos por sentado y el mensaje que nos

llega es que todo mundo parece estar haciéndolo y que nos perderemos la diversión si no nos ponemos las pilas. Deberíamos liberar nuestras naturalezas sexuales, pulir nuestros botones de encendido, seguir la influencia de nuestras hormonas y buscar satisfacción en algún lugar de esta sala atestada de gente. El sexo es la expresión última del sueño de libertad, liberación y movilidad de Estados Unidos. Por otro lado, escuchamos qué tan atemorizante puede ser el sexo. Parte de ello proviene de la poderosa influencia de nuestra herencia puritana, pero con un giro moderno único. El SIDA, el anonimato urbano, el abuso y agresión sexuales, todo ello hace que el sexo sea un pasatiempo peligroso. Y esto encaja muy bien con la vieja moralidad que coexiste con nuestra supuesta conducta libertina. (Michael *et al.*, 1994, p. 8)

Con la preponderancia de tales mensajes conflictivos, no provoca sorpresa que muchos jóvenes sientan conflictos acerca del sexo premarital.

Es posible que los jóvenes también tengan conflictos entre sus propios comportamientos y sus actitudes o normas. En general, los comportamientos cambian con mayor rapidez que las actitudes. Como resultado, es posible que las personas tengan sexo premarital mientras que aún lo desapruaban. Por ejemplo, en un estudio sobre estudiantes de secundaria y preparatoria de barrios populares, de aquellos que tenían actividad sexual, 83 por ciento daban una edad ideal para el primer coito que era mayor que la que tenían ellos cuando habían tenido relaciones sexuales por primera vez (Zabin *et al.*, 1984). Y entre quienes habían tenido coito premarital, 25 por ciento creían que el sexo antes del matrimonio era algo incorrecto. Estas inconsistencias entre conducta y actitudes pueden crear sentimientos de conflicto.

Cómo ayuda la sexualidad al desarrollo

Erik Erikson ha postulado un modelo del desarrollo psicosocial según el cual experimentamos crisis en cada una de las ocho etapas de nuestra vida (1950, 1968). Cada una de estas crisis pueden resolverse en una de dos direcciones. Erikson señala que las influencias sociales son particularmente importantes para determinar los resultados de las crisis.

Las etapas postuladas por Erikson se listan en el cuadro 11.6. Nótese que los resultados de varias de ellas pueden vincularse estrechamente con la sexualidad. Por ejemplo, en la temprana infancia hay una crisis entre la autonomía y la vergüenza y, después, entre la iniciativa y la culpa. El niño que se masturba a los 5 años de edad muestra autonomía e iniciativa. Pero si los padres reaccionan ante esta actividad castigando gravemente al niño, sus acciones pueden producir



Para aprender más acerca de las influencias sociales sobre la identidad sexual, véase el video "Learning to be Straight" ("Aprendiendo a ser buga") en el capítulo 11 de su CD.

Cuadro 11.6 Etapas de desarrollo psicosocial de Erikson

| Etapa aproximada en el ciclo vital | Crisis |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Lactancia | Confianza vs. desconfianza básica |
| Edades de 1 año, 6 meses a 3 años | Autonomía vs. vergüenza y duda |
| Edades de 3 años, a 5 años 6 meses | Iniciativa vs. culpa |
| Edades de 5 años, 6 meses a 12 años | Industria vs. inferioridad |
| Adolescencia | Identidad vs. confusión del rol |
| Adulthood joven | Intimidad vs. aislamiento |
| Adulthood | Generatividad vs. estancamiento |
| Madurez | Identidad del yo vs. desesperación |

vergüenza y culpa. Así, es posible que estén alentando al niño a sentirse avergonzado y, en consecuencia, a sufrir una pérdida de autoestima.

En la adolescencia, la crisis ocurre entre la identidad y la confusión del rol. Los roles de género se encuentran entre los más importantes; la persona puede surgir de la adolescencia tardía con un sentido estable y confiado en sí mismo de hombría o feminidad o, de manera alternativa, es posible que tenga conflictos acerca de sus roles de género. La elección vocacional es sumamente importante en este sentido de identidad el desarrollo y los roles de género influyen en la elección de carrera. También surge una identidad sexual; por ejemplo, el estatus propio como heterosexual u homosexual, popular o impopular.

En la adultez joven, la crisis ocurre entre intimidad y aislamiento. Por supuesto, la sexualidad puede funcionar como una manera importante en que las personas desarrollan su capacidad de intimidad.

Las relaciones adolescentes proporcionan el contexto en el que el individuo desarrolla las habilidades y aprende los guiones necesarios para mantener relaciones íntimas a largo plazo (O'Sullivan y Meyer-Bahlburg, 2003). La investigación indica que el proceso comienza, de los 9 a 12 años de edad, con un primer noviazgo; a menudo existe poca interacción directa entre los dos niños, pero la relación proporciona una oportunidad de asumir un rol "adulto". Posteriormente vienen las citas en grupo y quizás los acontecimientos sociales mixtos en las escuelas. Estas situaciones proporcionan una oportunidad para conversar y para que los compañeros observen e instruyan a la persona en cuanto a los guiones sexuales. De la mitad al final de la adolescencia, los jóvenes comienzan a pasar tiempo en interacción sexual mixta, sin supervisión, que proporciona la oportunidad de intimidad física, la cual frecuentemente conduce al coito. La investigación cualitativa encuentra que este proceso generalmente ocurre a edades más tempranas entre las afroestado-

unidenses en comparación con las latinas, porque estas últimas se encuentran en general bajo una vigilancia más estrecha de sus padres (O'Sullivan y Meyer-Bahlburg, 2003).

Furman (2002) propone que esta secuencia conductual se equipara con una secuencia del desarrollo. Las primeras relaciones reflejan simple interés. Las subsecuentes satisfacen necesidades principalmente de afiliación y de reproducción sexual mientras que las personas jóvenes exploran sus sentimientos sexuales. A medida que el individuo avanza a la adolescencia tardía y adultez temprana, las relaciones a plazo más largo se vuelven el sitio para la satisfacción de las necesidades de apego y cuidado mutuo. Una consecuencia importante de este proceso es el desarrollo de una identidad sexual, con respecto a orientación y atractivo sexual. Como es obvio, el momento oportuno de este proceso varía de una persona a otra, donde una de las influencias es la cultura y la variación asociada en el grado de control parental sobre los adolescentes. Furman señala que muchos arreglos sociales y culturales facilitan la emergencia de las relaciones heterosexuales y al mismo tiempo determinan las relaciones gay y lésbicas. Las reuniones mixtas en la adolescencia son generalmente heterosexuales y la vigilancia de los compañeros probablemente dará por resultado el hostigamiento de la actividad romántica del mismo género. La investigación de Diamond (2003) indica la relativa fluidez de las identidades sexuales propias de algunas jóvenes mujeres desde la adolescencia a la mitad de su segunda década de vida.

De este modo, podemos ver que la sexualidad es una parte integral de nuestro desarrollo psicológico.

Figura 11.10 Lisa Diamond, cuya investigación demuestra la fluidez de la identidad sexual de algunas mujeres jóvenes.



RESUMEN

La capacidad de respuesta sexual está presente desde la lactancia. Según datos actuales, cerca del 40 por ciento de los niños estadounidenses se han masturbado para el momento de llegar a la pubertad. Estudios recientes indican que los niños actuales comienzan a masturbarse a edades más tempranas que hace más o menos una generación. Los niños también participan en algún tipo de juego heterosexual, al igual que en cierta actividad del mismo género.

Durante la adolescencia existe un aumento en la actividad sexual. Según una teoría, esta actividad está bajo la influencia de la interacción de factores biológicos (aumento en el nivel de testosterona) y factores sociales y psicológicos (por ejemplo, las actitudes sexualmente permisivas). Para los 15 años de edad, casi todos los varones se han masturbado. Las niñas tienden a comenzar a masturbarse un poco después que los varones y el número de niñas que se masturban es menor en comparación con los niños. Las actitudes hacia la masturbación son considerablemente más permisivas hoy en día que hace un siglo. Cerca del 10 por ciento de los adolescentes tienen experiencias homosexuales que conducen al orgasmo, pero esta

cifra es un poco mayor para los varones que para las niñas.

Actualmente, la mayoría de los varones y mujeres por igual tienen sexo premarital. Existe un considerable incremento con respecto a la incidencia informada en los estudios Kinsey hechos hace 50 años. Los adolescentes actuales están en una probabilidad considerablemente mayor de utilizar una variedad de técnicas sexuales, incluyendo sexo bucal-genital. Existe variación en la incidencia de coito premarital entre diversos grupos raciales y étnicos en Estados Unidos e incluso hay una mayor variabilidad entre países.

El estándar sexual predominante hoy en día es el de “permisividad con el afecto”; es decir, se considera que el sexo fuera del matrimonio es aceptable, siempre y cuando exista un compromiso emocional entre los miembros de la pareja.

Con base en la teoría de Erik Erikson, las experiencias con la sexualidad pueden satisfacer funciones importantes en el desarrollo psicológico de la persona. Pueden ser importantes, por ejemplo, en el proceso de independizarse de los padres y de establecer un sistema moral viable.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Observa usted evidencia de tendencias conservadoras en las actitudes y comportamientos sexuales que reviertan las tendencias desde 1940 hasta 1990?
2. ¿La “permisividad con el afecto” caracteriza el estándar para el coito premarital entre las personas de 18 a 22 años que usted conoce?
3. La madre de un niño de 5 años le cuenta a usted que su hijo se ha estado masturbando mientras ve televisión en la sala de la familia. Le pregunta qué debería hacer en cuanto a esta conducta. ¿Qué le diría?
4. En este capítulo presentamos datos sobre diferencias étnicas en las experiencias sexuales adolescentes y en el embarazo y paternidad adolescentes (Tema central 11.3). En el capítulo 1 presentamos datos sobre diferencias étnicas en cuanto a masturbación y sexo oral (cuadro 1.2). Utilizando estos datos, cree una breve descripción de la sexualidad adolescente entre los jóvenes negros y blancos de Estados Unidos. ¿En qué sentidos son similares? ¿En qué sentidos son diferentes?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Eder, Donna, con Catherine Evans y Stephen Parker. (1995). *School talk: Gender and adolescent culture* (Plática escolar: género y cultura adolescente). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. Un estudio sobre los grupos y relaciones entre compañeros en la adolescencia dentro de la educación media.
- McCormick, Naomi B. (1979). Come-ons and put-offs: Unmarried students' strategies for having and avoiding intercourse. (Llegues y desaires: estrategias de los estudiantes solteros para tener y evitar el coito). *Psychology of Women Quarterly*, 4, 194-211. Una interesante discusión de las técnicas informadas por estudiantes universitarios para invitar o evitar el coito y cómo se relacionan estas técnicas con los estereotipos de rol de género.
- Starks, Kay y Eleanor Morrison. (1996). *Growing up sexual* (Creciendo sexualmente) (2a. edición). Nueva York: HarperCollins. Una perspectiva fascinante acerca del desarrollo sexual con muchos comentarios en primera persona, basados en las autobiografías de los estudiantes de un curso de sexualidad humana.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.teenwire.com>

Páginas informativas para adolescentes de la Planned Parenthood Federation of America.

<http://www.teenpuberty.com>

Teen Puberty; incluye información de salud acerca de los cambios puberales dirigida a adolescentes.

<http://www.siecus.org>

Sexuality Information and Education Council of the United States.

<http://www.sexualityandu.ca/eng>

Sexuality and U, sitio en Internet de educación sexual de Canadá; información sobre desarrollo sexual y páginas independientes diseñadas para padres, adolescentes, adultos y educadores.

C A P Í T U L O

12

Sexualidad y el periodo de vida: adultez

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

El sexo y la persona soltera

Desenvolvimiento sexual
Personas que nunca se han casado

Cohabitación

Relaciones maritales

Frecuencia del coito marital
Técnicas en el sexo marital
Negociación del sexo
Masturbación en el matrimonio
Satisfacción con el sexo marital
Patrones sexuales en el matrimonio
El sexo y la familia con dos carreras
Conservar a la pareja

Sexo extramarital

¿Cuántas personas tienen sexo fuera del matrimonio?
Actitudes hacia el sexo extramarital
Swingers
Infidelidad por Internet
Equidad y sexo extramarital
Evolución y sexo extramarital
Poliamor

Sexo postmarital

Personas divorciadas y viudas

El sexo y los adultos mayores

Cambios físicos
Actitudes acerca del sexo y los ancianos
Comportamiento sexual de los ancianos

¡Envejece junto a mí!
Aún falta lo mejor.*

*Robert Browning (1864). *Rabbi Ben Ezra*.

Este capítulo continuará siguiendo el desarrollo de la sexualidad a lo largo del periodo de vida. Examinaremos diversos aspectos de la sexualidad en la adultez: el sexo y la persona soltera, la cohabitación, la sexualidad marital, la sexualidad extramarital, la sexualidad postmarital y el sexo en la vejez. En el capítulo 15 consideraremos los estilos de vida que implican a parejas del mismo género. Cada uno de estos estilos de vida es una opción que refleja la diversidad de opciones disponibles actualmente en Estados Unidos.

El sexo y la persona soltera

Desenvolvimiento sexual

La adolescencia tardía y el inicio de la adultez son un momento de desenvolvimiento sexual a medida que el individuo avanza a una sexualidad madura, adulta. Primero, se presenta una necesidad de tratar con temas de orientación sexual y definir la propia identidad sexual. La heterosexualidad es la norma predominante en nuestra sociedad y algunas personas se deslizan a ella sin razonarlo gran cosa. Otros sienten que su orientación es gay o lesbica y deben luchar contra los mensajes negativos de la sociedad acerca de estos grupos. Incluso otros sienten que su orientación es heterosexual, pero se preguntan por qué experimentan fantasías de tipo homosexual, pensando que la orientación sexual de una persona debe ser perfectamente consistente en todas las áreas (de hecho, la investigación muestra que en ocasiones los heterosexuales tienen fantasías homosexuales y viceversa). Estas luchas acerca de la orientación sexual parecen ser más difíciles para los varones que para las mujeres, porque la heterosexualidad es un hito tan importante del rol masculino en muchas sociedades, incluyendo la estadounidense (véase capítulo 14).

Otro paso hacia la madurez es la identificación de nuestros gustos y desagradados sexuales y aprender a comunicarlos a una pareja. Aprender qué le gusta o disgusta a uno puede ocurrir de manera natural a medida que el individuo experimenta diversos comportamientos a lo largo del tiempo. De manera alternativa, algunas personas buscan intencionalmente oportunidades de participar en conductas novedosas o de tener intimidad sexual con nuevas parejas. Aprender a comunicarse con las parejas sexuales es difícil para muchas personas, quizá porque existen pocos modelos de rol en nuestra sociedad que nos demuestren cómo debemos tener una comunicación directa y honesta con ellas.

Otras dos cuestiones son importantes para lograr la madurez sexual: volverse responsable del sexo y desarrollar una capacidad de intimidad. Asumir la responsabilidad incluye tener cuidado acerca de la anti-concepción y las enfermedades de transmisión sexual, ser responsable de uno mismo y de la pareja. La intimidad (véase capítulo 13) implica que dos personas compartan a un nivel emocional profundo que va más allá del sexo informal o del sexo como manipulación.

Personas que nunca se han casado

El término *soltero* se refiere a los adultos que nunca se han casado. Este grupo incluye a aquellos que tienen el propósito de casarse algún día y aquellos que han decidido permanecer solteros. La Entrevista nacional de hombres incluyó una muestra representativa de varones entre 20 y 39 años en Estados Unidos (Billy *et al.*, 1993). De estos hombres, 37 por ciento (la mayoría de ellos en su segunda década de vida) nunca se habían casado.

La mayoría de los adultos en nuestra sociedad se casan. La mediana de edad del primer matrimonio en 1998 era de 25.0 años para las mujeres y 26.7 años para los hombres (U.S. Bureau of the Census, 2000b), de modo que la persona típica que llega a casarse pasa varios años de su adultez en la categoría de soltero. Algunos de estos hombres y mujeres pasan todo el tiempo en una relación que finalmente conduce al matrimonio. Según la NHSLS, entre las personas casadas de 20 a 29 años, 46 por ciento de los varones y 65 por ciento de las mujeres están en esta categoría (Laumann *et al.*, 1994). Otros adultos jóvenes continúan con el patrón de *monogamia en serie*, que (como vimos en el capítulo 11) caracteriza las relaciones íntimas adolescentes y tienen dos o más relaciones sexualmente íntimas antes del matrimonio. Según la NHSLS, entre las personas casadas de 20 a 29 años de edad, 40 por ciento de los varones y 28 por ciento de las mujeres han tenido dos o más parejas sexuales antes de casarse.

La persona que pasa de los 25 años de edad sin casarse ingresa gradualmente a un mundo nuevo. Las estructuras sociales que apoyaban las citas románticas —como la universidad— ya no existen y la mayoría de personas de la misma edad ya están casadas. Las citas y el sexo ya no se dirigen a la selección de un compañero y, para el momento de llegar a los 30 años, ya no parece razonable considerar a esta actividad sexual como *sexo premarital*.

Las actitudes de los solteros acerca de su estado varían ampliamente. Algunos hombres y mujeres jóve-

nes deciden vivir célibes (solteros) y castos (abstenerse del coito). Se han hecho pocas investigaciones sobre el celibato y, con frecuencia, los estudios publicados no distinguen entre los célibes voluntarios e involuntarios. Un estudio encontró que tales personas eran introvertidas y ambiciosas y que las mujeres célibes tenían un estatus educativo y laboral elevado (Kiernan, 1988). La investigación a través de cuestionarios difundidos por Internet identificó tres tipos de celibato involuntario (Donnelly *et al.*, 2001). Los *vírgenes* nunca habían tenido coito, rara vez habían salido en citas románticas y con frecuencia no habían tenido ninguna intimidad sexual en pareja; los datos sugieren que no podían hacer las transiciones del desarrollo que se analizan al final del capítulo 11. Los *solteros* habían tenido experiencia sexual, pero con frecuencia informaban que no había sido satisfactoria; eran incapaces de encontrar y mantener relaciones. Sus arreglos tanto residenciales como laborales dificultaban que las personas en cualquiera de ambos grupos conocieran a parejas potenciales. Otra investigación sugiere que la competencia en las relaciones románticas adultas —tener cercanía y llevarse bien con una pareja— se puede predecir por la competencia en los dominios social y académico en la adolescencia tardía (Roisman *et al.*, 2004). El tercer tipo es el de los *asociados*, personas que tienen relaciones sin sexo. Típicamente, la relación había incluido sexo en el pasado, pero la frecuencia declinó gradualmente con el tiempo.

Algunos jóvenes planean ser célibes, pero no castos. El estilo de vida de la soltería les resulta emocionante y disfrutan su libertad. La serie televisiva *Sex in the City* (1998 a 2004) contribuyó indudablemente a la visibilidad, aunque no a la popularidad, de este estilo de vida. Los datos del censo sugieren que cerca del 9 por ciento de la población nunca se casará; por supuesto, esto incluye a los célibes involuntarios y a las personas que no son heterosexuales. Otros hombres y mujeres están en búsqueda de un cónyuge, con una desesperación que aumenta a medida que pasan los años.

En un extremo está el *ambiente de la soltería*. Se le ha institucionalizado en formas tales como los complejos de condominios y en los bares para solteros. Los gimnasios, centros de acondicionamiento físico, grupos de iglesias y fiestas proporcionan oportunidades para conocer a otras personas. Una encuesta de una muestra transversal de los residentes de Cook County, Illinois, encontró que 24 por ciento de los varones y 20 por ciento de las mujeres habían conocido a su pareja sexual más reciente en la escuela, 19 por ciento de los hombres y 23 por ciento de las mujeres la habían conocido en el trabajo y 13 por ciento de los hombres y 18 por ciento de las mujeres la habían conocido en bares o clubes (Laumann *et al.*, 2004). Por supuesto, el grupo de los solteros está formado por personas divorciadas y viudas al igual que por individuos que nunca se han casado. El bar para solteros es un símbolo visible del

ambiente de la soltería. Todos están allí con un propósito similar: conocer a su media naranja. Sin embargo, la mayoría se conformarán con una cita y está bastante bien aclarado que el coito será parte de esa cita. El bar para solteros es una especie de exhibición ganadera; las personas que van allí intentan dar su mejor aspecto y se les juzga y elige con base en su apariencia física (y quizá se les rechaza por el exceso en porcentaje de grasa).

No obstante, muchos solteros no van a los bares. Algunos sienten desagrado por la idea; algunos sienten que no pueden competir, que son demasiado viejos o que no tienen el atractivo suficiente, y algunos viven en áreas rurales donde no tienen acceso a tales lugares. Una manera alternativa de conocer gente es a través de los anuncios para solteros que aparecen en la mayoría de los periódicos. Como dijo una mujer,

La mayoría de los hombres con los que he salido, los he conocido... a través de los anuncios personales. La razón por la que prefiero a los chicos que conozco a través de los anuncios es porque llegó a conocerlos antes de reunirme con ellos. Tengo oportunidad de realmente llegar a conocerlos antes de verlos. (Louis, 1997, p. 10)

Los anuncios para solteros también se pueden encontrar en Internet. Existen cientos de sitios,

Figura 12.1 La escuela es el lugar dónde conocer a la media naranja.



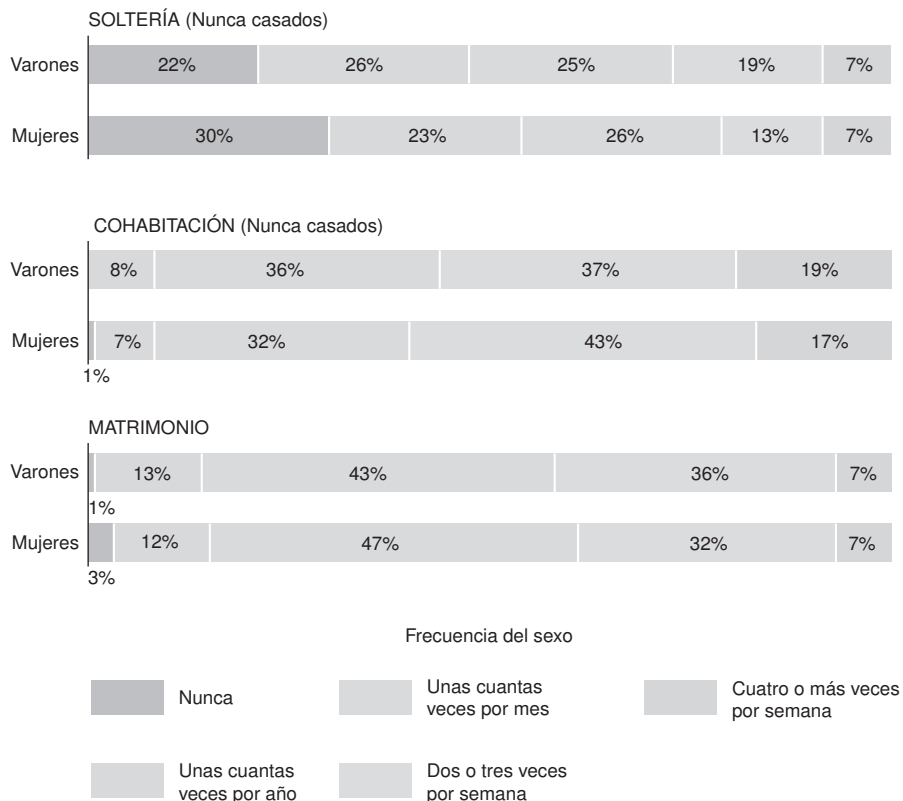
por ejemplo, American Singles y match.com, donde uno puede colocar anuncios o crear una página personal. Se alienta a los individuos que desean colocar anuncios a que indiquen el tipo de pareja que buscan, al igual que su edad, origen étnico, estatura y área de residencia. Aquellos que buscan pareja pueden examinar los anuncios y páginas que tienen estas características. Los contactos hechos en línea pueden conducir a relaciones fuera de ella o a una relación continua en la red. La relación puede evolucionar hasta incluir *sexo cibernético*, donde los participantes tienen plática sexual en línea con propósitos de obtener placer sexual (Daneback *et al.*, 2004). Esto puede incluir o no la masturbación.

La visibilidad de los anuncios para solteros, bares para solteros, cruceros y otras actividades dirigidas a los adultos solteros sugieren un estilo de vida amante de la diversión con actividad sexual frecuente. Sin duda, algunos solteros viven esa vida. Como indica la figura 12.2, 26 por ciento de los hombres solteros y 22 por ciento de las mujeres solteras, entrevistados para la NHSL, informaron haber tenido coito dos o más veces por semana. Pero la realidad es diferente para otros solteros; 22 por ciento de los varones y 30 por ciento de

las mujeres que fueron entrevistados no tuvieron sexo en el año anterior a la entrevista.

Como señalamos en el capítulo 1, los hombres y mujeres negros están en mayor probabilidad de permanecer solteros que sus homólogos blancos (U.S. Bureau of the Census, 2000b). En 1999, 57 por ciento de los hogares afroestadounidenses estaban encabezados por una mujer soltera, en comparación con 21 por ciento de los hogares blancos (y 30 por ciento de los hispanos). En parte, esta disposición familiar refleja una opción y también refleja el hecho de que existen más mujeres negras adultas que hombres negros adultos (Kiecolt *et al.*, 1995). Pero también son un reflejo de las circunstancias estructurales de los negros en la sociedad estadounidense. Para muchos hombres negros es difícil encontrar un trabajo que proporcione los salarios y beneficios necesarios para sustentar una familia (Anderson, 1989). En consecuencia, algunas mujeres negras no pueden encontrar a un hombre negro adecuado (Chapman, 1997). Cuando sí lo logran, están en mayor probabilidad que las mujeres blancas o hispanas de informar que son ellas quienes deciden si ocurrirá el sexo y son ellas quienes controlan las conductas que realiza la pareja (Quadagno *et al.*, 1998).

Figura 12.2 La frecuencia de la actividad sexual se relaciona estrechamente con el estado civil. Nótese que también existe una variabilidad sustancial en la frecuencia dentro de cada estado civil (Laumann *et al.*, 1994).



Cohabitación

En la adultez temprana, es común que las parejas experimenten con diversos niveles de compromiso, como una relación exclusiva o vivir juntos. Incluso cuando viven juntos, existen diferentes niveles de compromiso, desde “vivir juntos pero separados”, pasando por “algunos días y noches”, hasta “todo el tiempo”. Vivir juntos es un momento importante de transformación no sólo porque representa un compromiso, sino porque es una declaración pública de una relación sexual. Es raro que un hombre y una mujer vivan juntos simplemente para ahorrar una renta. La cohabitación es una oportunidad para probar el matrimonio, al menos en cierto grado.

Entre los heterosexuales, la cohabitación se ha vuelto una alternativa cada vez más común para el matrimonio. En 2000, las personas que vivían juntas formaban el 9 por ciento de todas las parejas en Estados Unidos (U.S. Bureau of the Census, 2003). Veinticinco por ciento de las personas entre 19 y 24 años de edad y 42 por ciento de las personas de 25 a 29 años de edad han cohabitado cuando menos una vez. Estos arreglos tienden a ser de corta duración; un tercio dura menos de un año y sólo uno de cada diez dura cinco años (Bumpass *et al.*, 1991). Casi tres cuartas partes de los hombres y mujeres que cohabitan tienen planes de matrimonio o piensan que se casarán con sus parejas. De hecho, 60 por ciento de estas parejas sí se casan. Por el contrario de lo que muchas personas piensan, estos matrimonios tienen una mayor probabilidad de terminar en divorcio que aquellos que no han estado precedidos por la cohabitación (Smith, 2003). El hecho de que una pareja cohabite primero sugiere menos compromiso con la relación en comparación con las parejas que se casan sin haber cohabitado.

La imagen popular de la cohabitación es aquella que implica a parejas jóvenes, que nunca se han casado y que no tienen hijos. Cerca de un tercio de las parejas que cohabitan encajan con esta imagen, pero 40 por ciento tienen niños. En un tercio de estas familias, los dos adultos son los padres biológicos de los niños. En los otros dos tercios, los niños nacieron de una unión previa de uno de los adultos (Bumpass *et al.*, 1991). Algunas personas que antes estuvieron casadas eligen vivir con alguien en lugar de volverse a casar.

Con respecto a la conducta sexual, un análisis de los datos de una muestra representativa de más de 7 000 adultos encontró que las personas casadas informaban tener coito de 8 a 11 veces por mes, mientras que las personas que cohabitan informaron una frecuencia de 11 a 13 veces por mes (Call *et al.*, 1995). La NHSLS encontró que los hombres y mujeres que cohabitan informaron sexo más frecuente que los hombres y mujeres casados (véase figura 12.2). Sin embargo, nótese la amplia variación; algunas personas que viven juntas informan tener relaciones sexuales sólo unas cuantas veces por año. Es interesante que, en promedio, las parejas que cohabi-

tan tengan relaciones sexuales con mayor frecuencia que las parejas casadas. Quienes cohabitan están preocupados de la estabilidad de la relación (Bumpass *et al.*, 1991); es posible que tengan sexo con más frecuencia con la esperanza de que esto fortalecerá la relación (Blumstein y Schwartz, 1983).

Relaciones maritales

El matrimonio representa una transformación sexual (Sarrel y Sarrel, 1984) debido a varias razones. La decisión de casarse es una decisión real en nuestros días, en contraste con décadas anteriores cuando todos suponían que se casarían y la única duda era acerca de con quién. Actualmente, muchas parejas tienen una relación sexual plena, a veces durante años, antes de casarse. Algunas presiones psicológicas parecen intensificarse con el matrimonio y estas presiones pueden resultar en problemas que no se tenían antes. El matrimonio es una afirmación tangible de que uno ha dejado la familia de origen (la familia en la que se creció) y cambia a la familia de procreación (en la que uno se volverá el progenitor que cría a los hijos); para alguno, separarse de los padres es difícil. La presión en cuanto a tener un desempeño sexual puede volverse más intensa una vez que la pareja se casa; cuando sólo vivían juntos, los miembros de la pareja siempre podían decirse a sí mismos que si las cosas no funcionaban bien en la cama, simplemente podían cambiar a otra pareja. Y, por último, el matrimonio aún lleva consigo una suposición de fidelidad o lealtad, una promesa que para algunos resulta difícil de cumplir.

En el matrimonio, existe una necesidad de resolver asuntos relacionados con los roles de género. ¿Quién hace qué? Algunas de las decisiones son tan simples como quién cocina la cena. Pero el tema de quién inicia el sexo es bastante más sensible y quién dice que no al sexo es algo incluso más difícil.

Ésta es una época de parejas con dos carreras o, cuando menos, de parejas con dos ingresos. En esta área existen asuntos relacionados con encontrar el tiempo para el sexo y para simplemente estar juntos.

A medida que el matrimonio progresa, no puede permanecer por siempre en ese estado de belleza turbadora que tenía el día de la boda. La naturaleza del amor cambia (véase el capítulo 13) y en algunas parejas se presenta un desencanto gradual con el sexo. Las parejas necesitan tomar medidas para evitar el aburrimiento en el dormitorio. En muchos matrimonios ocurren trastornos sexuales (véase capítulo 19) y las parejas necesitan encontrar maneras de resolverlos.

Frecuencia del coito marital

Cerca del 92 por ciento de todas las personas casadas de 54 años o menores están o han estado casadas (U.S. Bureau of the Census, 2000b). De aquellos que se divor-

cian, un alto porcentaje —80 por ciento— se vuelve a casar (Norton, 1987). En nuestra sociedad, el matrimonio también es el contexto en el que la expresión sexual tiene la mayor legitimidad. Por ende, el sexo en el matrimonio es una de las formas más comunes de expresión sexual para los adultos.

El matrimonio estadounidense promedio tiene coito dos a tres veces por semana cuando se encuentran en su segunda década de vida, con una disminución gradual en la frecuencia a medida que envejecen. Los datos al respecto provenientes de tres estudios se muestran en el cuadro 12.1. Se pueden señalar varias cosas en este cuadro. Primero, la frecuencia del sexo marital continuó siendo aproximadamente la misma desde el decenio de 1940 hasta el decenio del 2000. En cada encuesta, las personas entre 20 y 29 años informaron tener relaciones sexuales aproximadamente cada tres días. Segundo, la frecuencia del coito declina con la edad; sin embargo, en 2003, en las parejas entre 50 y 59 años la frecuencia seguía siendo de una vez por semana. Las características como la raza, nivel social y religión no se relacionan en general con la frecuencia sexual marital (Christopher y Sprecher, 2000).

Se han sugerido dos explicaciones generales para la declinación en frecuencia relacionada con la edad: el envejecimiento biológico y la habituación al sexo con la pareja (Call *et al.*, 1995). Con respecto al envejecimiento, puede haber factores físicos asociados con la edad que afectan la frecuencia sexual, como una disminución en lubricación vaginal en las mujeres o un aumento en la probabilidad de problemas de salud. La explicación sobre la habituación afirma que perdemos interés en el sexo a medida que la pareja se vuelve cada vez más familiar. Los datos recientes indican una aguda disminución en la frecuencia después del primer año y una disminución lenta y constante en años posteriores. La disminución después del primer año puede reflejar habituación (Call *et al.*, 1995). A menudo se supone que esta declinación en frecuencia refleja una pérdida de interés en el sexo, que implica una disminución en calidad. Sin embargo, existe una posibilidad alternativa: que aprender los deseos, preferencias y hábitos sexua-

les de la pareja da por resultado un aumento en la calidad sexual del matrimonio, aunque no en la frecuencia (Liu, 2003). Pero el análisis de los datos sobre satisfacción con la relación sexual marital de la NHSLS encontró una disminución significativa relacionada con la longitud del matrimonio, controlando la edad, consistente con la hipótesis de habituación. Un tercer factor es la llegada de los hijos, que se analiza posteriormente.

Es importante señalar que existe una amplia variabilidad en estas frecuencias. Por ejemplo, 2 por ciento de las parejas de 20 a 29 años informan no tener coito en absoluto; 6 por ciento de todas las parejas casadas no habían tenido relaciones sexuales en los 12 meses previos a la entrevista (Smith, 2003). La investigación con una muestra de 6 029 parejas casadas encontró que la inactividad sexual se asociaba con infelicidad acerca del matrimonio, falta de actividades compartidas, presencia de hijos, aumento en la edad y problemas de salud (Donnelly, 1993). En contraste, una pareja casada de Seattle afirmaba poseer el récord mundial, ¡al informar que habían tenido coito más de 900 veces en 700 días! Los datos de la NHSLS también confirman esta amplia variabilidad, como se muestra en la figura 12.2.

Técnicas en el sexo marital

La NHSLS (Laumann *et al.*, 1994) incluyó varias preguntas sobre aspectos específicos de las interacciones sexuales. Por ejemplo, se pidió a los respondientes que estimaran la duración de su última interacción sexual. Probablemente el número de minutos que informa la persona no sea preciso; Laumann y colaboradores se enfocaron en si la duración informada es de 15 minutos o menos o de una hora o más. Dieciséis por ciento de las parejas casadas informaron una duración de 15 minutos o menos; aproximadamente 9 por ciento informó que había durado una hora o más. Incidentalmente, un tercio de los respondientes que nunca habían estado casados dijeron que había durado una hora o más.

El aumento en la popularidad de las técnicas buco-genitales es uno de los cambios más notables en el sexo marital que han ocurrido en los últimos 50 años.

Cuadro 12.1 Coito marital: frecuencia por semana (estimados masculinos y femeninos combinados), 1938-1949, 1970 y 2003

| 1938-1949 (Kinsey) | | 1970 (Westoff) | | 2003 (Smith) | |
|--------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Edad | Mediana de la frecuencia por semana | Edad | Mediana de la frecuencia por semana | Edad | Mediana de la frecuencia por semana |
| 16-25 | 2.45 | 20-24 | 2.5 | 18-29 | 2.1 |
| 26-35 | 1.95 | 25-34 | 2.1 | 30-39 | 1.7 |
| 36-45 | 1.40 | 35-44 | 1.6 | 40-49 | 1.4 |
| 46-55 | 0.85 | | | 50-59 | 1.0 |
| 56-60 | 0.55 | | | 60-69 | 0.6 |
| | | | | 70+ | 0.3 |

Figura 12.3 Momentos de transición sexual. a) El matrimonio y el compromiso que representan son una transición mayor. b) El nacimiento de un bebé es un momento de cambio que puede tener un impacto negativo sobre los aspectos sexuales de la relación, pero las parejas que están conscientes de esta posibilidad pueden esforzarse para superar estos problemas y mantener vivo el romance.



a)



b)

Según los datos de Kinsey, 54 por ciento de las mujeres casadas informaron haber recibido cunilingus y 49 por ciento de ellas informaron haber realizado feliación (Kinsey *et al.*, 1948). En los datos de la NHSLs, 74 por ciento informaron que su pareja había estimulado oralmente sus genitales y 70 por ciento dijeron haber estimulado oralmente a sus parejas. Las mujeres que asistían a la universidad estaban en una probabilidad dos veces mayor de informar el uso de ambas técnicas que las mujeres que no habían concluido la educación media superior.

El porcentaje de mujeres menores a 50 años que han dado o recibido sexo oral en su vida es mucho más amplio que el de mujeres mayores de 50 años. Y aquellas en el grupo de mayor edad tenían una probabilidad dos veces menor de haber dado o recibido sexo oral la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Ésta es una evidencia que sugiere que el sexo oral se puso de moda en el decenio de 1960. (Michael *et al.*, 1994).

Kinsey no informó datos sobre coito anal. Según los datos de la NHSLs, 27 por ciento de los hombres casados y 21 por ciento de las mujeres casadas informaron haber participado en esta actividad (Laumann *et al.*, 1994).

Negociación del sexo

Antes de que se ejecute cualquiera de estas técnicas, típicamente existe una “danza de apareamiento” entre hombre y mujer. Los guiones sexuales se representan en los matrimonios al igual que en otros aspectos del sexo (J. H. Gagnon, 1977, pp. 208-209). Algunos guiones implican afirmaciones verbales directas. Una persona puede decir, “Me encantaría ir a la cama contigo ahora”. La pareja podría responder “¿Qué estás esperando?” o “No ahora. La cena está casi lista”. Algunos guiones son conductuales. Una mujer dice, “Nos vamos a dormir y él voltea hacia mí y me golpetea en el trasero con su pene y así me doy cuenta de que ésta es la noche” (Maurer, 1994, p. 80). Para otras parejas, la decisión de tener coito implica negociaciones preliminares que se frasean en lenguaje indirecto o con eufemismos, en parte para proteger los sentimientos de la persona si su pareja no está interesada. Por ejemplo, el marido puede decir, “Creo que tomaré una ducha” o “Creo que voy a tomar una siesta” (eso significa “Yo quiero, ¿y tú?”). La esposa podría responder con “Yo también voy a tomarla” (eso significa sí) o “Los niños llegarán a casa en cualquier momento” o “me

duele la cabeza” (eso significa no). Por el contrario, ella puede ponerse gran cantidad de su perfume favorito y desfilarse frente a él (así es como *ella* hace su oferta). Él puede responder con “Tuve un día agotador en el trabajo” (su no) o “Te veo arriba” (su sí). Para evitar parte del riesgo de rechazo inherente en tales negociaciones, algunas parejas hacen un ritual del sexo de modo que ambos comprendan cuándo ocurrirá y cuándo no (los jueves en la noche puede ser el momento adecuado o quizá el domingo por la tarde).

Una encuesta de parejas casadas encontró que para 33 por ciento de ellas, el marido y la esposa están en una probabilidad aproximadamente igual de iniciar el sexo; en el 51 por ciento de las parejas, es más probable que el marido sea el iniciador y sólo en 16 por ciento de ellas, es la esposa la que generalmente es la iniciadora (Blumstein y Schwartz, 1983). De este modo, existe cierta evidencia de liberación (las parejas donde ambos son los iniciadores), pero persisten los roles tradicionales, ya que en la mayoría de las parejas son los varones los que tienen el rol iniciador. Las mujeres parecen tener un cuidado especial de no iniciar el sexo cuando creen que su cónyuge se siente psicológicamente vulnerable. La estereotipia tradicional de género acerca de los patrones de iniciación también puede relacionarse con la manera en que las personas reaccionan ante una negativa. Si el hombre inicia y la mujer se niega, él puede atribuirlo simplemente a que ella tiene menor apetito sexual, según los estereotipos tradicionales. Si la mujer inicia y el hombre se niega, ella no tiene ningún estereotipo que la rescate y es probable que concluya que él no tiene interés en *ella* (Blumstein y Schwartz, 1983). El énfasis reciente en el derecho de la mujer a la satisfacción sexual ha reducido esta diferencia y ha hecho que la negativa de la mujer amenace la autoestima del varón (Duncombe y Marsden, 1994). Es posible que tanto los hombres como las mujeres en las relaciones equitativas tengan que esforzarse por mantener (la apariencia de) una relación sexualmente satisfactoria.

Masturbación en el matrimonio

Muchas personas se masturban; la NHSLs encontró que 63 por ciento de los hombres y 42 por ciento de las mujeres informaron haberse masturbado en el último año. Diecisiete por ciento de los hombres casados y 5 por ciento de las mujeres casadas se masturban cuando menos una vez por semana (Laumann *et al.*, 1994).

Muchos adultos continúan masturbándose aunque estén casados y tengan fácil acceso a las relaciones heterosexuales. Este comportamiento es perfectamente normal, aunque con frecuencia evoca sentimientos de culpa y es posible que se haga en secreto. Según la NHSLs, las personas casadas estaban en mayor probabilidad de informar que se masturban que las personas solteras (Michael *et al.*, 1994). La masturbación puede satisfacer necesidades sexuales muy legítimas dentro del matrimonio. Puede proporcionar gratificación

mientras permite que la pareja permanezca fiel a su cónyuge cuando marido y esposa están separados o no pueden tener relaciones sexuales por algunas razones como una enfermedad.¹

La masturbación también puede ser un auxiliar muy agradable para el sexo marital. Según un hombre de 49 años:

Una de las otras cosas que hacemos mucho es masturbarnos. Lo hemos llevado a su máxima expresión. Rentamos un video porno, tomamos un baño y nos frotamos uno a otro con aceite para bebé. Mi esposa y yo no sólo nos masturbamos el uno al otro al mismo tiempo, sino que también nos proporciona placer vernos mientras nos masturbamos individualmente. Es una cosa muy excitante. (Janus y Janus, 1993, p. 383)

Satisfacción con el sexo marital

La satisfacción con el sexo tiene dos componentes: la satisfacción con la actividad sexual y la satisfacción emocional. En la NHSLs, 51 por ciento de los hombres casados y 40 por ciento de las mujeres casadas dijeron que se sentían “extremadamente” o “muy” satisfechos físicamente con su relación sexual. De manera similar, 48 por ciento de los maridos y 42 por ciento de las esposas dijeron que se sentían “sumamente satisfechos” a un nivel emocional (Laumann *et al.*, 1994). Los análisis de datos indican que los hombres y mujeres casados se sienten significativamente más satisfechos que los hombres y mujeres que cohabitan o que son solteros y que están en una relación constante (Waite y Joyner, 1999). Los resultados indican que esta mayor satisfacción se debe a un compromiso emocional más fuerte y a la exclusividad sexual, asociadas con el matrimonio.

Otro estudio encontró que la satisfacción con la calidad de la propia vida sexual variaba considerablemente en función de la frecuencia del coito (Blumstein y Schwartz, 1983). Por ejemplo, entre las esposas que tenían coito tres veces por semana o más, 89 por ciento están satisfechas con su vida sexual, en comparación con 32 por ciento de aquellas que tienen relaciones sexuales una vez por mes o menos. Por supuesto, es importante recordar que éstos son datos correlativos y que no se ha aclarado si la satisfacción es el efecto o la causa de la frecuencia del sexo marital.

Las entrevistas detalladas con 52 personas entre 12 y 69 años, heterosexuales, gay, lesbianas y bisexuales, proporcionan una imagen diferente pero relacionada (Maurer, 1994). El reflexionar acerca de qué diferencia a aquellos que se sienten felices con su vida sexual, este investigador identificó cuatro factores. Primero, existe una sensación de calma y aceptación acerca de la propia sexualidad. Segundo, las personas felices son generosas; se deleitan en dar placer sexual a su pareja.

¹ Un viejo dicho de la Marina dice, “si tu esposa no puede ser tu mano derecha, que tu mano derecha sea tu esposa”.

Tercero, estas personas *escuchan* a sus parejas y están conscientes de los temperamentos, estados de ánimo, gustos y desagradados de la pareja. Cuarto, *hablan*, tanto dentro como fuera de la cama, aunque esto es con frecuencia difícil. Estas entrevistas nos recuerdan que la buena comunicación es esencial para una relación satisfactoria (véase capítulo 10).

Patrones sexuales en el matrimonio

Los patrones sexuales pueden cambiar durante el curso de un matrimonio. Después de 10 años de casados, la pareja puede ser muy diferente de lo que era durante su primer año. Un estereotipo es que el sexo se vuelve más tedioso a medida que avanza el matrimonio y con toda seguridad existen parejas en las que así sucede. En una encuesta de una muestra nacional de adultos, 23 por ciento de los hombres y mujeres activos sexualmente informaron que, con frecuencia o siempre, su relación sexual era “rutinaria”. Treinta y ocho por ciento dijeron que nunca o casi nunca era rutinaria (Kaiser Family Foundation, 1998). Como señalamos en el capítulo 10, una relación sexual aburrida puede avivarse diciéndose uno al otro lo que realmente desean hacer y, entonces, haciéndolo o consultando un manual de “hágalo usted mismo” como *The New Joy of Sex*. Uno de tales libros cambió la relación sexual de una mujer casada de 23 años:

Decir que nuestra vida sexual estaba de capa caída es poca cosa. A veces pasaba todo un mes y a mí me venía otra vez la regla y me daba cuenta de que durante todo el mes no habíamos hecho el amor una vez, ni siquiera *una vez*, en tanto que cuando empezamos a salir juntos solíamos hacer el amor seis o siete veces por semana. [Leí] *Secretos sexuales de la otra mujer*, sobre cómo “la otra” se toma el trabajo de arreglarse el cabello y verse muy bien. Fui al centro y me pusieron luces y me cortaron el pelo. Me compré lencería realmente sexy. Cuando esa noche regresó David del trabajo, le tenía listo un martini como siempre. Pero no estaba vestida con mis *jeans* y suéter usual. Tenía puesto mi

nuevo negligé y cuando se sentó, lo abrí ante él y di una vuelta. Yo tenía miedo, pero él sonrió, movió la cabeza y dijo “Mira, ¡qué bonito!” (Masterton, 1993, pp. 86-88)

También existen relaciones en las que el sexo sigue siendo muy excitante. Un ingeniero de 36 años dijo:

[Aunque la carrera de mi esposa] es sumamente importante para ella, se las arregla para tener un aspecto atractivo y se viste elegantemente y aunque no es lo que muchos considerarían como una mujer bella, para mí es una mujer atractiva. En la cama es la mujer más sensual y excitante que haya conocido. Hemos estado casados durante siete años... Cuando vamos a la cama y ella se deja ir, nos ponemos salvajes. (Janus y Janus, 1993, p. 191)

Tener un hijo —lo que los investigadores llaman la transición a la parentalidad— tiene un impacto sobre el matrimonio y sobre la relación sexual de la pareja. Según una mujer de 44 años, madre de tres niños, “Hay un periodo de pasión en que no es posible hartarse uno del otro y después de unos cuantos años va menguando, pero después de los hijos realmente languidece” (Maurer, 1994, p. 403). Tratar de embarazarse y la amenaza de la infertilidad, que han sido tan difundidas, pueden representar fuerzas importantes sobre la propia identidad como ser sexual. El embarazo mismo puede influir en las interacciones sexuales de una pareja, en particular en los últimos meses (véase capítulo 7).

Durante las primeras semanas después de nacer el niño, es típico que el coito resulte incómodo para la mujer. Al tiempo que los niveles de estrógeno bajan —lo cual dura más cuando se está amamantando— la vagina no se lubrica bien. Asimismo, la madre y a veces el padre, están exhaustos por tener que alimentar al bebé a las 2 de la mañana. Los primeros meses después del nacimiento generalmente no son los momentos máximos en la relación sexual y eso, también, debe negociarse entre la pareja.

No todas las parejas tienen hijos. Con base en los datos obtenidos en junio del 2002, el Census Bureau informa que un número récord de mujeres entre 15 y 44

Cuadro 12.2 Frecuencia de las actividades para mejorar las interacciones sexuales que informan los adultos*

| | Muy Frecuente | Frecuente | A veces | Casi nunca | Nunca | NS |
|--|------------------|-----------|---------|---------------|-------|----|
| Hacer cosas románticas como comer a la luz de las velas | 8 | 18 | 35 | 30 | 6 | 3 |
| Actuar sus fantasías juntoa | 4 | 10 | 28 | 39 | 12 | 7 |
| Usar ropa interior sexy (mujeres [†]) | 9 | 10 | 28 | 35 | 12 | 6 |
| Intentar diferentes posiciones sexuales | 11 | 19 | 35 | 23 | 4 | 8 |
| Leer libros o ver videos acerca de cómo mejorar la vida sexual | 2 | 3 | 14 | 52 | 26 | 3 |
| Salir o citarse en noches especiales o salir solos de fin de semana | 11 | 22 | 37 | 22 | 5 | 3 |

Fuente: Kaiser Family Foundation (1998).

*Número de respondientes = 1 109.

[†]Número de mujeres respondientes = 564.

años de edad no tienen hijos (Downs, 2003). En el año 2002 había 26.7 millones de mujeres sin hijos, en comparación con 24.3 millones en 1990. Algunas de estas mujeres están demorando el embarazo y la crianza de los hijos hasta completar su educación y establecer sus carreras. Esta estrategia tiene cierto riesgo ya que la fertilidad disminuye con la edad, de modo que es posible que algunas de estas mujeres puedan ser incapaces de tener un niño cuando ellas lo deseen. Otras mujeres de este grupo han tomado la decisión de permanecer sin hijos. Un tercer grupo de mujeres lo forman aquellas que eligen adoptar; es probable que la adopción de un bebé tenga efectos similares sobre la relación y las actividades sexuales que los que ocurren en quienes tienen un hijo. La falta de hijos varía según la raza; entre las mujeres de 15 a 44 años de edad, 51% de las mujeres asiaticoestadounidenses, 46% de las blancas, 39% de las negras y 36% de las hispanas no tienen hijos.

Algunas personas experimentarán cambios fundamentales en su experiencia sexual cuando menos una vez en el curso del matrimonio. El cambio puede ser resultado de desarrollar una capacidad para dar al igual que para recibir placer sexual. Un hombre logra superar su ansiedad de desempeño y ampliar su enfoque para incluir a su pareja. Una mujer puede aprender que es posible cuidar de sus propias necesidades sexuales al igual que de las de su pareja. El envejecimiento puede producir cambios en la experiencia sexual, un tema que consideraremos después en este capítulo. Hay cambios debidos a la enfermedad, como

el cáncer mamario o el cáncer testicular, que pueden conducir a un desastre o a un triunfo dependiendo de cómo los afronte la pareja.

El sexo y la familia con dos carreras

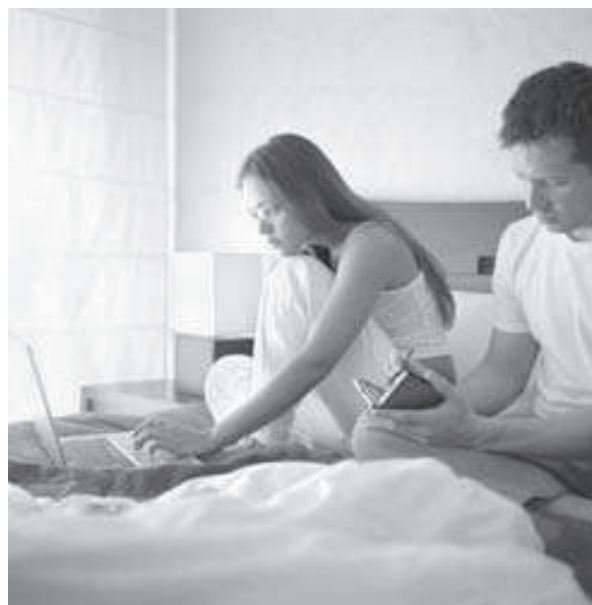
En la sociedad estadounidense orientada hacia los logros, ¿es posible que los compromisos laborales —en particular con el aumento en la incidencia de esposas que tienen empleos— puedan interferir con la vida sexual de una pareja? Una pareja en la que ambos miembros son profesionistas, nos comentó que, de hecho, han tenido que hacer una cita para hacer el amor.

La investigación muestra que existen pocas causas para preocuparse. Un estudio longitudinal dio seguimiento a 570 mujeres y 550 de sus esposos durante un año después del nacimiento de un bebé (Hyde *et al.*, 1998). Se catalogó a las mujeres de acuerdo con el número de horas de trabajo por semana: amas de casa, empleadas de medio tiempo (6 a 31 horas/semana), tiempo completo (32 a 44 horas) y tiempo completo ampliado (45 o más horas). En realidad no hubo diferencias significativas entre los cuatro grupos en cuanto a frecuencia del coito, satisfacción sexual o deseo sexual. No era el número de horas de trabajo, sino más bien la calidad del trabajo, lo que se asociaba con los resultados sexuales. Las mujeres y hombres que tenían empleos satisfactorios informaron que el sexo era mejor, en comparación con las personas que expresaban insatisfacción laboral. Para las mujeres, la fatiga se

Figura 12.4 El sexo y la familia con dos carreras. a) la investigación indica que la relación marital/sexual no sufre si la mujer trabaja fuera del hogar. b) Sin embargo, en quienes trabajan 60 o más horas por semana, algunos expertos están preocupados que estos trabajajólicos literalmente llevan su trabajo a la cama.



a)



b)

asociaba con una disminución en la satisfacción sexual, pero eso ocurría tanto entre las amas de casa como entre las mujeres que tenían un empleo y las amas de casa informaron el mismo nivel de fatiga que aquellas con un empleo.

No obstante, es posible que ocurran problemas en los extremos. Las parejas con dos profesiones en las que ambos miembros están comprometidos a trabajar de 60 a 80 horas por semana, no hay mucho tiempo para el sexo. El asunto con tales parejas no es tanto que tengan una carrera como que sean trabajajólicos (Sarrel y Sarrel, 1984). Una adicción al trabajo puede significar la muerte del sexo de la misma manera que puede hacerlo la adicción a una droga.



¿Qué se requiere para conservar una relación durante décadas? Vea el video "Staying in love" (Continuar enamorados) en el capítulo 12 de su CD para obtener algunas ideas.

Conservar a la pareja

La mayoría de las parejas que establecen una relación a largo plazo tienen el propósito de permanecer juntas. Sin embargo, todos sabemos que no todas las parejas tienen éxito. ¿Qué hace que los hombres y mujeres sean susceptibles a la infidelidad? Un estudio acerca de 107 parejas casadas menos de un año preguntó a cada uno de los miembros qué tan probable sería que fuesen infieles durante el siguiente año (Buss y Shackelford, 1997b). A cada uno se le preguntó la probabilidad

de que coquetearan, besaran apasionadamente, tuvieran una cita romántica, una aventura de una noche, una aventura breve o una aventura seria con alguien más del sexo opuesto. Treinta y siete por ciento de los varones y 38 por ciento de las mujeres pronosticaron que coquetearían, mientras que 5 por ciento de los hombres y 7 por ciento de las mujeres dijeron que besarían. Dos por ciento (de hombres y de mujeres) pronosticaron una aventura de una noche y menos de 1 por ciento (tanto de hombres como de mujeres) pensaron que tendrían una aventura seria. Además, los investigadores midieron una variedad de características de personalidad, del valor del compañero o compañera y de la relación. Entre las variables de personalidad, los individuos con puntuaciones elevadas en narcisismo e impulsividad proporcionaron una probabilidad más elevada de infidelidad. Las características de la relación que se asociaron con una mayor probabilidad de infidelidad incluyeron informes sobre conflicto, en especial que la pareja sexualizara a otras personas, se negara a tener relaciones sexuales como estrategia y abusara del alcohol. Por último, tanto entre hombres como entre mujeres, la insatisfacción con el matrimonio y con el sexo marital se asoció con la susceptibilidad a la infidelidad.

El papel de la insatisfacción con la relación es obvio en esta explicación para una aventura seria. "Definitivamente no estoy buscando tener más sexo. La aventura que estoy teniendo es por razones emocionales. Freddie [su marido] está muy centrado en sí mismo. No me da apoyo emocional. Es distante y no tenemos nada en común" (Maurer, 1994, p. 391).

¿Cómo sabría usted que su pareja está siendo infiel en sentido emocional o sexual? Los investigadores hicieron esas dos preguntas a 204 estudiantes de pregrado; 82 por ciento blancos, 43 por ciento varones y 80 por ciento que informaron una relación de compromiso en el pasado o actualmente (Shackelford y Buss, 1997). Los participantes identificaron 170 conductas que consideraban como indicios de infidelidad. En un estudio subsecuente, a la mitad de una muestra similar se le preguntó qué tan probable era que, si el comportamiento ocurría, la pareja fuese emocional/sexualmente infiel. A la otra mitad se le preguntó qué probabilidad habría de que, si la pareja estuviese siendo infiel, ocurriera la conducta. Los indicios que se consideraban asociados con la infidelidad sexual incluyeron señales físicas (la pareja contrae una ETS), cambios en el comportamiento sexual "normal" de la pareja, aumento o disminución en interés sexual y revelación de la pareja acerca de la infidelidad. La infidelidad emocional se hacía evidente a través de expresiones de insatisfacción con la relación, desapego emocional de la pareja, falta de consideración, enojo y críticas hacia la pareja, y actuar de manera culpable.

Nuestra conciencia acerca de la posibilidad de una infidelidad nos conduce a realizar conductas diseñadas para preservar la relación, o *tácticas de retención del compañero* (Buss y Shackelford, 1997a). Es posible que tales tácticas surjan por nuestros temores de que la pareja esté perdiendo interés, esté insatisfecho o insatisfecha o porque observamos indicios de infidelidad. A los miembros de la muestra de 107 parejas casadas que se describió antes se les proporcionó una lista de 104 conductas de retención de compañero y se les preguntó con cuánta frecuencia habían realizado cada una de ellas en el último año. Hubo notables diferencias de género en las acciones informadas. Los hombres informaron un mayor uso de la exhibición de recursos (darle dinero a la mujer) y más frecuente sumisión a la pareja. Las mujeres informaron un uso más frecuente de métodos para mejorar su apariencia o atractivo y uso de afirmaciones verbales posesivas. La teoría evolutiva pronostica que haremos mayor esfuerzo para conservar a parejas que tienen un valor reproductivo más alto. De hecho, los hombres casados con mujeres jóvenes y físicamente atractivas informaron mayor uso de estas tácticas, mientras que las mujeres casadas con hombres que tenían mayores ingresos y que realizaban la exhibición de recursos y el establecimiento de redes sociales informaron mayor uso de las tácticas.

Sexo extramarital

El **sexo extramarital**, o adulterio, se refiere a la actividad sexual entre una persona casada y otra persona que no es su cónyuge. El sexo extramarital puede ocurrir debido a varias circunstancias diferentes (Pittman, 1993). En ocasiones es *accidental*, sin intención, y no es característico de la persona; “simplemente sucedió”. Es posible que una o ambas personas estén intoxicadas con alcohol o que hayan tenido un mal día o que se sientan solas. Más grave es la *infidelidad romántica*, cuando las dos personas se enamoran y consideran establecer o de hecho establecen una relación a largo plazo; esta situación puede ser muy destructiva para los cónyuges, hijos y carreras. Antes señalamos en este capítulo que la insatisfacción con la relación tiene una probabilidad especial de conducir a la infidelidad romántica. El tercer tipo es el *matrimonio abierto*, en el que los miembros están de acuerdo de antemano en que puede haber sexo con otras personas. (En contraste, las infidelidades accidentales y románticas comienzan sin conocimiento del cónyuge y pueden permanecer secretas.) Por último, están los *tenorios*—gay, lesbianas o bugas— que tienen repetidas aventuras sexuales fuera de su relación de compromiso. Estos hombres y mujeres no están motivados por el deseo de gratificación sexual; están en búsqueda de una autoafirmación (Pittman, 1993).

¿Cuántas personas tienen sexo fuera del matrimonio?

La actividad sexual extramarital no es tan común como creen muchas personas. Según la NHLS, cerca del 25 por ciento de los hombres casados y 15 por ciento de las mujeres casadas que fueron encuestados informaron haber tenido una relación sexual extramarital cuando menos una vez (Laumann *et al.*, 1994).

La incidencia del sexo extramarital varía de un grupo a otro. Según los datos de la General Social Survey (Encuesta social general), varía de acuerdo al origen étnico; 23 por ciento de personas negras informan actividad sexual extramarital en comparación con 16 por ciento de personas blancas (Smith, 2003). Los datos de la NHLS sugieren que los hispanos tienen la misma tasa de sexo extramarital que los blancos (Laumann *et al.*, 1994). Las relaciones sexuales extramaritales son más comunes entre personas de bajos ingresos y entre aquellos que rara vez o nunca asisten a servicios religiosos (Smith, 2003).

Todos estos porcentajes se refieren a personas que tienen sexo con alguien más que no es su cónyuge mientras están casadas. Al momento de la encuesta, algunas de estas personas estaban divorciadas. Otras se volvieron a casar, quizás por segunda o tercera vez. Así, podemos hacer más de una pregunta específica: ¿Cuántas personas tienen sexo extramarital durante su primer

matrimonio? Los datos de la NHLS (1994) indican que del 10 al 23 por ciento de los hombres fueron infieles, en comparación con 6 a 12 por ciento de las mujeres, dependiendo de la edad de la persona.

Para las mujeres, cuando menos, no existe indicación de que el sexo extramarital sea casual o promiscuo. En una encuesta, de las mujeres casadas que habían tenido sexo extramarital, 43 por ciento lo habían hecho sólo con una pareja (Blumstein y Schwartz, 1983).

Actitudes hacia el sexo extramarital

Aunque, como hemos visto, las actitudes hacia el sexo premarital han cambiado sustancialmente durante las últimas décadas, en apariencia las actitudes hacia el sexo extramarital no han cambiado; la mayoría de la gente en Estados Unidos desaprueba el sexo extramarital. En 1998, según la General Social Survey, 78 por ciento de los estadounidenses adultos creían que siempre era incorrecto que una persona casada tuviese relaciones sexuales con alguien más que no fuera el cónyuge (National Opinion Research Center, 2004). Este dato estadístico ha aumentado un tanto desde 1973, cuando era de 69 por ciento (Davis y Smith, 1991). Algunas personas consideran que la infidelidad de uno de los miembros de cualquier tipo de relación comprometida es equivalente a adulterio. Y algunos no limitan el término a los casos de intimidad sexual. Como dijo una joven “el adulterio es absolutamente cualquier cosa”.

Uno de los mejores medios de predicción de la permisividad sexual extramarital es la permisividad sexual premarital (Thompson, 1983). Es decir, la persona que tiene una actitud liberal o que aprueba el sexo premarital también es probable que tenga una actitud liberal o aprobatoria del sexo extramarital. Por otro lado, las actitudes hacia el sexo extramarital no son muy buenos medios de predicción de las conductas sexuales extramaritales (Thompson, 1983). Es decir, la persona que aprueba el sexo extramarital no está en mayor probabilidad de participar en sexo extramarital que la persona que lo desaprueba. Varios factores adicionales se relacionan con las actitudes hacia el sexo fuera de la relación principal, incluyendo el género (los hombres son más tolerantes de ello), la educación (aquellos con mayor educación lo aceptan más) y clase social (las personas de clase media superior son más tolerantes al respecto) (Willets *et al.*, 2004).

Debido a que nuestra sociedad condena el sexo extramarital, el individuo que lo realiza típicamente tiene sentimientos confusos y ambivalentes. Una joven casada describió sus sentimientos:

No me gusta la parte ilícita de la aventura amorosa. En su mayor parte es una molestia, porque es muy difícil encontrar tiempo y no me gusta mentirle a Freddie y andarme escondiendo. Si no le importara, se lo diría. No creo que estaría de acuerdo. Llegaría con una pistola. (Maurer, 1994, p. 393).

Sexo extramarital: actividad sexual de la persona casada con otra persona que no es su cónyuge; adulterio.

Tema central 12.1

¿Los adultos han cambiado su comportamiento sexual en la era del SIDA?

En junio de 2001 reconocimos el vigésimo aniversario de la epidemia del SIDA; en 1981 se diagnosticó el primer caso de la enfermedad. Desde 1985, los medios masivos publicaron y difundieron un torrente constante de características sobre el SIDA, incluyendo sus riesgos y recomendaciones de prácticas sexuales más seguras. Los grupos de salud pública y con base en las comunidades comenzaron a realizar esfuerzos de difusión a gran escala para educar a los hombres gay. ¿Toda esta publicidad y actividad han tenido algún impacto sobre el comportamiento sexual de la gente? (Véase el capítulo 20 para una discusión de las prácticas sexuales más seguras.)

A fin de evaluar si el comportamiento ha cambiado de hecho, necesitamos realizar investigación longitudinal, donde se encueste a las mismas personas o se hagan las mismas preguntas a muestras comparables a lo largo del tiempo. Por desgracia, existen pocos estudios de este tipo y la mayoría de los datos provienen de encuestas transversales.

Si usted le pregunta a los adultos si han cambiado su comportamiento debido al SIDA, algunos dirán que sí lo han hecho. Lo que es más, el porcentaje que dice que sí ha aumentado a través del tiempo. En varias encuestas realizadas entre 1986 y 1988, 7 a 13 por ciento informó haber cambiado su comportamiento; en las encuestas realizadas entre 1989 y 1991, 14 a 23 por ciento dijeron que sí (Smith, 2003). En la muestra representativa

entrevistada para la NHSL, 35 por ciento de los hombres y 25 por ciento de las mujeres informaron haber cambiado su conducta (Feinleib y Michael, 2001). Los hombres informaron una reducción en el número de sus parejas sexuales (14 por ciento), aumento en el uso de condones (12 por ciento) y selección más cuidadosa de sus parejas (10 por ciento). Porcentajes menores de mujeres informaron estos mismos cambios.

Una revisión de tres encuestas comparables realizadas en 1990, 1992 y 1996, con muestras representativas de hombres y mujeres heterosexuales entre 18 y 49 años de edad, encontró un aumento significativo en el uso del condón entre personas en riesgo (Catania *et al.*, 2001). Los mayores incrementos ocurrieron entre afroestadounidenses e hispanos.

La investigación muestra que de 1985 a 1995, los varones gay mostraron un cambio conductual sustancial (Ehrhardt *et al.*, 1991). Muchos hombres gay redujeron el número de sus parejas sexuales, tuvieron menos encuentros sexuales anónimos y participaron menos en coito anal o utilizaron condones de manera consistente. Estos cambios, emprendidos por personas heterosexuales y homosexuales, contribuyeron a una reducción en el número de nuevos casos de SIDA cada año, de 150 000 a mitad del decenio de 1980 a aproximadamente 43 000 en 2002 (CDC, 2000b, 2003). Además, varios estudios sugieren que algunos hombres y mujeres que han sido diagnosticados con

Swingers: forma de sxo extramarital en al que los matrimonios intercambian parejas entre sí.

Swingers

Una forma de sexo extramarital es el *swingers*, en el que las parejas casadas intercambian compañeros con otras parejas

o participan en actividad sexual con un tercero, con conocimiento y consentimiento de todas las partes implicadas.²

Es posible que los *swingers* encuentren a sus parejas posibles a través de diversos medios. Con frecuencia se anuncian, en periódicos tabloides, en revistas para *swin-*

gers como *Swing Times*, o en carteleras y sitios especializados dentro de Internet. El siguiente es un ejemplo:

Somos una pareja bi que busca conocer hbi, mbi o parejas bi para amistad y diversión... nos encanta el nudismo, motos, pesca, volibol, billar y campismo... ella tiene 22, 1.65, 82k, 38-d, rubia, ojos azules... él tiene 24, 1.78, 66k, rubio, ojos verdes, 18 cm de largo y muy grueso. email: (www.../~gnkfoxx/nefriend.htm)

Los *swingers* también pueden conocer a parejas potenciales en clubes, fiestas o centros vacacionales. Muchos de estos lugares se anuncian en revistas y boletines para *swingers* o están listados en sitios especializados de Internet.

Varias organizaciones y muchos grupos o parejas locales son anfitriones de fiestas. La fecha y lugar general de la fiesta se difunde a través de revistas o Internet. Las personas interesadas llaman por teléfono o envían un correo electrónico para entrar en contacto con una

² Originalmente, *swinging* se denominaba *intercambio de esposas*. Sin embargo, debido a las connotaciones sexistas del término y por el hecho de que, a menudo, las mujeres estaban tan dispuestas a intercambiar maridos como los hombres lo estaban de intercambiar esposas, se sustituyó con el término más equitativo de *intercambio de parejas* o *swinging*.

VIH/SIDA se vuelven célibes; es decir, viven sin una relación romántica o íntima (Siegel y Scrimshaw, 2003). Esto reduce la posibilidad de transmisión a personas no infectadas.

Quizá debido a su disminución, y a causa de la efectividad de las terapias antirretrovirales en cuanto a reducir el impacto de la enfermedad, se ha dado menor atención en los medios de comunicación al VIH y al SIDA en años recientes y tal vez se han hecho menos esfuerzos por parte del personal médico y de salud pública. Existen señales de que esta complacencia reciente ha conducido a hacer más lentas las mejorías logradas antes.

Una cantidad sustancial de heterosexuales no practica el sexo seguro. Como parte de su vigilancia continua de la infección por VIH/SIDA, los Centers for Disease Control llevan a cabo una encuesta telefónica de adultos civiles, no institucionalizados. En 1997, la encuesta incluyó preguntas sobre conductas de riesgo en 23 estados de la Unión Americana. La frecuencia mediana de parejas sexuales múltiples en el año anterior fue de 11 por ciento (rango de 5 a 18 por ciento); la frecuencia mediana en el uso de condón en la última relación sexual fue de 65 por ciento (rango de 53 a 79 por ciento) (CDC, 2001c).

A medida que ha disminuido el número de nuevos casos de SIDA, un porcentaje cada vez mayor de los nuevos casos se encuentran entre personas de grupos minoritarios. En 2002, hubo 42 745 nuevos casos en Estados Unidos, 74 por ciento de los cuales implicaron a hombres. De estos, 35 por ciento eran blancos, 45 por ciento negros y 18 por ciento hispanos o latinos. Los nuevos casos entre mujeres fueron aun más desproporcionados entre las afroestadounidenses (67 por ciento), en comparación con mujeres blancas (14 por ciento) e hispanas/latinas (14 por ciento) (CDC,

2003). Las tasas de varias infecciones de transmisión sexual (ITS) que habían disminuido en Canadá a lo largo de 1997, han aumentado recientemente (Patrick *et al.*, 2000). El aumento es paralelo a una disminución en las campañas de sexo seguro y los programas de educación sexual, lo cual sugiere que los esfuerzos continuados por aumentar la conciencia acerca del riesgo del VIH/SIDA y otras ITS, y la importancia de las prácticas de sexo más seguro, son muy importantes para los esfuerzos de control de tales enfermedades. En Estados Unidos, esta labor debe dirigirse a jóvenes pertenecientes a minorías.

La investigación que evalúa diversos programas de intervención proporciona una fundamentación sólida para el diseño e implementación de tales programas. Los programas con base en la comunidad, y que se dirigen a grupos específicos, han demostrado un efecto significativo en el uso del condón y en el sexo más seguro (Ross y Williams, 2002). El uso de los líderes de opinión y de modelos de rol, y la prestación de intervenciones por parte de educadores dentro del grupo de pares, se han asociado con el éxito de tales programas. También es importante para el éxito el establecimiento de ligas con la comunidad meta y el hecho de que la comunidad “apoye la idea”. Los programas basados en clínicas también han sido exitosos para aumentar el uso consistente del condón (Fortenberry, 2002). La orientación personal y extensa puede conducir a cierta reducción en las tasas de ITS nuevas. De este modo, podemos reducir la incidencia de VIH/SIDA, pero ello requiere de una atención continua de los medios de comunicación y de redoblar los esfuerzos del personal médico y de salud pública, con la participación activa de la comunidad.

persona que realiza una selección. Si aprueban dicha selección, se les informa el lugar exacto de la fiesta, a menudo en una casa particular o en un hotel. Es posible que se cobre una cuota de 50 o más dólares por pareja para obtener la membresía o el ingreso a la fiesta. La Lifestyle Organization (Organización de estilo de vida) en el sur de California es anfitriona de fiestas y bailes en hoteles y moteles y publica anuncios de antemano para comunicar la localización exacta. Simplemente recibe a los invitados. Las parejas que desean realizar *swinging* contactan a otros por sí mismo. Están en libertad de alquilar una habitación en el hotel o motel o viajar a algún otro sitio para tener actividad sexual.

Un hombre que realiza con frecuencia este tipo de fiestas describe lo que sucede allí:

Un montón de gente tiene la idea de que las fiestas de *swingers* son grandes orgías, donde unos saltan

sobre otros. Eso no es así. Las personas son selectivas, como en cualquier otro sitio. [Comienza con la vista.] De modo que se continúa del contacto visual a la plástica, al deseo y luego al tacto. Simplemente sigues la corriente. De modo que pasas de la plástica al tacto y, en una fiesta de *swingers*, puedes pasar del tacto a la cama. (Maurer, 1994, p. 120)

El *swinging* puede ser cerrado o abierto. En el *swinging cerrado*, las parejas se reúnen e intercambian parejas y cada par se va por separado a un lugar privado para tener coito, regresando al sitio de reunión a una hora prevista. En el *swinging abierto*, las parejas se van juntas a la misma habitación para tener sexo durante, cuando menos, parte del tiempo. En 75 por ciento de los casos, esto incluye que las mujeres tengan relaciones sexuales entre sí, aunque casi nunca ocurre sexo homosexual entre varones (Bartell, 1970; Gilmartin, 1975).

¿Qué tipo de personas son *swingers*? Una revisión de 15 estudios publicados, la mayoría de los cuales inclu-

yeron a muestras pequeñas, de conveniencia, concluye que la mayoría de los *swingers* son personas de clase alta o media, con escolaridad e ingresos superiores al promedio y con empleos en el campo profesional o gerencial (Jenks, 1998). Aunque podría esperarse que fueran políticamente liberales, en un estudio 50 por ciento habían votado por los Republicanos y sólo 27 por ciento se describían como liberales en un sentido político —el resto eran moderados o conservadores— (Jenks, 1985). En esta misma muestra, 93 por ciento eran blancos; los afroestadounidenses y otras minorías son poco comunes entre los *swingers*. La evidencia indica que cuando menos dos terceras partes fueron criados en un hogar religioso, pero en su adultez no asisten a servicios religiosos y no están afiliados a ninguna iglesia.

¿Por qué las personas se vuelven *swingers*? Una de las principales razones es el deseo de variedad en las parejas y experiencias sexuales. Otra razón dada es el placer o la emoción, en parte porque el intercambio de parejas está culturalmente prohibido. Una tercera razón es

Ciberaventura: relación romántica o sexual iniciada a través de contacto en línea y mantenida principalmente a través de comunicación en línea.

Teoría de la equidad: una teoría que afirma que las personas calculan mentalmente los beneficios y costos para sí mismos dentro de una relación; por ende, la sensación de equidad o parcialidad afecta su conducta y las personas actuarán para restaurar la equidad si existe parcialidad.

conocer personas nuevas, lo cual condujo a un investigador a concluir que los *swingers* deben tener vidas aburridas (Bartell, 1970). Los investigadores han señalado que uno de los principales aspectos del *swinging* abierto es la oportunidad para el voyerismo, para observar a otros mientras tienen actividad sexual, lo cual provoca excitación en algunas personas (Jenks, 1998).

El *swinging* parece implicar a una pequeña minoría de personas. Los estimados publicados van desde menos de 1 a 2 por ciento, aunque ninguna de estas cifras está actualizada.

Infidelidad por Internet

La proliferación de sitios de Internet diseñados para conectar a personas que buscan parejas románticas o sexuales y los *chat rooms*, así como otras formas de comunicación digital, han creado nuevas oportunidades para que las personas que tienen relaciones de compromiso sean infieles. Una **ciberaventura** es una relación romántica o sexual iniciada por contacto en línea y mantenida principalmente a través de la comunicación en línea (Young *et al.*, 2000). Una vez que se establece la relación, los contactos cibernéticos pueden cambiar a un diálogo erótico mutuo, que puede acompañarse de masturbación. En algunos casos, los participantes se ponen de acuerdo para reunirse personalmente y es posible que tengan intimidad sexual.

Se han hecho pocas investigaciones empíricas acerca de las ciberaventuras. Los profesionales especializados en relaciones y en orientación psicológica sexual informan haber trabajado con parejas cuyos problemas incluyen la pérdida de confianza de una persona por las

relaciones en línea de la otra. Algunas parejas definen tal relación como infidelidad, aunque no implique conversación o actividad sexual. Nótese que tales parejas pueden ser heterosexuales o del mismo género, casados, en cohabitación o “comprometidos” el uno con el otro. Una encuesta en línea con usuarios de Internet, reclutados a través de un listón que apareció en uno de los principales portales en la red, incluyó preguntas sobre el *cibersexo*, la práctica de participar en plática sexual en línea. Un tercio de los 1 828 participantes informaron haber realizado esta actividad; 46 por ciento de aquellos que informan la actividad (tanto hombres como mujeres) dijeron que también tienen una relación de compromiso. Es interesante notar que aquellos que informaron tener cibersexo, reportaron también una mayor actividad sexual fuera de Internet (Daneback *et al.*, 2004).

Equidad y sexo extramarital

La **teoría de la equidad** es una teoría de la psicología social diseñada para pronosticar y explicar muchos tipos de relaciones humanas (Hatfield *et al.*, 1978). En particular se ha aplicado a la predicción de patrones de sexo extramarital (Hatfield, 1978).

La idea básica en la teoría de la equidad es que en una relación, las personas tasan mentalmente sus contribuciones a ella y lo que obtienen a cambio (beneficios o recompensas): entonces calculan si ambos son equitativos o no. En una relación equitativa entre la persona A y la persona B, sería cierto que

$$\text{Recompensas}_A - \text{Contribuciones}_A = \text{Recompensas}_B - \text{Contribuciones}_B$$

Figura 12.5 Elaine Hatfield, quien desarrolló la teoría de la equidad y la aplicó a temas tales como el sexo extramarital (Universidad de Hawaii).



En un matrimonio tradicional, las contribuciones de la esposa podrían incluir su belleza, llevar un hogar agradable, cocinar buenos alimentos y demás. Las contribuciones del marido podrían incluir sus ingresos y un temperamento cordial. Las recompensas del marido, obtenidas de la relación, podrían incluir sentirse orgulloso cuando lo acompaña su bella esposa, disfrutar de la comida que ella cocina y así sucesivamente. Nótese que ésta no es una relación igualitaria en un sentido moderno; sin embargo, es una relación equitativa (como la define la teoría de la equidad) porque ambos miembros de la pareja derivan beneficios iguales de ella.

Según la teoría de la equidad, si los individuos perciben que la relación no es equitativa (si sienten que no están obteniendo lo que merecen), se angustian. Entre más parcial sea la relación, más angustia sienten. A fin de aliviar la angustia, hacen intentos por restaurar la equidad en la relación. Por ejemplo, las personas que sienten que están dando demasiado a una relación y que no obtienen suficiente de ella podrían descuidar su apariencia o no trabajar con tanto esfuerzo para ganar dinero o negar el acceso sexual o negarse a contribuir a las conversaciones. La idea es que tales actos restaurarán la equidad.

Si estos procesos de equidad ocurren en realidad, podrían ayudar a explicar los patrones del sexo extramarital. Es decir, la participación en sexo extramarital sería una manera de restaurar la equidad en una relación poco equitativa. La psicóloga social Elaine Hatfield (1978) puso a prueba este concepto. Su predicción fue que las personas que sienten que no obtienen beneficios suficientes en sus matrimonios (es decir, sienten que hay parcialidad y que no están obteniendo tanto como merecen), serían aquellas que tendrán sexo extramarital. Como confirmación del concepto, las personas que se sentían poco beneficiadas comenzaron a tener sexo extramarital en un momento temprano de sus matrimonios, y a tener más parejas extramaritales, que las personas que sentían que el trato era equitativo o que obtenían beneficios superiores. En apariencia, sentir que uno no obtiene todo lo que merece en un matrimonio se relaciona con la participación en sexo extramarital. (Como un aparte, los matrimonios equitativos se calificaron como más felices que los no equitativos.)

La teoría de la equidad incluye recompensas y costos de todo tipo, como lo indican nuestros ejemplos. El *modelo del intercambio interpersonal* se enfoca en las recompensas y costos asociados con la relación sexual (Lawrence y Byers, 1995). La investigación basada en este modelo evalúa las recompensas y costos percibidos, las recompensas y costos percibidos relacionados con lo que se espera y las recompensas y costos percibidos relacionados con la propia pareja. En un estudio longitudinal con 244 adultos dentro de relaciones heterosexuales, estas seis medidas se relacionaron con la satisfacción sexual informada por el participante

Figura 12.6 Participación equitativa de las tareas del hogar dentro del matrimonio. Según la teoría de la equidad, si una persona percibe que la relación matrimonial no es equitativa y se siente poco beneficiada, es más probable que tenga sexo extramarital.



en cuanto a su relación en los últimos tres meses. Los resultados también indicaron que la satisfacción con la relación se asociaba con la satisfacción sexual. Un estudio sobre 193 hombres y 231 mujeres, todos ellos casados, en China y que vivían en las áreas de Beijing y Shanghai, produjo resultados similares (Renaud y Byers, 1997). Además de la asociación de recompensas y costos con la satisfacción sexual, la satisfacción sexual más elevada se relacionaba con mayores frecuencias de comportamiento afectuoso y sexual y menos preocupaciones y problemas sexuales.

Es claro que nuestras evaluaciones de las recompensas y costos en nuestras relaciones íntimas se asocian tanto con nuestra satisfacción con tales relaciones como con la probabilidad de que nos veamos implicados en sexo extramarital (o fuera de la relación).

Evolución y sexo extramarital

El sexo extramarital no es exclusivo de Estados Unidos. De hecho, ocurre en casi todas las sociedades. Cuando los sociobiólogos observan un comportamiento que ocurre en todas las sociedades, están inclinados a

Poliamor: filosofía y práctica no posesiva, honesta, responsable y ética de amar a múltiples personas al mismo tiempo.

explicarlo en función de procesos evolutivos.

Desde una perspectiva evolutiva, los genes que permiten que sus portadores produzcan

mayores números de descendientes tienen mayor probabilidad de sobrevivir de una generación a otra que los genes que no tienen estas propiedades. Un hombre que se aparee con una mujer de por vida producirá un máximo de 6 a 12 descendientes, dependiendo de la longitud de tiempo que se amamante a los lactantes, de los tabúes sexuales del postparto y demás. Si el mismo hombre ocasionalmente tiene relaciones sexuales con una segunda mujer (o con una serie de otras mujeres) puede producir de 12 a 24 descendientes. Nos imaginamos que el lector se dará una idea. Los hombres que buscan a la “otra mujer” producirán más hijos, que a su vez producirán más hijos que portan la dotación genética que conduce a las aventuras externas a la relación principal (Fisher, 1992).

¿Qué sucede con las mujeres? Estas no pueden aumentar el número de hijos al incrementar el número de sus parejas sexuales. Sin embargo, existen maneras en que el adulterio podría haber sido biológicamente adaptativo para las mujeres en el pasado (Greiling y Buss, 2000). Primero, los romances sexuales con otros hombres podrían haber permitido a una mujer adquirir bienes y servicios adicionales que mejoraran las posibilidades de supervivencia de su progenie. Segundo, el adulterio podría servir como un “seguro”; si su marido moría, podría haber tenido otro hombre en quien buscar alimento, refugio y protección. Tercero, una mujer casada con un cazador tímido y poco productivo podría “mejorar su línea genética” apareándose con otro hombre. Por último, tener hijos de parejas múltiples aumenta la diversidad genética de los hijos, aumentando la probabilidad de supervivencia de algunos de ellos. Dado el bajo estatus de la mujer en la mayoría de las sociedades, una mujer casada que tiene romances extramaritales habría tenido que ser cuidadosa; de ser descubierta, se hubiera arriesgado a morir.

La investigación genética sobre especies que parecen ser monógamas revela que algunos de los vástagos criados por una pareja de macho y hembra eran hijos biológicos de otro macho. Estas pruebas también revelan que las hembras apareadas con machos de menor calidad tenían apareamientos externos a la pareja, mientras que las hembras apareadas con machos de elevada calidad no los tenían (Morell, 1998). Estos resultados proporcionan apoyo sólido para la hipótesis sociobiológica acerca del valor adaptativo de la infidelidad femenina.

De este modo, según la perspectiva sociobiológica, el sexo extramarital ocurre porque algunos hombres y mujeres portan en su dotación genética algo que les motiva a ser infieles. Si en la sociedad contemporánea existen ambientes en los que el adulterio es adaptativo, las personas con esos genes tendrán una ventaja selectiva.

Poliamor

El **poliamor** es “la filosofía y práctica no posesiva, honesta, responsable y ética de amar a múltiples personas de manera simultánea” (Ve Ard y Veaux, 2003). Existen diversas formas de tales relaciones, incluyendo la *familia intencional*, que implica a tres o más personas; la *relación grupal*, con relaciones amorosas y comprometidas que implican a tres o más parejas y el *matrimonio grupal*, que implica a tres o más personas. Un tipo específico de relación grupal es una tríada en la que hay una pareja casada y un hombre o mujer adicionales que comparten la intimidad sexual; la tercera persona y uno o ambos miembros de la pareja pueden ser bisexuales. Otros arreglos implican a dos o más hombres y dos o más mujeres. A diferencia de la aventura extramarital, existe (idealmente) un conocimiento pleno de todos los participantes acerca de la red de relaciones. A diferencia del *swinging*, el énfasis se coloca en relaciones íntimas a largo plazo.

La investigación que implicó entrevistas detalladas con 20 hombres y 20 mujeres proporcionó información sobre los participantes en un área geográfica (Sheff, 2004). Aquellos entrevistados eran personas desde 30 a 39 años de edad hasta 50 a 59 años de edad, generalmente con escolaridad universitaria y con empleos en ocupaciones profesionales; eran principalmente blancos. Es posible que su estatus social elevado y su acceso a los recursos sean un requisito previo para participar en el estilo de vida del poliamor. Los entrevistados señalaron que las personas externas a la comunidad del poliamor, incluyendo a miembros de sus familias de origen (padres, hermanos), a menudo reaccionan de manera negativa y con hostilidad hacia los miembros de la comunidad. Su situación los protege de algunas sanciones potenciales.

Las mujeres que participan en el poliamor informan una expansión de sus roles familiares, de género y sexuales. Por ejemplo, algunas de estas mujeres rechazaron la monogamia a favor de una red de relaciones íntimas de pareja. Con respecto al género, las mujeres adoptaban un estilo mucho más asertivo en sus relaciones con los hombres. En el área de la sexualidad, a menudo las mujeres reconocían su fuerte impulso sexual, el valor emocional y sexual de la intimidad con otras mujeres y sus intereses o identidades bisexuales. Se informó que alejarse de los roles tradicionales era liberador y atemorizante al mismo tiempo; la creación de roles era frecuentemente difícil.

Sexo postmarital

Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, la relación sexual en una segunda unión, quizá después de un divorcio o de la muerte de la pareja, es especialmente interesante. ¿En qué sentidos es igual y en qué difiere de la relación sexual en el primer matrimonio? Representa una mezcla de cosas que son únicas y consistentes de

una persona con cosas que son únicas de la nueva situación o de la nueva pareja. A medida que nos desarrollamos sexualmente en el curso del periodo de vida, estas dos ramas continúan entrelazadas: las continuidades del desarrollo (las cosas que nos representan y que siempre lo harán) y los cambios del desarrollo (cosas que difieren en diversos momentos de nuestras vidas, ya sea porque somos más viejos o tenemos más experiencia o porque nuestra pareja o la situación son diferentes).

Personas divorciadas y viudas

Las personas divorciadas y viudas se encuentran en una situación un tanto inusual en cuanto a que están acostumbradas a la expresión sexual regular y de pronto se encuentran en una situación en la que la salida aceptable para esa expresión —el sexo marital— ya no está disponible. En parte como reconocimiento de este dilema, nuestra sociedad coloca menos restricciones para la actividad sexual postmarital, aunque no es tan aprobada como el sexo marital.

La mayoría de las mujeres divorciadas, pero menos mujeres viudas, regresan a tener una vida sexual activa. La NHSLS encontró que 46 por ciento de los hombres divorciados y viudos y 58 por ciento de las mujeres divorciadas y viudas tenían relaciones sexuales unas cuantas veces por año o no las tenían en absoluto (Laumann *et al.*, 1994). En otro estudio, 77 por ciento de personas viudas han estado sexualmente abstinentes en el último año, en comparación con 29 por ciento de los divorciados (Smith, 2003).

La menor incidencia de sexo postmarital entre mujeres viudas, en comparación con mujeres divorciadas, se debe en parte al hecho de que las viudas son, en promedio, mayores en edad que las divorciadas; pero aunque se les equipare por edad, las viudas siguen teniendo menos probabilidad de tener sexo postmarital que las divorciadas. Es probable que existan varias razones para ello (Gebhard, 1968). Es más probable que las viudas tengan mayor seguridad económica que las divorciadas y, por ende, tienen menos motivación para involucrarse en relaciones sexuales como preludeo para un nuevo matrimonio. Tienen el apoyo social continuo de la familia política y de los amigos y, por tanto, están menos motivadas a buscar nuevas amistades. También existe la creencia de que una viuda debe ser leal a su marido fallecido y tener relaciones sexuales con otro hombre se considera como deslealtad. Muchas viudas creen esto o se dicen a sí mismas que “nunca encontrarán a otro hombre como él”.

Las mujeres divorciadas enfrentan problemas complejos de adaptación (Song, 1991). Estos problemas pueden incluir una reducción en ingresos, un menor estándar de vida percibido y reducción en la disponibilidad de apoyo social. Algunos hombres divorciados enfrentan problemas similares. Estos problemas pueden aumentar la motivación para establecer una nueva relación a largo plazo.

Con frecuencia, las mujeres viudas y divorciadas que tienen sexo postmarital comienzan una relación dentro del año siguiente a la terminación del matrimonio. La evidencia sugiere que éstas son relaciones a largo plazo. Según un estudio sobre una muestra nacional de adultos, 74 por ciento de los hombres y mujeres divorciados informaron no haber tenido ninguna pareja sexual o haber tenido una pareja sexual el año anterior a la encuesta (Stack y Gundlach, 1992). Los hombres divorciados eran más activos sexualmente que las divorciadas. El promedio de frecuencia del coito que se informó fue de dos veces por mes. Una encuesta de mujeres profesionistas que tenían puestos académicos y administrativos en instituciones educativas encontró que las mujeres divorciadas tenían un número mayor de parejas sexuales y actividad más frecuente que sus homólogas solteras (Davidson y Darling, 1988).

Anteriormente en este capítulo señalamos que una cantidad sustancial de hombres y mujeres cohabitan. Como en los matrimonios, estas relaciones terminan. ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias entre los hombres y mujeres que han estado casados y aquellos que han cohabitado con anterioridad? Para responder a esta pregunta, los investigadores usaron los datos de la NHSLS para analizar la tasa de adquisición de nuevas parejas después de la disolución de una relación (Wade y DeLamater, 2002). Los resultados indican que estos hombres y mujeres nuevamente solteros no adquieren nuevas parejas sexuales a una tasa elevada y que no hubo diferencias significativas entre las personas que antes han estado casadas y quienes antes han cohabitado. Las personas que de nuevo son solteras adquieren nuevas parejas a una tasa significativamente mayor en el año posterior al rompimiento de la relación que las personas solteras que nunca se han casado. Los hombres que tienen custodia de sus hijos y los hombres y mujeres de sectores de bajos ingresos tienen tasas más elevadas de adquisición de una nueva pareja, lo cual quizá es un reflejo del impacto de la inestabilidad asociada con la disolución. Los resultados sugieren que la experiencia posterior a la disolución es similar entre los diversos grupos demográficos; dadas las altas tasas de rompimiento de relaciones en la sociedad estadounidense, la disolución se puede considerar como una etapa vital significativa con sus propias características específicas.

El sexo y los adultos mayores

Cuando Freud sugirió que los niños pequeños, incluso los lactantes, tienen pensamientos y sentimientos sexuales, sus ideas toparon con considerable resistencia. Cuando, 50 años después, los investigadores comenzaron a sugerir que los hombres y mujeres ancianos también tienen pensamientos y sentimientos sexuales, hubo una resistencia similar (Pfeiffer *et al.*, 1968). Esta sección trata sobre el comportamiento

Figura 12.7 El afecto, el romance y el sexo no pertenecen únicamente a los jóvenes.



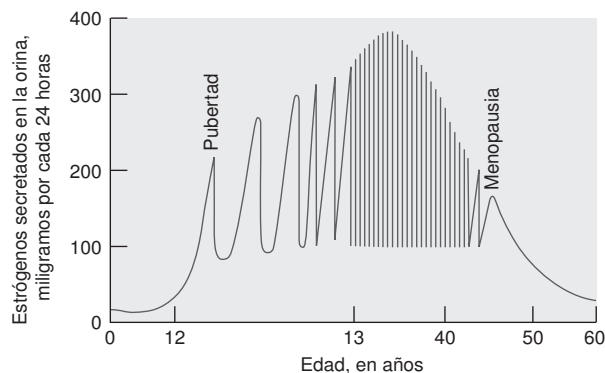
sexual de los hombres y mujeres ancianos, los cambios físicos que atraviesan y las actitudes que los influyen.

Cambios físicos

Cambios en la mujer

Alrededor de la menopausia, existe una disminución gradual en el funcionamiento de los ovarios y con esto también ocurre una disminución gradual de la producción de estrógenos (véase figura 12.8). Debido a la disminución en estrógenos, ocurren varios cambios en los órganos sexuales. Las paredes de la vagina, que son gruesas y elásticas durante los años reproductivos, adelgazan y pierden elasticidad. Debido a que las paredes de la vagina son ahora más delgadas, no pueden absorber las presiones derivadas del embate del pene como antes podían hacerlo y, por ello, es posible que las estructuras cercanas —como la vejiga y la uretra— se irriten. Como resultado, es posible que las mujeres ancianas tengan una necesidad urgente de orinar inmediatamente después del coito. Lo que es más, la vagina encoge en cuanto a amplitud y longitud y los labios mayores también se encogen; por ende, existe una constricción de la entrada de la vagina, que puede hacer que la inserción del pene sea un tanto más difícil y es posible que la vagina sea menos capaz de dar

Figura 12.8 Niveles de producción de estrógenos en las mujeres a lo largo del periodo de vida.



cabida a todo el pene erecto. Aproximadamente cinco años después de la menopausia, la cantidad de lubricación vaginal ha disminuido notablemente. Entonces, el coito puede volverse un poco más difícil y doloroso.

Debido al desequilibrio hormonal, las contracciones del útero que ocurren durante el orgasmo pueden volverse dolorosas, al grado de causar que la mujer evite el coito. Sin embargo, la mujer tiene la misma capacidad física para el orgasmo a los 80 años que a los 30.

Sin embargo, para evitar que estos cambios suenen desalentadores, es importante percatarse de que existen varias maneras de lidiar con ellos exitosamente. Los médicos de algunas mujeres les recetan terapia de reemplazo hormonal después de la menopausia (véase el capítulo 6); con la adición de estas dosis de estrógeno, los cambios descritos antes se reducen al mínimo o tal vez no ocurran en absoluto. También, la investigación indica que la adición de testosterona a la terapia mejorará el deseo y el disfrute sexual (Sherwin, 1991). Una alternativa simple es utilizar un lubricante estéril como sustituto de la lubricación vaginal.

También parece ser que estos cambios se relacionan en parte con la actividad sexual o, más bien, con la falta de ella. Un estudio sobre 59 mujeres sanas entre 60 y 70 años de edad encontró diferencias consistentes entre 39 de ellas que tenían actividad sexual y 20 que no la tenían (Bachmann y Leiblum, 1991). Todas las mujeres tenían a un varón como pareja. Aquellas sexualmente activas informaron tener coito un promedio de cinco veces por mes. Informaron niveles más elevados de deseo sexual, mayor comodidad con la expresión de sus necesidades sexuales y mayor satisfacción sexual. Un examen pélvico realizado por un médico que desconocía cuáles mujeres tenían actividad sexual encontró menos atrofia en las mujeres sexualmente activas. Los problemas sexuales informados por las mujeres incluían una reducción en el deseo sexual tanto en sí mismas como en su pareja, disminución en

la lubricación vaginal y dificultades de erección. Éstos son datos correlativos, de modo que no podemos tener seguridad de cuál es la causa y cuál el efecto.

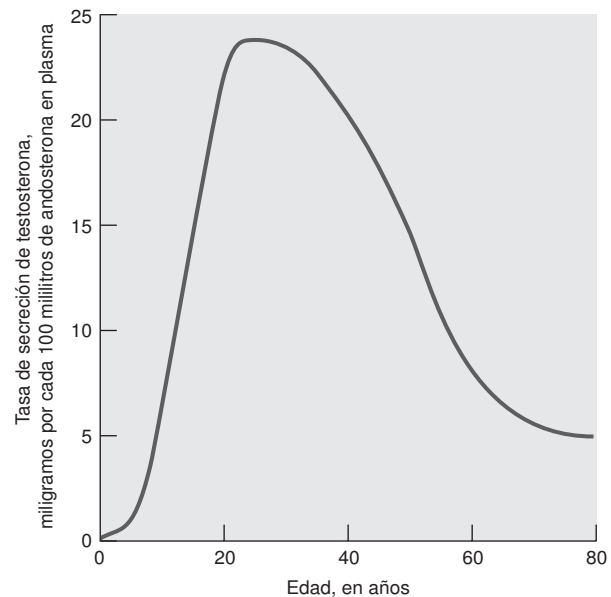
Un estudio analizó los datos de una encuesta de la AARP con 1 384 personas de 45 años y mayores (DeLamater y Sill, 2005). La encuesta de la AARP, que se analiza en mayor detalle posteriormente en el capítulo, incluyó preguntas acerca de diversos factores que podrían afectar la frecuencia de comportamiento sexual, incluyendo enfermedades físicas y emocionales, uso de medicamentos, actitudes hacia la sexualidad y la presencia de una pareja sexual. Las limitaciones físicas como una embolia anterior y artritis; problemas emocionales como la depresión; y uso de diversos medicamentos, pueden interferir con la actividad sexual. Aunque hombres y mujeres informaron estos padecimientos, fueron relativamente poco comunes y no se relacionaron con la frecuencia de la actividad sexual oral o el coito vaginal. Los factores que se relacionaron significativamente fueron las altas puntuaciones en un índice de deseo sexual (pensamientos sexuales frecuentes, deseo), las actitudes positivas hacia el sexo para uno mismo y la presencia de una pareja sin limitaciones relacionadas con la sexualidad. Los hombres y mujeres que informaron que su pareja tenía limitaciones que interfirieron con la expresión sexual tuvieron una probabilidad significativamente mayor de reportar masturbación.

Algunas personas creen que tener una **histerectomía** significa el final de la vida sexual para la mujer. De hecho, la producción de hormonas sexuales no se ve afectada en tanto que no se retiren los ovarios (la remoción quirúrgica de los ovarios se denomina **ooforectomía** u ovariectomía). La mayoría de las mujeres informaron que la histerectomía no había tenido efecto sobre sus vidas sexuales. Sin embargo, aproximadamente un tercio de las mujeres que se habían sometido a histerectomías informan problemas de respuesta sexual (Zussman *et al.*, 1981). Existen dos causas fisiológicas posibles para estos problemas. Si se han retirado los ovarios, es posible que los responsables sean los cambios hormonales; específicamente, los ovarios producen andrógenos y éstos pueden tener un papel en la respuesta sexual. La otra posibilidad es que la remoción del cuello del útero, y posiblemente del resto del útero, se vuelva un problema anatómico si el cuello uterino sirve como detonador para el orgasmo.

Cambios en el varón

La producción de testosterona disminuye de manera gradual a lo largo de los años (Schiavi, 1990) (véase figura 12.9). Las enfermedades vasculares, como el endurecimiento de las arterias, son cada vez más comunes con la edad en los hombres, pero la buena circulación es esencial para la erección (Riportella-Muller, 1989). Un cambio fundamental es que las erecciones ocurren con mayor lentitud. Es importante que los hombres sepan que esta disminución en velocidad

Figura 12.9 Niveles de producción de testosterona en los varones a lo largo del periodo de vida.



es perfectamente natural, de modo que no deben concluir que están desarrollando un problema de erección. También es importante que sus parejas lo sepan, a fin de que utilicen técnicas efectivas para estimular al hombre y no confundan lentitud con falta de interés.

El periodo refractario se extiende con la edad; por ende, en el caso de los varones ancianos, puede haber un periodo de 24 horas después del orgasmo durante el cual no pueden lograr una erección. (Nótese que las mujeres no atraviesan por un cambio similar; la mayoría de las mujeres no entran a un periodo refractario y siguen teniendo la capacidad de orgasmos múltiples a los 80 años de edad.) Otras señales de excitación sexual —rubor sexual y tensión muscular— disminuyen con la edad.

El volumen del eyaculado disminuye gradualmente y se aminora la fuerza de la eyaculación. Los testículos disminuyen un poco en cuanto a tamaño, pero siguen produciéndose espermatozoides viables en hombres incluso muy ancianos. Se ha sabido de hombres de 90 años que pueden engendrar hijos.

Una ventaja es que los hombres de mediana edad y ancianos pueden tener un mejor control del orgasmo que los jóvenes; por tanto, pueden prolongar el coito y ser mejores parejas sexuales.

Un estudio sobre hombres sanos entre 45 y 74 años, todos casados, evaluó su funcionamiento biológico, psicológico y conductual (Schiavi *et al.*, 1994). La satisfacción con el funcionamiento sexual se rela-

Histerectomía: remoción quirúrgica del útero.

Ooforectomía: remoción quirúrgica de los ovarios.

cionó significativamente con el hecho de que los hombres tuviesen dificultades de erección. Los hombres con este problema estaban menos satisfechos con su funcionamiento sexual. La satisfacción general se relacionó de manera negativa con los problemas de erección y de manera positiva con la información sexual y la adaptación matrimonial. La información precisa es importante, porque puede dar por resultado expectativas más realistas acerca del desempeño sexual.

Algunas personas consideran que la cirugía de próstata o la remoción de la misma, **prostatectomía**, significa el final de la vida sexual para el varón. Es cierto que disminuirá el volumen del eyaculado. La prostatectomía causa daño a los nervios que inervan al pene, lo cual crea problemas de erección. En otros casos puede ocurrir eyaculación retrógrada. La aparición de tales problemas depende de cuál de varios métodos disponibles de cirugía se utilicen.

Prostatectomía: remoción quirúrgica de la próstata.

En resumen, la evidencia sugiere que no existe límite de tiempo en la expresión sexual para hombres o mujeres.

Un hombre de 73 años informó:

No puedo ni siquiera narrarle qué tan feliz soy. Estoy casado con una mujer maravillosa que me ama tanto como yo a ella. Mis hijos me dieron dificultades al principio, especialmente porque ella es un poco más joven que yo. [Mi hijo] me decía que casarme otra vez y tratar de tener mucho sexo —imagínese, hablarme de *tratar de tener sexo*— podía ser peligroso para el matrimonio. Entonces le dije con mucha seriedad, “¿Crees que ella podrá sobrevivirlo?” Fue tal su sorpresa que se rió. (Janus y Janus, 1993, p. 8)

Actitudes acerca del sexo y los ancianos

La sociedad estadounidense tiene una actitud negativa hacia la expresión sexual entre los ancianos.³ De alguna manera parece indecente que dos personas de 70 años de edad tengan relaciones sexuales entre sí e incluso es más indecente que una persona de 70 años se masturbe. Estas actitudes negativas se vuelven particularmente obvias en los asilos para ancianos, donde es posible que los miembros del personal frunzan el ceño ante la actividad sexual entre los residentes. De alguna manera lo que se considera “viril” a los 25 años, se vuelve “lascivia” a los 75.

La investigación transcultural indica que el comportamiento sexual de los ancianos se relaciona con estas expectativas culturales (Winn y Newton, 1982). Los ancianos continúan siendo sexualmente activos en 70 por ciento de las sociedades y precisamente en aquellas sociedades en las que se espera que sean acti-

vos en sentido sexual. De hecho, en 22 por ciento de las sociedades, se espera que las mujeres se vuelvan más desinhibidas acerca de la sexualidad cuando se vuelven ancianas.

¿Por qué la sociedad de Estados Unidos tiene tales actitudes negativas hacia el sexo entre los ancianos? En parte, estas actitudes se deben al hecho de que esta sociedad es una cultura orientada hacia la juventud. Valoramos la juventud y las características físicas que se consideran “sensuales” son las juveniles, como un cuerpo firme y apto y la piel lisa. Por tanto, es difícil creer que alguien con la piel vieja y arrugada podría ser sexualmente activo. Según una mujer de 59 años de edad, de apariencia juvenil:

Ahora nadie me dirige la mirada con ningún tipo de interés sexual. Es decir, no hay un hombre que al menos me quiere dar la hora. Soy una mujer mayor. Ahora quiero que los hombres sean agresivos. No voy a abordar a un hombre porque temo que me rechazará. Simplemente me he dado por vencida. (Maurer, 1994, p. 475)

Nuestras actitudes negativas pueden ser un remanente de la creencia de que el sexo era solamente para propósitos reproductivos —y que, por ende, aquellos que han pasado de la edad de la reproducción no deberían tener relaciones sexuales— (Pfeiffer, 1975). Es posible que el tabú del incesto también esté implicado en nuestras actitudes negativas. Tendemos a identificar a los ancianos con nuestros padres o abuelos y nos resulta difícil considerarlos como seres sexuales. Esta actitud se ve alentada por el hecho de que muchos padres se afanan en ocultar su actividad sexual de sus hijos.

Estas actitudes afectan la manera en que se trata a los ancianos e incluso los ancianos pueden tener tales actitudes ellos mismos. Un remedio que se ha propuesto para estas actitudes negativas es “salir del clóset”; como comentó una mujer de 67 años:

La perspectiva común de que el envejecimiento y los viejos no son sexuales sólo se podría corregir, creo yo, a través de un proceso dramático y valiente: el hecho de que las mujeres y hombres mayores, sexualmente activos, *salgan del clóset*, de modo que todos puedan ver por sí mismos cómo son en realidad los últimos años de la vida. (Brecher, 1984, p. 21)

Es posible que diversos errores conceptuales puedan influir en la sexualidad. Por ejemplo, un hombre podría creer que el sexo le provocará un infarto o, si ya ha tenido un infarto, que le causará otro. Aunque Masters y Johnson encontraron que la frecuencia cardíaca se aceleraba durante el coito, otro estudio mostró que la frecuencia cardíaca media era sólo de 117 latidos por minuto, que es aproximadamente la misma que la que se alcanza durante muchas formas comunes de ejercicio cotidiano (Hellerstein y Friedman, 1969). Esta frecuencia es aproximada al equivalente de subir dos pisos de escaleras a paso moderado. Por tanto, las demandas del sexo sobre el corazón no son irracionales. En un estudio con 1 775 pacientes que habían tenido un

³Estas actitudes se reflejan en chistes como aquel que dice que cuando se llega a los 80 años, la vida sexual se parece menos al Día de la Independencia y más al Día de Acción de Gracias.

infarto, se les interrogó acerca de sus actividades inmediatamente después del infarto y en el año anterior al mismo (Muller *et al.*, 1996). Los resultados indican que el aumento en riesgo provocado por la actividad sexual es de una probabilidad en un millón para un individuo sano. Lo que es más, el riesgo relativo no es mayor en los pacientes con antecedentes de cardiopatía.

Un interesante estudio con pacientes varones que presentaban cardiopatías coronarias encontró que dos terceras partes tenían una disfunción sexual (más comúnmente problemas de erección) *antes* del infarto (Wabrek y Burchell, 1980). Esto coloca en mejor perspectiva a la incidencia de dificultades sexuales posteriores a un infarto. Los autores sugirieron que podría haber interacciones complejas entre los trastornos sexuales, el estrés y los infartos. Es decir, el estrés grave podría precipitar tanto un trastorno sexual como un infarto. O una dificultad sexual podría ser el estrés que precipite el infarto.

Un estudio con 29 hombres (media de edad de 56 años), en quienes se diagnosticó un padecimiento cardiovascular, encontró que 41 por ciento reducían su frecuencia de actividad sexual después del diagnóstico (Quadagno *et al.*, 1995). Es interesante notar que los varones que recibieron orientación en cuanto a reanudar su actividad sexual no estuvieron en mayor probabilidad de mantener o reanudar su frecuencia previa al padecimiento. No obstante, no sabemos qué se le dijo a estos hombres. Los hombres mayores y los varones que informan que sus esposas estaban preocupadas de reanudar sus relaciones sexuales estuvieron en mayor probabilidad de reportar una disminución en frecuencia.

Algunos hombres también creen erróneamente que la actividad sexual drena su "fuerza vital". En algunos casos, es posible que los hombres creen que sólo pueden tener un número fijo de orgasmos durante su periodo de vida (dado que una mujer nace con un número fijo de óvulos) y, por ende, adoptan una estrategia en que los ahorran ahora de modo que les queden unos cuantos para después. Una mujer escribió:

Mi esposo ha llegado a los sesenta y cinco años de edad. Ha decidido que, para garantizar una vida más larga y sana, ya no tendrá actividad sexual. Está convencido de que el coito y la emisión de semen es muy debilitante, en particular a sus años. (I. Rubin, 1966, p. 258)

Ideas como esta, al igual que factores como la enfermedad y la hospitalización, pueden conducir a un periodo de inactividad sexual. Pero estar sexualmente inactivo es una de las maneras más efectivas de disminuir la sexualidad. Masters y Johnson enfatizaron que dos factores son críticos para mantener la capacidad sexual en la vejez:

1. *Buena salud física y mental.* Un excelente estudio confirma este concepto (Persson, 1989). Se seleccionó una muestra representativa de personas de 70 años de edad en un pueblo de Suecia y 85 por

ciento estuvo de acuerdo en participar en entrevistas detalladas. En la muestra completa, 46 por ciento de los varones y 16 por ciento de las mujeres seguían teniendo coito; cuando se consideró sólo a aquellos que estaban casados en ese momento, las cifras se elevaron a 52 por ciento para los hombres y 36 por ciento para las mujeres. Tanto para los hombres como para las mujeres, aquellos que continuaban teniendo relaciones sexuales tenían mejor salud mental, según calificaciones de un psiquiatra, y actitudes más positivas hacia la actividad sexual entre los ancianos.

2. *Regularidad de la expresión sexual.* Como señalamos antes, existe evidencia de que algunos cambios físicos de los órganos sexuales en la vejez se relacionan con inactividad sexual. Como dice el refrán "Si no lo usas, lo pierdes". De hecho, un estudio longitudinal sugiere que, en los varones, la frecuencia del orgasmo se asocia positivamente con la longevidad. El estudio incluyó a 910 hombres de 45 a 59 años de edad. Al principio del estudio, estos varones respondieron a una historia clínica estándar y a un cuestionario que evaluaba su comportamiento sexual. Diez años después, los investigadores buscaron quiénes habían muerto y compararon sus respuestas al cuestionario con las de los sobrevivientes. Los hombres que informaron menos de un orgasmo por mes al inicio del estudio tuvieron el doble de probabilidades de morir que los hombres que informaron dos orgasmos por mes (Smith *et al.*, 1997).

Aparentemente, algunas personas ancianas han entendido este hecho. Como dijo un marido de 80 años acerca de su relación con su esposa de 75 años de edad.

Mi esposa y yo creemos que mantenernos activos sexualmente demora el proceso de envejecimiento... si tenemos problemas de erección o lubricación, usamos métodos orales o nos masturbamos el uno al otro. Mantenemos vivo nuestro interés con gran cantidad de caricias y estimulación de los genitales de cada cual. Sentimos que es mucho mejor desgastarse que apresurarse. (Brecher, 1984, p. 33)

Las creencias de las mujeres acerca de la menopausia pueden influir su sexualidad en años posteriores. Algunas creen que la menopausia significa el fin del sexo. Seguramente, tales actitudes pueden conducir a una reducción o incluso al cese de la actividad sexual. Es probable que en unos cuantos casos, las mujeres que nunca han disfrutado en realidad del sexo, utilicen a la menopausia como excusa para dejar de tener coito. Por otro lado, algunas mujeres que pasan sus años de juventud preocupándose de quedar embarazadas, consideran a la menopausia como una experiencia liberadora; de hecho, es posible que su actividad sexual aumente.

Los reformadores nos instan a cambiar nuestras actitudes en cuanto al sexo y los ancianos. En particu-

lar, los asilos necesitan revisar sus prácticas; cambios tan simples como tocar en la puerta antes de entrar a la habitación del residente serían útiles (como saben, la gente se masturba). Otras reformas incluirían hacer arreglos para que los cónyuges se queden juntos durante la noche y permitir que las parejas —casadas o no— compartan una habitación. De hecho, incluso algunos expertos promueven al sexo como una forma de terapia para las personas que están en asilos para ancianos (Rice, 1974):

Las relaciones sexuales pueden proporcionar un recurso muy necesario y sumamente efectivo en los últimos años de vida, cuando es tan frecuente que los hombres enfrenten la pérdida de su prestigio y confianza en sí mismos a los que estaban acostumbrados y comienzan a sentirse viejos, a veces mucho antes de que hayan empezado a envejecer de manera significativa. El cese prematuro del funcionamiento sexual puede acelerar el envejecimiento fisiológico y psicológico, dado que el desuso de cualquier función conduce a cambios concomitantes en otras capacidades. Después de la menopausia, es posible que las mujeres sientan que continuar con las relaciones sexuales les proporciona un refuerzo psicológico necesario, una sensación de ser necesarias y de ser capaces de recibir amor y afecto, al igual que de renovar la intimidad que antes les resultaba deseable y tranquilizadora. (Frank, 1961, pp. 177-178)

Comportamiento sexual de los ancianos

Aunque el comportamiento y el interés sexuales disminuyen un poco con la edad, sigue habiendo cantidades sustanciales de hombres y mujeres ancianos que tienen vidas sexuales activas, incluso en su octava década de vida. En una muestra de personas sanas entre 80 y 102 años, 62 por ciento de los hombres y 30 por ciento de las mujeres informaron que seguían teniendo relaciones sexuales (Bretschneider y McCoy, 1988). No parece haber ninguna edad después de la cual todas las personas sean sexualmente inactivas.

Algunos ancianos sí dejan de tener coito después de cierta edad, debido a una variedad de razones. Para las mujeres, es más frecuente que esto ocurra al final de su quinta década y principio de la sexta década de vida, en tanto que esto ocurre un poco después para los hombres (Pfeiffer *et al.*, 1968). No obstante, a diferencia de lo que podría esperarse, cuando una pareja deja de tener coito, es más frecuente que la causa sea el marido; tanto las esposas como los maridos están de acuerdo en que esto es cierto. En algunos casos, el marido ha muerto (y difícilmente podemos culparlo por ello), pero aun si se excluyen esos casos, los maridos siguen siendo la causa más frecuente. De este modo, la disminución en la expresión sexual femenina que se asocia con la edad puede estar relacionada directamente con la disminución en el hombre. Es

Figura 12.10 El romance es importante incluso para los residentes de los asilos para ancianos.



más probable que la muerte del cónyuge ponga fin al coito en el caso de las mujeres que entre los hombres, en parte esto se debe a que es menos probable que las mujeres se vuelvan a casar (Riportella-Muller, 1989)

Por tanto, una de las influencias más importantes en la sexualidad de los ancianos es que existen más mujeres que hombres que llegan a esa edad. Debido tanto a la mortalidad más temprana de los hombres, como a su preferencia por mujeres más jóvenes, es más probable que las ancianas vivan solas y que tengan menos acceso a parejas sexuales. Por ejemplo, en 1999, entre aquellas personas de 75 años o más, 71 por ciento de los varones estaban casados y probablemente vivían con su cónyuge, en comparación con sólo 31 por ciento de las mujeres (U.S. Bureau of the Census, 2000b). Se han propuesto algunas soluciones innovadoras, como que las ancianas formen relaciones lésbicas.

La mejor encuesta que se ha realizado hasta la fecha acerca de la sexualidad entre las personas mayores a 50 años fue realizada por una compañía de investigaciones para la American Association of Retired Persons (1999). El personal de la AARP diseñó un cuestionario enfocado al papel de la sexualidad en las vidas de los adultos mayores. Una compañía de investigaciones que cuenta con un gran panel de hogares seleccionó a 3 450 miembros del panel con edades de 45 años y más, les llamó por teléfono y les invitó a participar en el estudio. El cuestionario se envió por correo a 1 709 personas que estuvieron de acuerdo en participar; 1 384 personas regresaron el cuestionario respondido. El resultado es una muestra de voluntarios con ciertos sesgos probables. Específicamente, las personas ancianas que se encuentran enfermas o en instituciones de cuidado, o cuya vista es deficiente, están en muy poca probabilidad de responder a la encuesta. Por tanto, debemos considerar que ésta es una encuesta de personas ancianas que se encuentran arriba del promedio

Cuadro 12.3 Actividad sexual en una muestra de personas mayores de 45 años

| | 45 a 59 | 60 a 74 | 75 y mayores |
|---|---------|---------|--------------|
| <i>Mujeres</i> | 368 | 253 | 119 |
| Tienen una pareja sexual | 77.8% | 52.6% | 21.4% |
| Sienten deseo sexual diario | 8.4 | 1.6 | 0.6 |
| Tienen coito cuando menos una vez por semana* | 49.6 | 24.2 | 6.6 |
| Tienen sexo oral cuando menos una vez por semana* | 19.5 | 2.2 | 0.8 |
| Se masturban una vez por semana o con más frecuencia* | 4.5 | 2.0 | 0.6 |
| Siempre experimentan un orgasmo derivado de la actividad sexual | 31.6 | 26.0 | 25.0 |
| <i>Hombres</i> | 341 | 205 | 90 |
| Tienen una pareja sexual | 84.2% | 79.2% | 57.9% |
| Sienten deseo sexual diario | 39.7 | 13.9 | 3.4 |
| Tienen coito cuando menos una vez por semana* | 54.8 | 30.9 | 19.1 |
| Tienen sexo oral cuando menos una vez por semana* | 20.1 | 6.5 | 8.8 |
| Se masturban una vez por semana o con más frecuencia* | 33.5 | 14.2 | 5.2 |
| Siempre experimentan un orgasmo derivado de la actividad sexual | 76.6 | 57.0 | 48.1 |

*Dentro de los seis meses anteriores.

Fuente: AARP (1999).

en cuanto a salud, actividad e inteligencia y que, sin duda, son más activas en sentido sexual que algunos otros ancianos. Sin embargo, es una fuente muy importante de información sobre la sexualidad y los ancianos, un tema sobre el cual existe poco conocimiento.

En el cuadro 12.3 se incluyen algunos resultados estadísticos de la encuesta. Éstos se presentan por grupo de edad; como esperaríamos, los números de participantes disminuyen a medida que la edad avanza. Nótese que las mujeres mayores a 60 años tienen una probabilidad mucho menor de tener una pareja sexual disponible, de modo que informan frecuencias mucho menores de actividades en pareja. Cerca del 24 por ciento de las mujeres y 31 por ciento de los varones entre 60 y 74 años tienen coito cuando menos una vez por semana. Más del 25 por ciento de las mujeres y mitad de los hombres de todas las edades informan que siempre tienen un orgasmo derivado de la actividad sexual.

A pesar de las diferencias en frecuencia de la actividad, hombres y mujeres tuvieron la misma probabili-

dad de informar que estaban satisfechos con sus vidas sexuales. Entre las personas de 45 a 59 años, 63 y 61 por ciento informaron satisfacción, mientras que entre individuos de 60 a 74 años de edad, 50 por ciento dijeron estar satisfechos. Cuando se les preguntó acerca de cuáles cambios en sus vidas aumentarían su satisfacción, los hombres y mujeres de 45 a 59 años estuvieron en más probabilidad de mencionar menos estrés y más tiempo libre, mientras que los hombres mayores dijeron que mejor salud para ellos mismos y sus parejas. Las mujeres de 60 años y mayores dijeron que mejor salud para sus parejas y encontrar un compañero. Por tanto, estos resultados ilustran el hecho de que, entre muchas parejas mayores, la salud del varón es la que determina la actividad sexual y que para muchas mujeres mayores, el problema es la ausencia de un compañero.

Por ende, vemos que entre los ancianos sanos y que tienen oportunidades regulares de expresión sexual, la actividad sexual continúa mucho más allá de los 70 años de edad.

RESUMEN

La sexualidad continúa desarrollándose a lo largo de toda la vida. Puede expresarse en la soltería, la cohabitación, el matrimonio, las relaciones extramaritales, las relaciones posteriores al divorcio o en una variedad de contextos a medida que el individuo envejece.

Los jóvenes adultos se desarrollan hasta alcanzar la madurez sexual. Muchos lo hacen dentro del contexto de una relación entre solteros que da por resultado un

matrimonio. Otros se involucran en dos o más relaciones antes de comenzar a vivir o casarse con alguien. Las personas que nunca se han casado y que tienen más de 25 años están en posibilidad de llegar a formar parte del "ambiente de la soltería". Los negros tienen mayor probabilidad de permanecer solteros que los blancos.

La cohabitación es una etapa que experimenta hasta el 40 por ciento de las personas. El tiempo que

pasan las parejas viviendo juntas varía desde unos cuantos meses a varios años. Sesenta por ciento de las parejas que cohabitan llegan a casarse. Algunas parejas que cohabitan tienen hijos, ya sea de ambos o de parejas anteriores. Los hombres y mujeres que viven juntos tienen actividad sexual más frecuente, en promedio, que aquellos que se casan o están saliendo.

El matrimonio representa un momento importante de transición en el que las parejas afrontan nuevas responsabilidades y problemas e intentan encontrar tiempo que darse el uno al otro. Las parejas casadas que tienen entre 20 y 29 años tienen coito en un promedio de dos o tres veces por semana, con una disminución en frecuencia que llega a dos o tres veces por mes para las parejas mayores de 60 años. Quizá el cambio más espectacular sea el incremento en la popularidad del sexo oral-genital. Muchas personas continúan masturbándose aunque estén casadas. Actualmente, la mayoría de las personas —tanto hombres como mujeres— expresan satisfacción general con su vida sexual marital. Sin embargo, los patrones sexuales en el matrimonio presentan gran variabilidad.

Cerca del 25 por ciento de todos los hombres casados y 15 por ciento de todas las mujeres casadas se involucran en sexo extramarital en algún momento. La sociedad estadounidense desaprueba el sexo extramarital y en general éste se realiza en secreto. En unos cuantos casos, se llega al acuerdo de que tanto el marido como la esposa pueden tener sexo extramarital, como en el matrimonio abierto, los *swingers* y el poliamor. La teoría de la equidad y la perspectiva sociobiológica pueden ser útiles para comprender los patrones de sexo extramarital.

Casi todos los hombres viudos y divorciados regresan a una vida sexual activa, al igual que la mayoría de

las mujeres divorciadas y cerca de la mitad de las viudas. Un conjunto particular de normas sexuales caracteriza a la subcultura del divorcio.

La investigación indica que los varones gay han modificado un tanto sus prácticas sexuales en la era del SIDA. Han reducido el número de sus parejas y se han alejado de las prácticas sexuales de riesgo. Entre los heterosexuales existe cierta evidencia de una reducción en el número de parejas y una ligera mejoría en el uso del condón. Las personas negras y solteras están en mayor probabilidad de haber cambiado. Sin embargo, la mayoría de los heterosexuales no considera que estén en riesgo de infección por el VIH, de modo que están menos preocupados por tener prácticas sexuales más seguras.

Aunque la actividad sexual declina un poco con la edad, es perfectamente posible continuar sexualmente activo hasta la octava o novena década de vida. Los problemas con el sexo o el cese del coito pueden relacionarse con factores físicos. En las mujeres, la disminución en los niveles de estrógeno provoca una vagina más delgada y menos elástica, así como menos lubricación; en los varones, disminuye la producción de testosterona y aumentan los padecimientos vasculares, que se combinan con mayor lentitud en la erección y periodos refractarios más largos. También pueden estar implicados factores psicológicos, como la creencia de que los ancianos no pueden o no deberían tener relaciones sexuales. Masters y Johnson enfatizaron que dos factores son críticos para mantener la capacidad sexual en la vejez: buena salud física y mental y regularidad en la expresión sexual. La encuesta de la AARP indica que todas las conductas sexuales —incluyendo el coito heterosexual y la masturbación— pueden continuar más allá de los 70 años.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Cuál es su respuesta cuando ve a una pareja de ancianos que expresan afecto físicamente el uno al otro, quizás besándose o tomándose de las manos? ¿Por qué cree usted que responde de ese modo?
2. ¿Cuál es su opinión acerca del sexo extramarital? ¿Es ético o moral? ¿Cuáles son sus efectos sobre un matrimonio: lo destruye o lo mejora o quizá no tiene ningún efecto?
3. Si usted tiene actualmente una relación, aplique la teoría de la equidad a su relación. ¿Siente usted que es equitativa o desigual? Si usted considera que no es equitativa, ¿qué efectos tiene sobre su comportamiento?
4. Usted y su pareja han estado hablando sobre establecer una relación a largo plazo. Su pareja le dice que su principal preocupación es que vivir juntos conducirá a una disminución en la frecuencia con que ustedes tienen relaciones sexuales. ¿Ésta es una preocupación realista? En ese caso, ¿qué podrían hacer los dos para prevenir que esto ocurra?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Brecher, Edward M. (1984). *Love, sex and aging*. Mount Vernon, NY: Consumers Union. Esta encuesta a gran escala ofrece una perspectiva liberada acerca de la sexualidad en la tercera edad.

Fisher, Helen (1992). *Anatomy of love: The mysteries of mating, marriage and why we stray*. Nueva York: Fawcett Columbine. Este libro presenta una descripción sociobiológica provocativa acerca de la conducta sexual humana, incluyendo el sexo extramarital.

Maurer, Harry. (1994). *Sex: Real people talk about what they really do*. Nueva York: Penguin Books.

Maurer entrevistó a 52 personas de diversas edades, preferencias y orientaciones acerca de sus experiencias sexuales. Este autor presenta amplios extractos organizados según temas, como Awakenings (Despertares), Wild Oats (Correrías) y el Long Haul (Hasta el fin).

Sarrel, Lorna y Sarrel, Philip. (1984). *Sexual turning points: The seven stages of adult sexuality*. Nueva York: Macmillan. Este libro, escrito para público general, proporciona una interesante teoría sobre el desarrollo sexual adulto.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.sexhealth.org/sexaging>

Página sobre sexo y envejecimiento del Sexual Health InfoCenter

<http://bettermarriages.com>

Association for Couples in Marriage Enrichment; recursos para parejas que desean fortalecer su relación.

<http://www.gottman.com>

Instituto Gottman para la investigación y restablecimiento de las relaciones; recursos para parejas gay y heterosexuales.

<http://www.glandscape.com/celebate.html>

Página de preguntas y respuestas sobre el celibato.

<http://www.niapublications.org/engagepages/sexuality.asp>

Página de información sobre sexualidad y envejecimiento del National Institute of Aging.

C A P Í T U L O

13

Atracción, intimidad y amor

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Atracción

La chica de al lado
Dios los cría
Atractivo físico
El mercado interpersonal
Del laboratorio a la vida real
Atracción en línea
Hacerse el/la difícil
Cómo explicar nuestras preferencias

Intimidad

Definición de la intimidad
Intimidad y autodivulgación
Medición de la intimidad

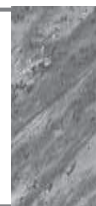
Teorías acerca del amor

Teoría triangular del amor
Teoría de la vinculación acerca del amor
Amor como una historia
La biología del amor

Investigaciones acerca del amor

Medición del amor
Diferencias de género
Amor y adrenalina
Investigaciones transculturales

La intimidad del sexo nunca es únicamente física. Dentro de la relación sexual podemos descubrir quiénes somos en formas que de otro modo no están a nuestra disponibilidad, y al mismo tiempo le permitimos a nuestra pareja que vea y conozca a ese individuo. Al revelar nuestros cuerpos, también damos a conocer nuestra persona.*



*Dr. Thomas Moore, "Soul Mates", *Psychology Today*, Marzo-Abril 1994, bajado de <http://faculty.ucsb.edu/~pmacintyre/psych365/quotes.htm>

Muchas personas creen que hay, o que debería haber, una conexión cercana entre el amor y el sexo. El estándar sexual para muchos es que el sexo es apropiado si uno ama a la otra persona (véase capítulo 11), y parece lógico que el sexo sea el resultado de una relación amorosa. Por lo anterior, es importante que en un texto acerca de sexualidad se invierta cierto tiempo a la consideración de la emoción que vinculamos de manera tan cercana al sexo: el amor.

El presente capítulo está organizado en términos de la forma en que por lo general progresa una relación; si es que progresa. Es decir, iniciamos con una discusión acerca de la atracción, de lo que une a la gente en primer lugar. Después nos centraremos en la intimidad, que progresa a medida que las relaciones se desarrollan. A continuación, analizaremos cuatro perspectivas diferentes acerca de lo que es el amor. Por último, discutiremos algunas de las investigaciones acerca del amor, incluyendo aquellas transculturales.

donde estudiaba, en el trabajo, en la iglesia o en una fiesta (Michael *et al.*, 1994, fig. 2).

De entre las personas con las que trabajamos o estudiamos, tendemos a sentir mayor atracción por aquellas con las que hemos tenido contacto en varias ocasiones que por aquellas con las que tenemos poco contacto (Harrison, 1977). Esto se ha demostrado en estudios de laboratorio en los que se varió sistemáticamente la cantidad de contacto entre participantes. Al final de la sesión, las personas dieron una mayor calificación de "agrado" a aquellos con los que habían tenido mucho contacto y calificaciones menores a aquellos con los que habían tenido poco contacto (Saegert *et al.*, 1973). Éste es el **efecto de la mera exposición**: la exposición repetida a cualquier estímulo, incluyendo a las personas, conduce a un mayor agrado por dicho estímulo (Bornstein, 1989).

Efecto de la mera exposición: tendencia a sentir mayor agrado por una persona si uno se ha visto expuesto a él o ella de manera repetida.
Homofilia: tendencia a tener contacto con personas iguales en estatus social.

Atracción

¿Qué es lo que hace que usted se sienta atraído por otra persona? Los psicólogos sociales han realizado extensas investigaciones acerca de la atracción interpersonal. Los resultados principales de este tipo de investigación se discuten en la presente sección.

La chica de al lado

Nuestras oportunidades de conocer personas se encuentran limitadas por la geografía y el tiempo. Es posible que usted conozca a esa persona atractiva que se sienta dos filas adelante de usted en "sexo humano", la forma en que se conoce el curso en la Universidad de Wisconsin, pero nunca conocerá a la millonaria y brillante estudiante de ingeniería que se sienta en su mismo lugar dos clases después. Es mucho más probable que usted conozca y se sienta atraída por el chico de al lado que al que vive al otro lado de la ciudad. La NHSLS (que se menciona por primera vez en el capítulo 3) le preguntó a sus participantes dónde habían conocido a su actual pareja de citas, cohabitante o cónyuge. Más de la mitad se conoció en la institución

Dios los cría

Las personas que son similares a nosotros tienden a agradarnos. Nos sentimos atraídos hacia la gente que es aproximadamente igual a nosotros en edad, raza o grupo étnico, y estatus económico y social. La similitud de estas características sociales se denomina **homofilia**, la tendencia a tener contacto con personas iguales en estatus social. El cuadro 13.1 muestra los datos de homofilia de la NHSLS. Nótese que la homofilia más elevada es según la raza, seguida de educación y edad. El que las parejas tengan la misma religión tiene la menor probabilidad. Es interesante que las relaciones a corto plazo sean tan homofílicas como los matrimonios.

Un psicólogo social ha realizado numerosos experimentos que demuestran que nos sentimos atraídos por personas cuyas actitudes y opiniones son similares a las nuestras (Byrne, 1971). En estos experimentos, el investigador habitualmente hace que los participantes contesten un cuestionario de opiniones. Después se les muestra un cuestionario supuestamente contestado por otra persona y se les pide que evalúen qué tanto creen que les agradaría esa persona. De hecho, el cuestionario se responde para mostrar ya sea un elevado o bajo grado de concordancia con las respuestas del participante. Los sujetos indican un mayor agrado por una persona cuyas

Cuadro 13.1 Porcentaje de relaciones homofílicas, según el tipo de relación

| Tipo de homofilia | Tipo de relación | | | |
|-------------------|------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| | Matrimonios* | Cohabitaciones* | Asociaciones a largo plazo | Asociaciones a corto plazo |
| Racial/étnica | 93% | 88% | 89% | 91% |
| Por edad† | 78 | 75 | 76 | 83 |
| Educativa‡ | 82 | 87 | 83 | 87 |
| Religiosa§ | 72 | 53 | 56 | 60 |

*Porcentajes de matrimonios y relaciones de cohabitación que iniciaron diez años antes de la encuesta.

†La homofilia por edad se define como una diferencia de no más de cinco años en las edades de los miembros de la pareja.

‡La homofilia educativa se define como una diferencia no mayor a una categoría educativa. Las categorías educativas utilizadas fueron menos de educación media superior, graduado de educación media superior, capacitación vocacional, cuatro años de estudios universitarios y título universitario.

§Se omitieron los casos en que cualquiera de los miembros de la pareja se reportaba como "otra" o que tenían información faltante.

Fuente: Laumann et al. (1994), cuadro 6.4.

respuestas se asemejan a las suyas que por aquella cuyas respuestas difieren en gran medida.

Existe un número de razones por la que nos sentimos atraídos a una persona similar a nosotros en, digamos, actitudes (Huston y Levinger, 1978). Obtenemos reforzamiento positivo de que esa persona concuerde con nosotros. El acuerdo de la otra persona refuerza nuestra sensación de corrección. Además, anticipamos interacciones positivas con esa persona.

En ocasiones, los dichos populares son sabios y, en otras, insensatos. Las investigaciones de atracción interpersonal indican que el dicho "Dios los cría y ellos se juntan" contiene algo de verdad. Esta tendencia a que varones y mujeres escojan como parejas a personas que concuerdan con ellas en cuanto a características sociales y personales se denomina **fenómeno de equiparación** (Feingold, 1988). Al mismo tiempo, "polos opuestos se atraen" puede ser más preciso en relación con el estilo interpersonal. En un estudio, las personas dominantes que hacían pareja con personas sumisas informaban de una mayor satisfacción con sus relaciones que las personas dominantes o sumisas apareadas con una pareja similar (Dryer y Horowitz, 1997).

Fenómeno de equiparación:

tendencia de hombres y mujeres a elegir como pareja a personas que se equiparan con ellos; es decir, que son similares en actitudes, inteligencia y atractivo.

Atractivo físico

Una gran cantidad de evidencia muestra que, dada la opción de más de una pareja potencial, los individuos preferirán a aquella que sea más físicamente atractiva (Hendrick y Hendrick, 1992). Por ejemplo, en un estudio se tomaron fotografías de varones y mujeres universitarios (Berscheid *et al.*, 1971). También se obtuvo un historial de citas de cada persona. A continuación, jueces evaluaron el atractivo de los hombres y mujeres de las fotografías. En el caso de las mujeres, hubo

una relación bastante fuerte entre atractivo y popularidad; las mujeres que se juzgó como atractivas habían tenido más citas en el año anterior que las mujeres que se juzgó como menos atractivas. También hubo cierta relación entre la apariencia y la popularidad en el caso de los varones, pero no fue tan marcada como con las mujeres. Este fenómeno se ha encontrado incluso entre niños tan pequeños como de 3 a 6 años de edad, quienes se encuentran más atraídos hacia otros niños con caras atractivas (Dion, 1973, 1977).

El atractivo físico es un aspecto de la atracción sexual; de hecho, los varones y mujeres jóvenes habitualmente evalúan la apariencia física como de mayor importancia (Regan, 2004). Otros aspectos incluyen tamaño general del cuerpo (medido de diversas maneras) y ciertos rasgos faciales. Gran parte de la investigación acerca del atractivo utiliza datos obtenidos de muestras de personas blancas. Una excepción es la investigación acerca del impacto de la claridad de la piel en evaluaciones de atractivo entre afroestadounidenses. La National Survey of Black Americans (Encuesta nacional de afroestadounidenses) incluía entrevistas conducidas por personas negras; al final de la entrevista, el entrevistador evaluó el color de piel del respondiente en una escala de cinco categorías que iba desde "moreno muy oscuro" a "moreno muy claro", además de evaluar el atractivo del respondiente. El tono de piel se asoció de manera muy importante con la evaluación del atractivo proporcionada a respondientes femeninos por entrevistadores tanto masculinos como femeninos (Hill, 2002). La piel clara se evaluó como más atractiva, que tal vez refleja el uso de la piel blanca como estándar.

Entonces, en general, nos sentimos más atraídos hacia las personas bien parecidas. Sin embargo, este efecto depende del género hasta cierto grado; el atractivo físico es más importante para los varones en la evaluación de las mujeres que para las mujeres en su

evaluación de los hombres (Feingold, 1990). Así también, la percepción propia del atractivo o de la belleza de otra persona se ve influida por nuestra evaluación de su inteligencia y por el agrado y respeto que le tenemos (Kniffin y Wilson, 2004). Y este fenómeno se ve modificado en parte por nuestros propios sentimientos de autovalía, como se verá en la siguiente sección.

El mercado interpersonal

Aunque esto pueda sonar un tanto cuanto insensible, el que nos sintamos atraídos por alguien y formemos pareja con esa persona depende en gran medida de qué tanto pensamos que tenemos que ofrecer y qué tanto creemos que podemos “comprar” con ello. En general, el principio parece ser que el valor de las mujeres se basa en su belleza física, mientras que el valor de los varones se basa en su éxito. Así entonces, existe una tendencia a que las mujeres bellas hagan pareja con hombres acomodados y exitosos.

Los datos provenientes de diversos estudios documentan este fenómeno. En un estudio se evaluaron las fotografías de anuarios de educación media superior de 601 varones y 745 mujeres con base en su atractivo (Udry y Eckland, 1984). Se realizó un seguimiento de estas personas a los 15 años de haberse graduado y se obtuvieron mediciones de educación, nivel ocupacional e ingresos. Las mujeres que obtuvieron las mayores evaluaciones de atractivo en educación media superior estaban significativamente en mayores probabilidades de tener maridos que tenían ingresos más elevados y que tenían altos niveles académicos (véase también Elder, 1969).

En otro estudio se evaluó a mujeres estudiantes en cuanto a su atractivo físico (Rubin, 1973, p. 68). Más adelante se les pidió que contestaran un cuestionario acerca del tipo de varón que considerarían como cita deseable. La ocupación del varón tuvo un gran efecto sobre su deseabilidad como cita. Casi todas las mujeres consideraron que los hombres en ocupaciones de alto estatus —médicos, abogados, químicos— eran citas altamente deseables. La mayoría de las mujeres juzgaron que los varones en ocupaciones de bajo estatus —conserje, cantinero— eran casi inaceptables. Sin embargo, surgió una diferencia entre las mujeres atractivas y las poco atractivas en cuanto a su evaluación de varones en ocupaciones de estatus medio: electricista, contador, plomero. Las mujeres atractivas no sentían que estos varones serían citas aceptables, mientras que las mujeres poco atractivas sentían que serían al menos medianamente aceptables. Aquí podemos observar al mercado interpersonal en acción. Los varones de mayor estatus son más deseables. Pero la manera en que se juzga a un varón en cuanto a su deseabilidad depende del sentido que la mujer tenga de su propia valía. Las mujeres atractivas no están muy interesadas en hombres de estatus medio porque, en apariencia, creen que “valen más”. Podemos suponer

que las mujeres poco atractivas piensan que los varones de estatus medio son más atractivos porque creen que tales hombres se encuentran razonablemente dentro de su “rango de precios”.

Del laboratorio a la vida real

Los fenómenos que se han discutido hasta el momento —sentimientos de atracción hacia personas que son similares a nosotros y que son bien parecidas— se han demostrado de manera principal dentro de los laboratorios de los psicólogos. ¿Ocurren estos fenómenos en el mundo real?

Un equipo de investigación llevó a cabo un estudio para averiguar si estos resultados se obtendrían en una situación de la vida real (Byrne *et al.*, 1970). Aplicaron un cuestionario de actitudes y personalidad a 420 estudiantes universitarios. Después formaron 44 “parejas”. En el caso de la mitad de las parejas, ambas personas habían respondido de manera muy similar al cuestionario; para la otra mitad de las parejas, ambas personas habían contestado de manera muy diferente. Entonces, se presentó a las dos personas y se les mandó a la unión estudiantil en una breve cita. Cuando regresaron de la cita, se tomó una medición discreta de la atracción: qué tan cercanamente se paraban el uno del otro frente al escritorio del experimentador. Los participantes también evaluaron sus citas con diversas escalas.

Los resultados del estudio confirmaron los obtenidos en diversos trabajos experimentales previos. Las parejas que se habían formado con base en actitudes similares eran las que más se atraían entre sí, y aquellas con actitudes disimilares no sentían tanta atracción. Tanto el experimentador como cada miembro de la pareja también habían evaluado a los estudiantes en cuanto a su atractivo físico, y se informó de una mayor atracción hacia las citas mejor parecidas. En un seguimiento al final del semestre, aquellas personas cuyas citas se parecían a ellas y que eran físicamente atractivas estuvieron en mayores probabilidades de recordar el nombre de la cita y de expresar un deseo de verse con esa persona de nuevo en el futuro. Así, en un experimento más similar a la vida real y a las verdaderas situaciones de cita, se demostró una vez más la importancia de la similitud y de la apariencia física.

Atracción en línea

La tecnología ha creado una nueva forma de conocer parejas potenciales: en línea (Elias, 1997). Algunos sitios de la red tienen miles de anuncios personales, y un sitio afirma tener 500 000 visitas por día. Las encuestas sugieren que las personas que buscan pareja en línea son educadas, acomodadas, de 20 a 40 años de edad y que no tienen tiempo o inclinación por ir a los bares para solteros. Los usuarios dicen que una ventaja de conocerse en la red es que la tecnología lo fuerza a uno a centrarse sobre los intereses y valores de la per-

sona. Esto facilita el encontrar a alguien con quien se tiene mucho en común. Así también, en muchos casos no es posible ver a la persona por lo que uno no se ve influido por su atractivo físico, o falta del mismo. Tampoco se tiene acceso al “lenguaje corporal” (expresiones faciales, postura y otras claves que proporcionan información). Como resultado de esto, las impresiones que uno se forma se ven fuertemente influidas por la imaginación, lo que puede crear una poderosa atracción hacia el otro (Ben-Ze’ev, 2004). Una importante desventaja es el riesgo de que la otra persona no sea honesta acerca de sus intereses, ocupación o estado civil. Los *chat rooms* con nombres como “Mujeres con otros hombres” atraen a las personas casadas. Algunas de las relaciones establecidas en estos *chat rooms* conducen al “Divorcio estilo Internet” (Quittner, 1997).

Hacerse el/la difícil

El consejo tradicional que se les ha dado a las chicas es que los muchachos se sentirán más atraídos hacia ellas si se hacen las difíciles. ¿Existe alguna evidencia científica de que esto es cierto?

De hecho, existen dos experimentos que no proporcionan sustentación alguna a esta estrategia; según estos experimentos, hacerse la difícil no funciona (Walster *et al.*, 1973). En uno de estos experimentos, se reclutó a varones universitarios para un programa computacional de citas. Se les dio el número de teléfono de su cita. Cuando le hablaron, la mujer actuaba encantada y aceptaba la cita (era fácil), o dudosa y “ocupada” (se hacía la difícil). Después de la llamada telefónica, los investigadores evaluaron la impresión inicial de los varones. Los resultados no proporcionaron sustentación a la estrategia de hacerse la difícil. Los hombres tuvieron opiniones igualmente elevadas de la mujer, sin importar la estrategia que había utilizado. Más adelante, los mismos experimentadores condujeron un ingenioso experimento de campo en el que una sexoservidora se hacía la difícil o la fácil a la vez que se grababan las respuestas de los clientes. De nuevo, no hubo diferencia en las reacciones de los clientes varones. En vista de estos resultados negativos, los investigadores desarrollaron una hipótesis más compleja: la mujer que *selectivamente se hace la difícil* es la más atractiva; es decir, es fácil en un caso, pero se hace la difícil o no está disponible para otros hombres. Un experimento de citas computarizadas apoyó esta última hipótesis; la mujer que selectivamente se hace la difícil era la más popular entre los hombres.

Otra investigación analizó la cantidad de esfuerzo que se necesitaba para establecer una relación, a fin de determinar su efecto sobre el atractivo (Roberson y Wright, 1994). Se hizo creer a un grupo de estudiantes varones que sería fácil, difícil o imposible que trabajaran con una mujer que en apariencia era cálida y amistosa. Después se les pidió que la evaluaran en cuanto a dos dimensiones; qué tan agradable era y qué tan

atractiva era como compañera de trabajo. Los hombres que creyeron que sería difícil trabajar con ella la evaluaron como más atractiva que aquellos que pensaron que sería fácil o imposible.

En términos prácticos, esto significa que si una mujer quiere utilizar estrategias de hacerse la difícil, más le valdrá utilizarlas de manera habilidosa. Parece que la estrategia óptima sería dar la impresión de que tiene muchas otras ofertas de citas con otros pero que las rechaza, al mismo tiempo que da a entender que está dispuesta a citarse con el joven en cuestión, aunque a éste le tomará cierto esfuerzo persuadirla.

De manera interesante, en todas las investigaciones que hemos discutido, siempre es la mujer la que se hace la difícil y el varón es quien la evalúa. Esto refleja los estereotipos culturales del rol de género, en los que es el papel de la mujer hacer cosas como hacerse la difícil. Lo que no sabemos es la forma en que el uso de estrategias de hacerse el difícil en el caso del hombre afectaría la manera en que lo perciben las mujeres.

Dos atributos que se relacionan de manera cercana con hacerse el/la difícil son la experiencia sexual (percibida) y la fidelidad sexual (percibida). *Ser fácil* es una frase que en ocasiones se utiliza para describir a las personas (¿mujeres, con más frecuencia?) que se cree que han tenido numerosas parejas sexuales. Las investigaciones muestran de manera clara que las personas jóvenes con altos niveles de experiencia sexual se clasifican como menos deseables o como indeseables como parejas en relaciones románticas o sexuales (O’Sullivan, 1995). Al mismo tiempo, las investigaciones indican que la castidad o la falta de experiencia ya no influyen sobre las evaluaciones de parejas potenciales. Así, el ideal parece ser una limitada experiencia sexual en el pasado. La mayoría de la gente considera que la fidelidad o exclusividad sexual es una característica esencial de las relaciones comprometidas. La investigación ha encontrado que los varones y las mujeres experimentan repulsión ante parejas que ven deseosamente a otros, que presumen de sus poderes sexuales o que con frecuencia discuten sus relaciones anteriores (Cunningham *et al.*, 1996).

Cómo explicar nuestras preferencias

Los datos de investigación son bastante consistentes en su demostración de que seleccionamos como parejas potenciales a las personas que son similares a nosotros en características sociales —edad, raza, educación— y que comparten nuestras actitudes y creencias. No sólo esto, tanto varones como mujeres prefieren personas físicamente atractivas, aunque las mujeres colocan un énfasis mayor en el estatus social o poder económico del varón (Sprecher *et al.*, 1994). La pregunta evidente es ¿por qué? Se sugieren dos respuestas, una proveniente de la teoría del reforzamiento y la otra de la sociobiología (véase el capítulo 2 para una discusión de estas teorías).

Teoría del reforzamiento: ley de la atracción de Byrne

Una idea que hace bastante sentido —y con la que concuerdan los psicólogos— es que hay una tendencia a que nos agraden las personas que nos dan reforzadores o recompensas y a que nos desagraden las personas que nos castigan. El psicólogo social Donn Byrne (1997) ha formulado una ley de la atracción. Afirma que nuestra atracción hacia otra persona es proporcional al número de reforzadores que nos da en relación al número total de reforzadores y castigos que nos proporciona. O, si lo simplificamos aún más, nos agradan las personas que con frecuencia nos tratan bien y que rara vez nos tratan mal.

De acuerdo con esta explicación, preferimos a las personas que son similares a nosotros porque la interacción con ellas es gratificante. Es probable que las personas que se nos asemejan en edad, raza y educación tengan perspectivas parecidas acerca de la vida, prefieran el mismo tipo de actividades y tengan agrado por el mismo tipo de personas. Estos valores y creencias compartidas proporcionan las bases para una interacción llana y gratificante. Será fácil estar de acuerdo en cosas como qué tan importante es el trabajo escolar, qué programas de televisión ver y qué hacer el viernes por la noche. El desacuerdo acerca de tales cosas ocasionaría conflicto y hostilidad, que en definitiva no son recompensas (por lo menos para la mayoría de la

gente). Preferimos parejas bien parecidas porque estamos conscientes del alto valor que se le da al atractivo físico en la sociedad estadounidense; creemos que los demás tendrán una mejor opinión de nosotros si tenemos a una pareja físicamente agradable. Por último, preferimos a alguien con un estatus social o potencial de ingresos elevado porque todas las cosas materiales que las personas encuentran gratificantes cuestan dinero.

Estos hallazgos tienen ciertas implicaciones prácticas (Hatfield y Walster, 1978). Si usted está intentando que triunfe una nueva relación, asegúrese de que le proporciona algunos reforzadores positivos a la persona. Así también, asegúrese de que se pasen algunos buenos ratos juntos, de modo que realicen una *asociación* entre la relación y las recompensas. No pase todo su tiempo quitándole la pintura vieja a los muebles o limpiando la cochera. Y no olvide mantener vivos los reforzadores positivos (o “caricias” si prefiere ese término) en una relación vieja y estable.

Sociobiología: teoría de las estrategias sexuales

Los sociobiólogos ven la conducta social desde una perspectiva evolucionista. De manera histórica, la función del apareamiento ha sido la reproducción. Los hombres y las mujeres que seleccionaron a sus parejas con base en ciertas preferencias tuvieron un mayor éxito que aquellas que las seleccionaron según otras

Figura 13.1 Según la ley de la atracción de Byrne, nuestro agrado por una persona está influido por los reforzadores que recibimos al interactuar con ella. Las actividades compartidas proporcionan las bases para una interacción llana y gratificante.



preferencias (Allgeier y Wiederman, 1994). Los exitosos produjeron más crías, que a su vez produjeron más crías, conduciendo sus preferencias de apareo hasta el presente.

Los varones y las mujeres se enfrentan a problemas diferentes de adaptación en sus esfuerzos por reproducirse (Buss y Schmitt, 1993). Ya que las mujeres paren a las crías, los varones necesitan identificar a las mujeres valiosas en términos reproductivos. Si no intervienen otros factores, es más probable que las mujeres jóvenes sean más fértiles que las mujeres mayores; de aquí la preferencia por la juventud, lo que da por resultado de que los varones jóvenes elijan mujeres jóvenes (homofilia). Así también, los sociobiólogos afirman que los hombres quieren estar seguros de la paternidad de las crías; por tanto quieren una mujer que será sexualmente fiel, es decir, que se hará la difícil.

Si no intervienen otros factores, es más probable que una persona físicamente atractiva sea sana y fértil que una que no lo sea; de allí la preferencia por parejas bien parecidas. Si el atractivo es indicador de salud, esperaríamos que fuera más importante en sociedades donde las enfermedades crónicas son más predominantes. Gangestad y Buss (1993) midieron la predominancia de siete patógenos, incluyendo aquellos que ocasionan paludismo y lepra, en 29 culturas, y también obtuvieron evaluaciones acerca de la importancia de 18 atributos de parejas. Encontraron que el atractivo físico se consideraba más importante para los residentes de sociedades con una mayor predominancia de patógenos. Sin embargo, un estudio encontró que no existía relación alguna entre el atractivo facial evaluado (con base en una fotografía) y la evaluación clínica de la salud en muestras de adolescentes (169 mujeres, 164 varones). Al mismo tiempo, los evaluadores clasificaron a las personas más atractivas como más sanas (Kalick *et al.*, 1998).

Las mujeres necesitan hacer una inversión mucho mayor que los varones a fin de reproducirse. Estarán embarazadas durante nueve meses y después del nacimiento necesitan cuidar del lactante y del infante durante varios años. Así, las mujeres desearán seleccionar como parejas a varones que sean valiosos en términos reproductivos; de aquí la preferencia por parejas bien parecidas. También quieren a una pareja capaz y dispuesta a invertir recursos en ellas y en sus hijos. Es evidente que los hombres deben tener recursos a fin de invertirlos; de aquí la preferencia por hombres con una mayor educación y con aspiraciones ocupacionales más elevadas. Esta cuestión de los recursos es más importante que el problema de identificar a un varón reproductivamente valioso, de modo que las mujeres clasifican los ingresos y el potencial económico como más importante que el atractivo físico.

La investigación proporciona evidencia consistente con esta teoría. Por ejemplo, unos investigadores les presentaron una lista de 31 tácticas a una muestra de

pasantes universitarios y les pidieron que evaluaran qué tan efectivos serían en atraer una pareja a largo plazo (Schmitt y Buss, 1996). Para las mujeres, las tácticas que comunicaban exclusividad o fidelidad sexual se juzgaron altamente efectivas en la atracción de una pareja. Para los varones, las tácticas que mostraban un potencial de recursos se juzgaron como más efectivas.

Estas dos explicaciones —la teoría del reforzamiento y la sociobiología— no son inconsistentes. Podemos pensar en el reforzamiento en términos más generales. La reproducción es una meta importante para la mayoría de los adultos de cualquier sociedad. La reproducción exitosa —es decir, tener un hijo que se desarrolla de manera normal— es un reforzador poderoso. Es probable que el seguir las estrategias sexuales que hemos heredado nos conduzca a ese reforzador.

Intimidad

La intimidad significa un importante componente de cualquier relación cercana o romántica. Hoy en día, muchas personas buscan aumentar la intimidad en sus relaciones. Así, en la presente sección, exploraremos la intimidad en mayor detalle a fin de tratar de obtener una mayor comprensión acerca de ella.

Definición de intimidad

Los psicólogos han ofrecido un número de definiciones de la intimidad, incluyendo las que se presentan a continuación (Perlman y Fehr, 1987, p. 17):

1. Las características definitorias de la intimidad incluyen “franqueza, honestidad, autodivulgación mutua; cariño, calidez, protección, ayuda; dedicación mutua, atención mutua, compromiso mutuo; renuncia al control, bajar las defensas; volverse emotivo, sentirse afligido cuando ocurre una separación”.
2. “La intimidad emocional se define en términos conductuales como la autodivulgación mutua y otros tipos de participación verbal, así como declaraciones de agrado y amor por el otro, y como demostraciones de afecto.”

Observe que la primera definición se refiere a la intimidad como característica de la persona y la segunda como característica de la relación. Una manera de concebir la intimidad es en el sentido de que ciertas personas tienen una mayor capacidad de intimidad o de participar en más conductas que promueven la intimidad que otras.

Una definición de intimidad en las relaciones románticas es “el nivel de compromiso y de cercanía positiva afectiva, cognitiva y física en una relación recí-

proca (aunque no necesariamente simétrica)” (Moss y Schwebel, 1993, p. 33). El énfasis de esta definición se encuentra sobre la cercanía o la participación, que cuenta con tres dimensiones: afectiva (emocional), cognitiva y física. Nótese, también, que aunque la **intimidad** debe ser recíproca, no necesita ser equitativa. Muchas personas han tenido la experiencia de sentirse más apegadas a otra persona de lo que dicha persona parece sentirse hacia ellas. Por último, observe que aunque la intimidad tiene una dimensión física, no necesariamente es sexual.

En un estudio se les pidió a estudiantes universitarios que contestaran una pregunta abierta acerca de lo que pensaban que hacía íntima a una relación (Roscoe *et al.*, 1987). Las cualidades que surgieron, con gran acuerdo, fueron la participación, la interacción sexual, la confianza en la pareja y la franqueza. Nótese que estas cualidades son bastante similares a las que se listan en las definiciones anteriores.

Intimidad y autodivulgación

Una de las características esenciales de la intimidad, y que aparece en las definiciones tanto de psicólogos como de estudiantes universitarios, es la autodivulgación; es decir, el darle información personal de uno mismo a la otra persona (Derlega, 1984). Considere la siguiente situación:

John tiene 41 años de edad y es profesor de la universidad estatal. Durante los últimos tres meses, se ha estado citando con Susan, una profesora asociada de 35 años de edad. Se ha sentido deprimido en el último año. Su padre murió recientemente después de una enfermedad crónica. John también se ha sentido insatisfecho en cuanto a sus esfuerzos docentes y de investigación. Una noche, él y Susan hablaron durante varias horas acerca de un sinfín de temas. De lo que más hablaron fue acerca de las incertidumbres de John y de su pesimismo acerca de poder tomar control de su vida. Susan escuchó pacientemente mientras que John habló con franqueza acerca de sí mismo. Quería entenderlo y mostrarle su apoyo. Susan le dijo a John que le tenía cariño sin importar los problemas personales que estaba teniendo. John se sintió agradecido y percibió que ella lo entendía. Se sintió mucho más cercano a ella después de su charla. (Derlega, 1984, p. 1)

Esta historia ejemplifica la manera en que la autodivulgación promueve la intimidad en una relación y nos hace sentir cercanos a la otra persona. También ilustra la importancia de que nuestra pareja esté dispuesta a aceptar a responder a la autodivulgación. Si la aceptación no se encuentra presente, es posible que nos sintamos traicionados o amenazados, y ciertamente no nos sentiremos más íntimos con la pareja.

Un estudio de interacciones que se dieron de forma natural examinó la relación entre la autodivulgación, la divulgación percibida de la pareja y el grado de intimidad experimentado (Laurenceau *et al.*, 1998). Un grupo

Figura 13.2 La intimidad ocurre en una relación cuando hay calidez y autodivulgación mutuas.



de jóvenes registró los datos de toda interacción que haya durado más de 10 minutos, 7 o 14 días. Se analizaron los datos de más de 4 000 interacciones diádicas (es decir, de dos personas) que registraron los 158 participantes. Tanto la autodivulgación como la divulgación de la pareja se asociaron con la evaluación de la intimidad de la interacción que el participante llevó a cabo. Además, la autodivulgación de emociones se relacionó de manera más cercana con la intimidad que la autodivulgación de hechos.

Intimidad: cualidad de la relación que se caracteriza por el compromiso, los sentimientos de cercanía y confianza y las revelaciones personales.

Entonces, la autodivulgación y la intimidad se fortalecen de forma mutua. La autodivulgación promueve que sintamos que la relación es íntima y, cuando esto sucede, nos sentimos cómodos de divulgar más acerca de nosotros mismos. Sin embargo, la autodivulgación y la intimidad no necesariamente aumentan de manera consistente a lo largo del tiempo. Dentro de ciertas relaciones, el patrón puede ser que un aumento en la intimidad se sigue de una meseta o incluso de un retraimiento (Collins y Miller, 1994).

Anteriormente habíamos señalado el papel del atractivo físico en la atracción inicial. Las investigaciones sugieren que el atractivo físico se relaciona de manera positiva con la autodivulgación. Se formaron pares aleatorios de varones y mujeres para crear 38 parejas que no se conocían con anterioridad. Se dejó a cada pareja a solas en una habitación durante seis minutos. Las personas atractivas divulgaron más acerca de sí mismas, y las personas divulgaron más información a parejas atractivas (Stiles *et al.*, 1996). Así, es posible que el atractivo facilite el desarrollo de la intimidad.

Medición de la intimidad

Los psicólogos han desarrollado algunas escalas para la medición de la intimidad que pueden proporcionarnos mayores conocimientos. Una de estas escalas es la Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR) Inventory (Inventario de Evaluación Personal de la Intimidad en las Relaciones) (Schaefer y Olson, 1981). Mide la intimidad emocional dentro de una relación por medio de reactivos como los siguientes:

1. Mi pareja me escucha cuando necesito a alguien con quién hablar.
2. Mi pareja realmente comprende mis dolores y alegrías.

Otra escala útil para medir la intimidad dentro de una relación incluye reactivos como estos (Miller y Leafcourt, 1982):

1. ¿Con qué frecuencia le confía información muy personal a él o a ella?
2. ¿Con qué frecuencia puede usted comprender los sentimientos de su pareja?
3. ¿Con qué frecuencia se siente cercano a él o ella?
4. ¿Qué tan importante es su relación con él o ella en su propia vida?

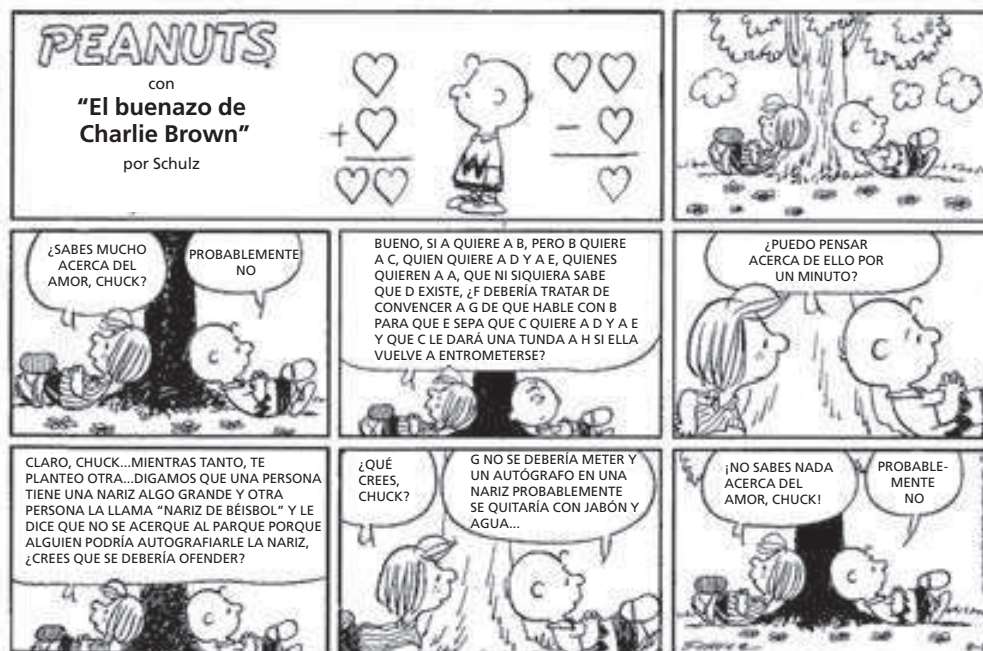
Si en este momento usted se encuentra en una relación, conteste estas preguntas para sí mismo y considere la calidad de la intimidad dentro de su relación.

En resumen, una relación íntima se caracteriza por el compromiso, sentimientos de cercanía y confianza, y por la autodivulgación. Podemos promover la intimidad dentro de nuestras relaciones por medio de la autodivulgación (por supuesto, siempre y cuando confiemos en la persona, pero es bastante difícil desarrollar la intimidad cuando existe una falta de confianza) y de la aceptación de las divulgaciones propias de la otra persona.

Teorías acerca del amor

Al inicio del presente capítulo, señalamos que existe una conexión entre el amor y el sexo dentro de la sociedad estadounidense. En la vida cotidiana y en las teorías acerca del amor, esta conexión es un continuo (Hendrick y Hendrick, 2004). A un extremo se encuentran los “acostones”, relaciones sexuales a corto plazo que suceden los sábados por la noche, en las vacaciones de primavera o en un crucero de solteros, con un mínimo de romance (Lambert *et al.*, 2003; Maticka-Tyndale *et al.*, 2003). Dentro de las teorías acerca del amor, ésta es la perspectiva de “en realidad el amor es

Figura 13.3 Comunicarse acerca del amor con frecuencia resulta difícil.



Fuente: PEANUTS reimpresso con permiso de United Feature Syndicate, Inc.

sexo” que se encuentra, por ejemplo, dentro de la teoría evolutiva. Al otro extremo se encuentran las relaciones amorosas románticas en las que el sexo es inexistente o incidental como, por ejemplo, dentro de un amorío no sexual. Dentro de las teorías, ésta es la perspectiva que se encuentra en la teoría de Sternberg del amor como historia, por ejemplo. Hacia el centro está la perspectiva de “en realidad el sexo es amor”, como en el caso de la teoría del amor pasional. Al centro se encuentra la relación que equilibra a ambos, como en el caso de la teoría triangular. En la presente sección, analizaremos cuatro puntos de vista acerca del amor: la teoría triangular, la teoría de la vinculación, la perspectiva del amor como una historia y el enfoque del amor pasional.

Teoría triangular del amor

Robert Sternberg (1986) ha formulado una teoría triangular acerca de la naturaleza del amor. De acuerdo con su teoría, el amor tiene tres componentes fundamentales: intimidad, pasión y decisión o compromiso.

Los tres componentes del amor

Intimidad. La intimidad es el componente emocional del amor. Incluye nuestros sentimientos de cercanía o de apego a la otra persona. Por lo general, el sentimiento de intimidad implica una sensación de comprensión mutua con el ser amado; una sensación de compartirse uno mismo; la comunicación íntima con el amado, que implica una sensación de que el ser amado nos escucha y acepta lo que compartimos; y un dar y recibir de apoyo emocional de y hacia el ser amado.

Por supuesto, la intimidad se encuentra presente en una variedad de relaciones que no son románticas. Aquí, la intimidad definitivamente *no* es un eufemismo para sexo (como cuando alguien pregunta, “¿Y has tenido intimidad con él?”). El tipo de cercanía emocional implicada en la intimidad se puede encontrar entre mejores amigos y entre padres e hijos, del mismo modo que entre amantes.

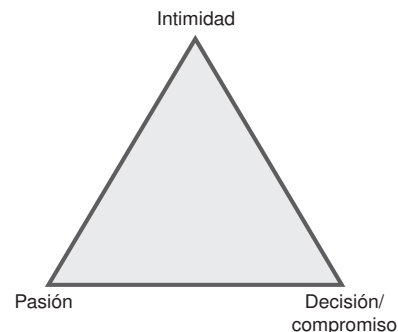
Pasión. La pasión es el componente motivacional del amor. Incluye atracción física y el impulso hacia la expresión sexual. La excitación fisiológica es una parte importante de la pasión. La pasión es el componente que diferencia al amor romántico de otros tipos de amor, tal como el amor entre mejores amigos o el amor entre padres e hijos. En general, la pasión es el componente del amor que es más fácil de estimular, pero en el curso de una relación a largo plazo, también es el componente que se desvanece con mayor velocidad.

Es frecuente que la intimidad y la pasión se encuentren entrelazadas. En algunos casos, la pasión ocurre primero, cuando los miembros de la pareja experimentan una poderosa atracción física inicial entre sí; es posible que más adelante se presente la intimidad emocional. En otros casos, las personas se conocen sólo a nivel casual, pero a medida que se desarrolla la

Figura 13.4 Robert Sternberg, quien formuló la teoría triangular del amor y la teoría del amor como historia (Universidad de Yale).



Figura 13.5 El triángulo de la teoría triangular del amor de Sternberg.



intimidad emocional, la pasión le sigue. Por supuesto, también existen los casos en que la intimidad y la pasión están separadas por completo. Por ejemplo, en los casos de sexo casual, la pasión está presente, pero no así la intimidad.

Decisión o compromiso. El tercer componente es el cognitivo, la decisión o compromiso. En realidad, este componente tiene dos aspectos. El aspecto a corto plazo es la decisión de que uno ama a la otra persona. El aspecto a largo plazo es el compromiso de conservar la relación. El compromiso es lo que hace que la relación dure. La pasión viene y se va. Toda relación tiene sus buenos y malos momentos, sus subidas y bajadas. Cuando las palabras de la ceremonia tradicional de matrimonio preguntan si usted acepta amar a su cónyuge “en las buenas y en las malas”, la respuesta “sí, acepto” es la promesa del compromiso.

Teoría triangular

Sternberg (1986) denomina sus ideas *teoría triangular del amor*. La figura 13.5 muestra el triángulo amoroso de Sternberg.¹ La cúspide del triángulo es la intimidad, la arista izquierda es la pasión y la arista derecha es la decisión o compromiso.

La metáfora del triángulo nos permite ilustrar la manera en que dos personas pueden concordar o discrepar en cuanto al amor que sienten entre sí. En la figura 13.6a), Elizabeth siente la misma intimidad hacia Robert que él siente hacia ella, ambos sienten niveles equivalentes de pasión y ambos tienen el mismo nivel de compromiso. De acuerdo con la teoría, esa es una concordancia perfecta. La figura 13.6b) muestra una situación en la que la pareja tiene una discrepancia leve, pero no grave. La figura 13.6d) muestra una situación en que la pareja tiene una discordancia grave. Ambas parejas tienen el mismo nivel de compromiso, pero Elizabeth siente una cantidad significativamente mayor de intimidad y de pasión que Robert.

Las investigaciones realizadas por Sternberg indican que cuando existe una buena concordancia [como lo muestran las figuras 13.6a) y b)] entre el amor de los miembros de una pareja, éstos tienden a sentirse satisfechos con la relación. Cuando hay una discrepancia entre los triángulos existe una insatisfacción con la relación.

Pensando en las aplicaciones prácticas de la teoría, si una relación parece encontrarse en problemas, puede ser porque hay una discrepancia entre los triángulos. Se podría analizar el amor dentro de la relación en términos de los tres componentes (intimidad, pasión y compromiso) para ver en qué sentido discrepan los miembros de la pareja. Podría ser que tienen una buena concordancia en pasión, pero que uno siente y desea mayor intimidad o compromiso que el otro.

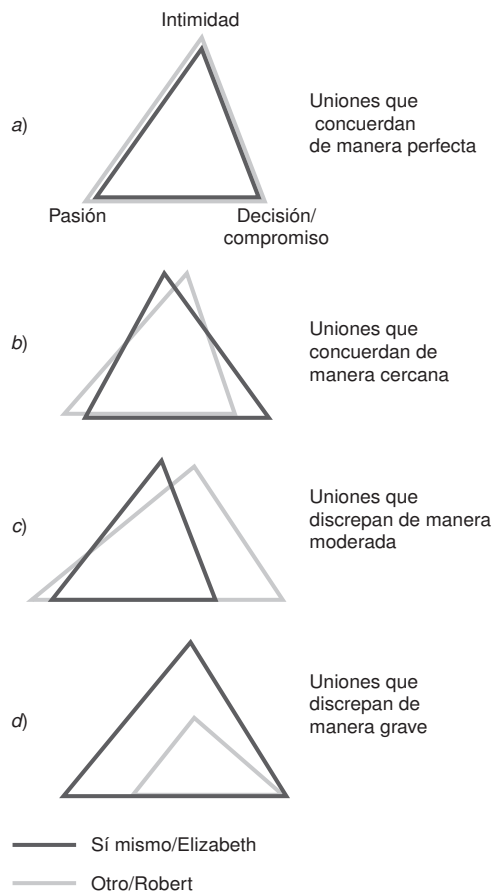
Amor en acción

Sternberg también discute que cada uno de los tres componentes del amor se debe traducir en acción. El componente de intimidad se expresa en acciones tales como comunicar sentimientos e información personal, ofrecer apoyo emocional (y tal vez financiero) y expresar empatía por el otro. El componente de pasión se expresa en acciones tales como besar, tocar y hacer el amor. El componente de decisión o compromiso se demuestra con acciones tales como decir “Te amo”, casarse, y quedarse dentro de la relación en momentos en que no es particularmente conveniente.

Como escribió el gran psicoanalista Erich Fromm en su libro, *El arte de amar* (1956), el amor es algo que uno

¹ Este término no se debe confundir con el uso popular de la expresión *triángulo amoroso*, que se refiere a una situación en la que están involucradas tres personas que están enamoradas, pero en que el amor no es recíproco por lo que las cosas no funcionan del todo bien. Por ejemplo, A ama a B, B ama a C, y C ama a A, pero A no ama a C y B no ama a A. Lástima.

Figura 13.6 Los miembros de la pareja pueden concordar o discrepar, dependiendo de la correspondencia entre sus niveles de intimidad, pasión y decisión/compromiso.



hace, no el estado en el que uno *está*. Fromm creía que amar es un arte, algo que uno debe aprender a hacer y practicar. Y, como dice Sternberg, “Sin expresión, aún el amor más grandioso puede morir” (1986, p. 132).

Sustentación de la teoría triangular del amor de Sternberg

Sternberg desarrolló un cuestionario, la Sternberg Triangular Love Scale (Escala triangular del amor de Sternberg) (STLS), para poder medir los tres componentes de su teoría. Se han realizado diversos estudios acerca de las características de la escala misma (p. ej., Sternberg, 1987, 1997; Whitley, 1993). La escala proporciona buenas mediciones de los componentes, en especial de la pasión y del compromiso. Las puntuaciones para una misma relación son estables hasta por dos meses.

Sternberg realiza varias predicciones acerca de cómo deberían cambiar las puntuaciones a lo largo del tiempo. Un estudio reclutó 204 adultos de 18 a 68 años de edad; 65 por ciento estaban casados (Acker y Davis, 1992). La duración promedio de las relaciones era de

9.5 años. Como se había predicho, las puntuaciones de compromiso aumentaron a medida que las relaciones pasaban de las citas al matrimonio. Sternberg espera que la intimidad decrezca a lo largo del tiempo a medida que aumenta la familiaridad con la pareja; efectivamente, la intimidad conductual (compartir sentimientos internos, tratar de entender a la pareja) disminuyó como se había predicho. Sin embargo, al contrario de las predicciones, las otras dos medidas de intimidad (incluyendo la de Sternberg) aumentaron. Un estudio de una muestra de adultos alemanes evaluó la relación entre los tres componentes y la actividad y satisfacción sexuales (Grau y Kimpf, 1993). La teoría predice que la cantidad de pasión se debe relacionar de manera más cercana con la actividad sexual, pero los resultados indicaron que la intimidad se relacionaba de manera más cercana con la conducta y satisfacción sexuales.

En general, estos resultados iniciales son prometedores. Se necesitan mediciones más refinadas e investigaciones adicionales a fin de evaluar la teoría de manera más detallada.

Teoría de la vinculación acerca del amor

En el capítulo 11 discutimos el vínculo más temprano que experimentan los humanos: el que existe entre el lactante y su progenitor. Una hipótesis es que la calidad de este vínculo inicial —ya sea seguro y placentero o inseguro y desagradable— nos afecta de manera profunda por el resto de nuestras vidas y, en particular, afecta nuestra capacidad para formar vínculos amorosos con otros al llegar a la adultez.

La *teoría de la vinculación acerca del amor* se basa en estas ideas (Hazan y Shaver, 1987; Simpson, 1990). De acuerdo con la teoría de la vinculación, los adultos se caracterizan, dentro de sus relaciones románticas, por uno de tres estilos. Los *amantes seguros* son personas a quienes se les facilita acercarse a otros y que se sienten cómodos con que otros se sientan cercanos a ellos. La dependencia mutua dentro de la relación (depender de la pareja y que ésta dependa de uno) les parece adecuada. Los amantes seguros no temen que se les abandone. En contraste, los *amantes evitantes* se sienten incómodos con la cercanía hacia otra persona o que esa persona se sienta cercana a ellos. Es difícil que confíen o dependan de una pareja. El tercer tipo, los *amantes ansiosos-ambivalentes*, desean desesperadamente acercarse a una pareja, pero con frecuencia hallan que dicha pareja no corresponde al sentimiento, tal vez porque los amantes ansiosos-ambivalentes ahuyentan a los demás. Se sienten inseguros dentro de la relación y se preocupan de que su pareja no los ame en realidad. Las investigaciones reflejan que cerca del 53 por ciento de los adultos son seguros, 26 por ciento son evitantes y 20 por ciento son ansiosos-ambivalentes (Hazan y Shaver, 1987). Esta investigación también muestra que la separación de

uno de los padres durante la infancia —tal vez a causa de divorcio o muerte— no se relaciona con los estilos de vinculación adulta. Es decir, los hijos de padres divorciados no están en mayores o menores probabilidades de ser amantes seguros que los hijos provenientes de matrimonios estables (un hallazgo que probablemente sea afortunado, dadas las altas tasas de divorcio en Estados Unidos). Lo que sí predijo el estilo de vinculación adulta fue la percepción de la persona en cuanto a la *calidad* de la relación con cada progenitor.

Esta investigación manifiesta algunas implicaciones importantes. Primero, nos ayuda a entender que los adultos traen su propia historia personal de amor y vinculación a cualquier relación romántica en particular. Las fuerzas de esa historia personal pueden ser poderosas y es posible que una pareja buena y amorosa no pueda transformar a un amante evitante en amante seguro. Segundo, nos ayuda a comprender que el conflicto que existe en algunas relaciones se puede deber a una falta de coincidencia en estilos de vinculación. Un amante seguro que desea tener relaciones íntimas y cercanas probablemente se sentirá frustrado e insatisfecho con un amante evitante, que se siente incómodo ante la cercanía. La teoría de la vinculación sugiere que la forma importante de similitud es la similitud en estilos de vinculación (Latty-Mann y Davis, 1996). Por último, esta teoría proporciona cierta explicación de los celos, que son más comunes entre los amantes ansiosos-ambivalentes (aunque también se encuentran presentes entre los otros estilos) debido a sus experiencias tempranas de ansiedad en cuanto a su vinculación con sus padres.

Un estudio de 354 parejas heterosexuales en relaciones serias de cita analizó la dinámica de los estilos de vinculación adulta (Kirkpatrick y Davis, 1994). En más de la mitad de las parejas, ambos miembros tenían un estilo seguro de vinculación. Cerca del 10 por ciento consistía de una persona con estilo seguro y otra con estilo evitante, y 10 por ciento consistía de parejas seguras-ansiosas. Como se podría esperar, no hubo una sola pareja ansiosa-ansiosa ni evitante-evitante; tales apareamientos serían muy incompatibles. Las parejas con estilo seguro informaron del mayor compromiso y satisfacción con sus relaciones. Las relaciones en que la mujer tenía un estilo ansioso obtuvieron evaluaciones más negativas de parte de ambos miembros de la pareja. No es de sorprender que los varones evitantes dieran las evaluaciones más negativas ya que se sienten incómodos con la cercanía emocional. Estos resultados proporcionaron una fuerte sustentación a la teoría de la vinculación.

El estilo de vinculación afecta las relaciones al afectar la manera en que interactúan los miembros de la pareja. Un estudio de 128 parejas establecidas (duración promedio de la relación, 47 meses) evaluó los estilos de vinculación, los patrones de adaptación y satisfacción con la relación (Scharfe y Bartholomew, 1995). Los individuos con un estilo seguro de vincula-

Tema central 13.1

Celos

Los celos son una emoción desagradable que con frecuencia se asocia con las relaciones románticas y sexuales. Los casos intensos de celos pueden ocasionar la violencia, incluyendo el abuso de la pareja, ataques físicos y homicidio. Como resultado, han sido el centro de una cantidad considerable de trabajo académico. Diversas perspectivas contribuyen a nuestra comprensión de esta emoción.

Los celos son la respuesta cognitiva, emocional y conductual ante la amenaza a una relación interpersonal (Guerrero *et al.*, 2004). El enfoque de la evaluación cognitiva sugiere que las emociones pueden ser el resultado de la evaluación cognitiva de un estímulo. Así, los celos ocurren cuando un individuo *interpreta* que un estímulo representa una amenaza a una relación valiosa; en realidad, tal amenaza a la relación puede o no existir. Es posible que una variedad de conductas de parte de la pareja se interpreten como amenaza; en un estudio, individuos en relaciones de cita dijeron que el solo hecho de que sus parejas pasaran tiempo con otra persona era uno de tres actos de traición principales (Roscoe *et al.*, 1988). En el siglo XXI, la interacción con otra persona vía la red puede evocar una reacción de celos de parte de la pareja. Así también, la conducta o comentarios de una tercera persona pueden provocar celos, como también es posible que despierten sospechas las circunstancias tales como llegar tarde a casa.

Existen dos tipos de celos: emocionales y sexuales. Los celos *emocionales* ocurren cuando una persona cree o sabe que su pareja está emocionalmente vinculada o enamorada de otra persona. Los celos *sexuales* suceden cuando la persona cree o sabe que su pareja quiere participar o ha participado de la intimidad sexual con otro. Los dos tipos pueden ocurrir en conjunto o de manera separada. La hipótesis del enfoque evolutivo es que existe una diferencia de género en cuanto a los celos, que los varones se perturban más ante la infidelidad sexual de la pareja (heterosexual), mientras que las mujeres se alteran más ante la infidelidad emocional de la pareja (heterosexual). Esta hipótesis se basa en el argumento de que el problema (o preocupación) adaptativo masculino en la reproducción es la incertidumbre de la paternidad. Así, el varón, motivado a pasar sus genes a la siguiente generación, quiere asegurarse de que los hijos de quienes cuida son los suyos, de modo que está muy vigilante en cuanto a la fidelidad sexual femenina. El problema adaptativo femenino es obtener los suficientes recursos para cuidarse a ella misma y a sus crías, de modo que

está muy vigilante en cuanto a la fidelidad romántica masculina; si su pareja se enamorara de alguien más, podría dejarla y perdería los recursos que él proporciona. Diversos estudios han informado de resultados que sustentan a esta hipótesis, incluyendo un estudio que informó de sustentación transcultural o que utilizó datos provenientes de Estados Unidos, Alemania y Holanda (Buunk *et al.*, 1996). Sin embargo, todos los resultados que apoyan la hipótesis se basan en una sola pregunta que obliga a varones y mujeres a decir qué tipo de infidelidad los alteraría más, la emocional o la sexual. Aquellos estudios que les preguntan a varones y mujeres qué tan alterados se sentirían por cada tipo de infidelidad por separado únicamente informan de diferencias pequeñas o insignificantes. Una cuidadosa reseña de cinco tipos de evidencia halló poca sustentación para esta hipótesis (Harris, 2003). Un estudio de adultos heterosexuales y homosexuales encontró que tanto varones como mujeres estaban más preocupados acerca de la infidelidad emocional de sus parejas (Harris, 2002).

Los psicólogos Gregory White y Paul Mullen (1989) consideran a los celos como una constelación que incluye pensamientos, emociones y acciones. Según sus investigaciones, existen dos situaciones que activan los celos. Una es la situación en la que existe una amenaza a nuestra autoestima. Por ejemplo, en una buena relación, nuestra pareja nos ayuda a sentirnos bien acerca de nosotros mismos; nos hacen sentir atractivos o que somos divertidos. Si aparece un rival y nuestra pareja muestra interés, es posible que pensemos “Él la encuentra más atractiva que yo” o “Ella piensa que él es más divertido que yo”. Entonces, nos sentimos menos atractivos o menos divertidos, es decir, nuestra autoestima se ve amenazada.

La segunda situación que activa los celos es una amenaza a la relación. Si aparece un rival en escena, es posible que temamos que nuestra pareja se separará de nosotros y que formará una nueva relación con el rival. Los celos se activan debido a nuestros pensamientos y sentimientos negativos acerca de la pérdida de una relación que ha sido buena para nosotros y de la pérdida de todas las cosas agradables que acompañan a esa relación, tales como compañerismo y sexo.

Según White y Mullen, pasamos por varias etapas en la respuesta de celos, en ocasiones con gran rapidez. La primera es cognitiva, donde hacemos una valoración inicial de la situación y encontramos que existe una amenaza a nuestra autoestima o a la relación. A continuación, experimentamos una reacción

Figura 13.7 Una situación que activa los celos es una amenaza percibida a la relación.



emocional que tiene dos fases en sí. La primera es una respuesta rápida de estrés, la *explosión de celos*. Para utilizar la terminología de la teoría de dos componentes del amor, la respuesta de estrés es el componente fisiológico de la emoción de celos. La segunda fase de la respuesta emocional sucede cuando revaloramos la situación y decidimos cómo manejarla. En la etapa de revaloración, es posible que cambiemos la manera en que vemos la situación, por ejemplo, en lugar de amenaza, la vemos como un reto. Las intensas emociones iniciales se tranquilizan y pueden reemplazarse por mal humor.

Los intentos por manejar los celos conducen a una variedad de conductas. Algunas de ellas son constructivas, tal como la comunicación efectiva con la pareja (véase el capítulo 10 para una discusión acerca de las técnicas de los comunicadores efectivos). Tal discusión puede conducir a una evaluación de la relación y a los intentos por cambiar algunos de los aspectos problemáticos de la misma. Si el problema parece lo suficientemente serio, es posible que los miembros de la pareja busquen el consejo de un mediador o terapeuta. Otras respuestas conductuales a los celos son destructivas. La amenaza a la autoestima puede conducir a la depre-

sión, al abuso de sustancias o al suicidio. Es posible que la agresión se dirija hacia la pareja, hacia la tercera persona o hacia ambas, y puede conducir a un abuso físico o sexual, o incluso al homicidio.

Las investigaciones sugieren que el estilo de vinculación puede influir de manera importante en la manera en que respondemos ante los celos (Sharpstein y Kirkpatrick, 1997). Se le preguntó a un grupo de pasantes cómo había reaccionado ante los celos en el pasado. Aquellos con un estilo seguro de vinculación informaron que le habían expresado su enojo a su pareja y que habían conservado la relación. Aquellos con estilo ansioso informaron del enojo más intenso, pero era más probable que dijeran que no lo habían expresado. Las personas con un estilo evitante estuvieron en mayores probabilidades de dirigir su enojo hacia la tercera persona.

Fuentes: Fisher (1992); Guerrero *et al.* (2004); Reiss (1986); White y Mullen (1989).

ción informaron que respondían de manera constructiva a la conducta potencialmente destructiva de su pareja, por ejemplo, con esfuerzos por discutir y resolver el problema. Las personas temerosas de vincularse con otro respondieron con evitación o retraimiento.

Amor como una historia

Cuando pensamos en el amor, es frecuente que nuestros pensamientos se dirijan a las grandes historias de amor: Romeo y Julieta, la Cenicienta y el Príncipe (Julia Roberts y Richard Gere), el Rey Eduardo VIII y Wallis Simpson, y *Pigmalión/Mi Bella Dama*. Según Sternberg (1998), estas historias son mucho más que entretenimiento. Moldean nuestras creencias acerca del amor y de las relaciones y, a su vez, nuestras creencias influyen sobre nuestra conducta.

Zach y Tammy han estado casados 28 años. Sus amigos han estado prediciendo su divorcio desde el día en que se casaron. Pelean casi de manera constante. Tammy amenaza con abandonar a Zach; él le dice que nada lo haría más feliz. Vivieron felices para siempre.

Valerie y Leonard tenían el matrimonio perfecto. Se dijeron a sí mismos y a todos sus amigos que así era. Sus hijos dicen que nunca se peleaban. Leonard conoció a alguien en su oficina y abandonó a Valerie. Están divorciados. (Adaptado de Sternberg, 1998)

¡Un momento! ¿No están invertidos esos finales? Zach y Tammy deberían estar divorciados, y Valerie y Leonard deberían vivir felices para siempre. Si el amor es tan sólo la interacción entre dos personas, la manera en que se comunican y comportan, usted tiene la razón. Pero el amor es más que la interacción; lo que importa es la manera en que cada miembro de la pareja *interpreta* la interacción. Para darle sentido a lo que pasa dentro de nuestras relaciones, dependemos de nuestras historias de amor.

Una **historia de amor** es una historia acerca de cómo debería ser el amor; tiene *personajes*, una *trama* y un *tema*. Existen dos personajes centrales en cada historia de amor, los cuales representan papeles que se complementan entre sí. La trama describe el tipo de evento que sucede dentro de la relación. El tema es primordial; le proporciona significado a los sucesos que integran la trama y dirige las conductas de los protagonistas. La historia que guía la relación de Tammy y Zach es una historia de guerra. Cada uno considera que el amor es una guerra; una buena relación implica peleas

constantes. Los dos personajes centrales son guerreros, batallando entre sí, peleando por lo que creen. La trama consiste de discusiones, peleas, amenazas de abandono; en otras palabras,

de batallas. El tema es que el amor es la guerra. Uno puede ganar o perder batallas específicas, pero la guerra continúa. La relación de Zach y Tammy perdura porque comparten esta perspectiva, y porque concuerda

con sus temperamentos. ¿Se imagina cuánto duraría un timorato en una relación con cualquiera de ambos?

Según este punto de vista, el *enamoramiento* sucede cuando se conoce a alguien con quien se puede crear una relación que concuerda con la propia historia de amor. Además, nos sentimos satisfechos con las relaciones en las que nosotros y nuestra pareja coincidimos con los personajes de nuestra historia (Beall y Sternberg, 1995). En la superficie, el matrimonio de Valerie y Leonard parecía excelente, pero no coincidía con la historia de amor de Leonard. Se fue cuando conoció a su “verdadero amor”, es decir, a una mujer que pudiera interpretar el papel complementario de su historia de amor primordial.

¿De dónde vienen nuestras historias? Muchas de ellas tienen sus orígenes en la cultura, folklore, literatura, teatro, cine y programas de televisión. El contexto cultural interactúa con nuestra experiencia y características personales en la creación de las historias que cada uno de nosotros tiene (Sternberg, 1996). A medida que experimentamos relaciones, nuestras historias evolucionan, incorporando eventos inesperados en el recuento. Cada persona tiene más de una historia; es frecuente que tales historias formen una jerarquía. Una de las historias de Leonard era “Casa y hogar”, donde el hogar era el centro de la relación y él (en el papel de guardián) derramaba atenciones sobre la casa y los niños (no sobre Valerie). Pero cuando conoció a Sharon, con su aire distante, su pasado ambiguo y sus lentes oscuros, quedó prendado: ella suscitaba la historia de “El amor es un misterio”, que era más prominente para Leonard. No podía explicar por qué había dejado a Valerie y a los niños; como la mayoría de nosotros no estaba activamente consciente de sus historias de amor.

A partir de estos ejemplos, debería resultar evidente que las historias de amor derivan su poder del hecho de que son profecías autocumplidas. Dentro de nuestra relación creamos sucesos que estén de acuerdo con la trama y después interpretamos tales sucesos según el tema. De manera literal, nuestras relaciones de amor son construcciones sociales. Debido a que nuestras historias de amor se confirman a sí mismas, pueden ser muy difíciles de cambiar.

Sternberg y colaboradores han identificado cinco categorías de historias de amor en la cultura estadounidense y diversas historias específicas dentro de cada categoría. También han desarrollado un conjunto de afirmaciones que reflejan los temas de cada historia. Es probable que las personas que están de acuerdo con las afirmaciones “Creo que en realidad las peleas hacen que una relación sea más vital” y “En realidad me gusta pelear con mi pareja” crean en la historia de guerra. Sternberg y Hojjat estudiaron muestras de 43 y 55 parejas (Sternberg, 1998). Encontraron que, en general, los miembros de las parejas creían en historias similares. Mientras más discrepaban las historias de los miembros de la pareja, más infelices eran. Algunas

Historia de amor: una historia acerca de lo que debería ser el amor, incluyendo personajes, trama y un tema.

historias se asociaban con un alto grado de satisfacción; por ejemplo, la historia del jardín, en que el amor es un jardín que requiere de cultivación constante. Dos historias asociadas con una baja satisfacción eran la historia de negocios (¿en especial la versión en que los papeles son de jefe y empleado?), y la historia de terror, en que los papeles son el aterrador y la víctima.

La biología del amor

Las tres teorías que hemos considerado hasta este punto definen al amor como fenómeno único. Una cuarta perspectiva distingue dos tipos de amor: el amor pasional y el amor de compañerismo (Berscheid y Hatfield, 1978). El **amor pasional** es un estado de intensa añoranza de unión con la otra persona y de intensa excitación fisiológica. Tiene tres componentes: cognitivo, emocional y conductual (Hatfield y Sprecher, 1986a). El componente cognitivo incluye una fijación con el amado y la idealización ya sea de la persona o de la relación. El componente emocional incluye excitación fisiológica, atracción sexual y deseos de unión. Los elementos conductuales incluyen querer cuidar del otro y de conservar una cercanía física. El amor pasional puede ser abrumador, obsesivo y consumidor.

En contraste, el **amor de compañerismo** es un sentimiento profundo de vinculación y compromiso con una persona con la cual se tiene una relación íntima (Hatfield y Rapson, 1993b). El amor pasional es caliente; el amor de compañerismo es cálido. Con frecuencia, el amor pasional es la primera etapa de una relación romántica. Dos personas se conocen, se enamoran enloquecidamente y hacen un compromiso entre sí. Pero, a medida que progresa la relación, se presenta un viraje gradual hacia el amor de compañerismo (Cimbalo *et al.*, 1976; Driscoll *et al.*, 1972). La transformación tiende a ocurrir cuando la relación tiene entre 6 y 30 meses de duración (Hatfield y Walster, 1978).

Algunas personas podrán pensar que éste es un comentario más bien pesimista acerca del amor romántico. Pero en realidad es posible que sea una buena manera en que se desarrolle una relación. Es posible que el amor pasional sea necesario a fin de mantener unida la relación en sus etapas iniciales, mientras se resuelven los conflictos. Pero después de ese punto, la mayoría de nosotros nos damos cuenta de que lo que en realidad necesitamos es un amigo —alguien con quien compartir nuestros intereses, que se alegra con nuestros éxitos y quien simpatiza con nosotros cuando fracasamos— y eso es justo lo que obtenemos por medio del amor de compañerismo.

¿Qué es lo que ocasiona los fenómenos complejos del amor pasional y de compañerismo? ¿De dónde proviene la euforia del amor a primera vista? Las investigaciones sugieren que está ocasionado por la química corporal y por actividad neural en el cerebro. Estudios con el ratón de campo, un pequeño roedor, han identificado patrones específicos de actividad neuroquímica

que se asocian con el apareamiento y la formación de vínculos entre parejas (preferencia por una pareja específica) (Curtis y Wang, 2003). En la hembra del ratón de campo hay una secreción de dopamina al momento del apareo; tanto en ratones machos como hembras, la dopamina parece fortalecer la probabilidad de la formación de vínculos. La dopamina se asocia con la euforia y con el antojo. Un aumento repentino de dopamina en el cuerpo humano puede producir un incremento de energía, atención enfocada y una reducción de la necesidad de comer y dormir; éstas son experiencias comunes de personas en las primeras etapas del amor.

La presencia frecuente del ser amado, que se produce de manera inicial a causa del amor pasional, dispara la producción de otros dos químicos, la prolactina y la oxitocina. Los niveles de prolactina aumentan después del orgasmo en el humano y también se relaciona con la formación de vínculos entre los ratones de campo. Es posible que la oxitocina contribuya a las relaciones a largo plazo. Se ha demostrado que juega un papel importante en la formación de vínculos en algunos animales (McEwen, 1997). En los humanos, se estimula por medio del tacto, incluyendo las caricias sexuales y el orgasmo, y produce sentimientos de placer y satisfacción. Las investigaciones indican que los niveles de confianza interpersonal también se correlacionan de manera positiva con la oxitocina (Zak *et al.*, 2003).

La investigación más reciente con humanos implica el uso de imágenes de resonancia magnética (IRM) para estudiar la actividad cerebral relacionada con el amor. Los investigadores reclutaron a varones y mujeres jóvenes que estaban enamorados (Bartels y Zeki, 2004). Mientras se medía su actividad cerebral, a cada participante se le mostraron fotografías de la pareja romántica y de algún amigo cercano. La fotografía de la pareja activó áreas específicas del cerebro. ¿Cuáles? Se inervaron las áreas ricas en vías de dopamina, prestándole apoyo a los hallazgos neuroquímicos que sugieren que la dopamina es importante en la experiencia del amor. Además, cuando se correlacionaron las medidas de los niveles de actividad cerebral en respuesta a la fotografía del amado con las puntuaciones de la Passionate Love Scale (Escala del amor pasional) (que se discute en la siguiente sección), dichas puntuaciones se correlacionaron de manera positiva.

Amor pasional: estado de intensa añoranza de la unión con la otra persona y excitación fisiológica intensa.

Amor de compañerismo: sentimiento de profunda vinculación y compromiso con una persona con la que se tiene una relación íntima.



¿Existen diferencias de género en la manera en que animales machos y hembras abordan el sexo? Para averiguarlo, vea el video "The Dance of Life" en el capítulo 13 de su CD.

Investigaciones acerca del amor

Medición del amor

Hasta el momento, la discusión se ha centrado en las definiciones teóricas de los diversos tipos de amor. Usted podrá observar que Sternberg, Hazan y Shaver, y Berscheid y Hatfield se referían a cosas diferentes cuando utilizan la palabra *amor*. Una de las maneras en que psicólogos y sociólogos definen términos es por medio del uso de una definición operacional. En la **definición operacional**, el concepto se define según la manera en que se mide. Así, por ejemplo, en ocasiones el *CI* se define como los tipos de capacidades que miden las pruebas de *CI*. La *satisfacción laboral* se puede definir como la puntuación de un cuestionario que mide

Definición operacional: definir algún concepto o término a través de la manera en que se mide; por ejemplo, definir la inteligencia como aquellas capacidades que se miden con pruebas de *CI*.

las actitudes de una persona acerca de su empleo. Las definiciones operacionales son de gran utilidad ya que son precisas y ayudan a aclarar lo que un científico quiere decir de manera exacta con un término tan complejo como *amor*.

En la sección anterior introdujimos el concepto del *amor pasional*. Hatfield y Sprecher (1986a) decidieron desarrollar una medición de lápiz y papel para este concepto. Escribieron afirmaciones que pretendían medir los componentes cognitivo, emocional y conductual del amor pasional. El respondiente evalúa cada afirmación en una escala de 1 (absolutamente falso) a 9 (absolutamente verdadero para él o ella). Si usted cree que está enamorado de alguien, piense si estaría de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, teniendo en mente a esa persona.

1. *Componente cognitivo:*
En ocasiones siento que no puedo controlar mis pensamientos; pienso de manera obsesiva acerca de _____.
Para mí, _____ es la pareja romántica perfecta.
2. *Componente emocional:*
Tengo una poderosa atracción hacia _____.
Amaré a _____ para siempre.
3. *Componente conductual:*
Busco ansiosamente las señales que me indican el deseo que _____ siente por mí.
Me siento feliz cuando estoy haciendo cosas que hacen que _____ sea feliz.

Hatfield y Sprecher aplicaron su cuestionario a estudiantes de la Universidad de Wisconsin que se encontraban en relaciones que iban de citas casuales a comprometidos y viviendo juntos. Los resultados indicaron que la Passionate Love Scale (PLS) se correlacionaba de manera positiva con otras mediciones de amor y con mediciones de compromiso y satisfacción

con la relación. Estas correlaciones proporcionan evidencia de que la PLS es válida. Los alumnos que obtuvieron puntuaciones elevadas en la PLS informaron de un deseo más fuerte de estar con su pareja y de que esta las besara y abrazara, y afirmaron que se excitaban de manera sexual con tan sólo pensar en sus parejas. Estos hallazgos confirman que la escala está midiendo pasión. Por último, las puntuaciones de amor pasional aumentaron a medida que la naturaleza de la relación progresaba de las citas casuales a las citas exclusivas. La investigación de Hatfield y Sprecher es un buen ejemplo de cómo estudiar un tema importante pero complejo —tal como el amor— de manera científica.

Diferencias de género

El estereotipo es que las mujeres son las románticas: añoran el amor, se enamoran con mayor facilidad, se aferran al amor. ¿Los datos apoyan esta idea?

De hecho, las investigaciones que miden el amor en las relaciones indican que justo lo opuesto es verdad. Los varones tienen una visión más romántica de las relaciones mujer-varón que las mujeres (Hobart, 1958). Se enamoran antes dentro de una relación (Kanin *et al.*, 1970; Rubin *et al.*, 1981). Los varones también se aferran más tiempo a un amorío en decadencia (Hill *et al.*, 1976; Rubin *et al.*, 1981). De hecho, tres veces más varones que mujeres se suicidan después de un amorío desastroso (Hatfield y Walster, 1978). En una palabra, parece que los hombres son los verdaderos románticos.

Hace tres décadas, los varones y las mujeres tenían puntos de vista muy diferentes acerca de la importancia del amor romántico en el matrimonio (Simpson *et al.*, 1986). En respuesta a la pregunta, “¿Si (alguien) tuviera todas las demás cualidades que usted desea, se casaría con esta persona aunque no estuviera enamorado?” cerca del 30 por ciento de las mujeres dijeron que no se casarían, en comparación con más del 60 por ciento de los hombres. Es decir, era más probable que los hombres consideraran al amor como requisito esencial para el matrimonio. Sin embargo, estos patrones han cambiado. Esta encuesta se repitió en 1976 y de nuevo en 1984 (Simpson *et al.*, 1986). Para entonces, las diferencias de género habían desaparecido y el amor se consideraba más esencial para el matrimonio en 1984 de lo que se consideró en la década de 1960. Más de 80 por ciento tanto de varones como de mujeres se rehusarían a casarse bajo las condiciones planteadas en la pregunta. Los investigadores interpretaron este dramático viraje como resultado de los enormes cambios en los papeles sociales de varones y mujeres. En especial, es más probable que hoy en día las mujeres tengan empleos pagados y que sean más económicamente independientes de los hombres. Por lo tanto, sienten una menor necesidad de estar dentro de un matrimonio —ya sea que estén enamoradas o no— a fin de que se les mantenga en sentido económico. En consecuencia, el amor también puede ser un requisito indispensable para ellas. Es irónico

que la revolución sexual —que enfatizaba el derecho al sexo liberado e incluso casual— se acompañara de un mayor, no menor, énfasis en el amor.

Amor y adrenalina

Teoría de dos componentes del amor

Las psicólogas sociales Ellen Berscheid y Elaine Walster (1974a) proponen una **teoría de dos componentes del amor**. De acuerdo con su teoría, el amor pasional ocurre cuando existen dos condiciones de manera simultánea: (1) la persona se encuentra en un estado de intensa *excitación fisiológica* y (2) la situación es tal que la persona aplica una *etiqueta* particular (“amor”) a las sensaciones que está experimentando. Su teoría se deriva de una importante teoría desarrollada por Stanley Schachter (1964).

Suponga que su corazón está latiendo fuertemente, que las palmas de sus manos están sudando y que su cuerpo está en tensión. ¿Qué emoción está experimentando? ¿Es amor; acaso el leer acerca del amor pasional lo ha conducido a pensar obsesivamente en otra persona? ¿Es temor; está usted leyendo este texto de manera frenética porque tiene un examen mañana por la mañana? ¿Es excitación sexual; está pensando en tener una intimidad física más tarde esta noche? Podría ser cualquiera de estas tres, o ser enojo o vergüenza. Una amplia variedad de emociones se acompaña de los mismos estados físicos: aumento de la presión arterial, aumento en la frecuencia cardíaca, aumento de miotonía (tensión muscular), palmas sudorosas. Lo que diferencia a estas emociones es la manera en que interpretamos o etiquetamos lo que estamos experimentando.

La teoría de dos componentes de la emoción de Schachter (1964) afirma precisamente esto: una emoción consiste de un estado de excitación fisiológica más la etiqueta que la persona le asigna (para una evaluación crítica de esta teoría, véase Reisenzein, 1983). Berscheid y Walster han aplicado lo anterior a la emoción del “amor”. Sugieren que sentimos el amor pasional cuando estamos excitados y cuando las condiciones son tales que identificamos lo que sentimos como amor.

Sustentación para la teoría de dos componentes

Diversos experimentos proporcionan sustentación a la teoría de dos componentes del amor de Berscheid y Walster. En un estudio, los participantes experimentales masculinos se ejercitaron de manera vigorosa por medio de correr en un solo sitio; esto produjo la respuesta de excitación fisiológica del latido fuerte del corazón y de palmas sudorosas (White *et al.*, 1981). Más adelante, calificaron su agrado por una mujer atractiva que, en realidad, era una confederada de los experimentadores. Los varones en el grupo de corredores dijeron que la mujer les agradaba significativamente más que los varones en el grupo control que

no se habían ejercitado. Este resultado es consistente con la teoría de Berscheid y Walster. El efecto se denomina **error de atribución de la excitación**; es decir, en una situación como esta, los varones hacen un error de atribución de su excitación —que en realidad se debe al ejercicio— a su agrado por la mujer atractiva. Un análisis de 33 experimentos encontró que la excitación afecta a la atracción aun cuando la fuente de la excitación no es ambigua (Foster *et al.*, 1998).

Otro estudio sugiere que el temor puede aumentar la atracción de un varón hacia una mujer (Dutton y Aron, 1974; véase también Brehm *et al.*, citado en Berscheid y Walster, 1974a). Una atractiva entrevistadora se acercó a transeúntes varones en un puente de suspensión atemorizante o bien sobre un puente no atemorizante. El puente atemorizante estaba construido con tablas amarradas a cables y tenía una tendencia a inclinarse,

Teoría de dos componentes del amor: teoría de Berscheid y Walster según la cual deben existir de manera simultánea dos condiciones para que ocurra el amor pasional: excitación fisiológica y vinculación de una etiqueta cognitiva (“amor”) con la sensación.

Error de atribución de la excitación: cuando una persona está en una etapa de excitación fisiológica (p. ej., por ejercicio o por estar en una situación de temor), atribuir esos sentimientos a amor o atracción hacia la persona presente.

Figura 13.8 El error de atribución de la excitación. Si las personas se encuentran físicamente excitadas (p. ej., por correr), es posible que atribuyan esta excitación erróneamente al amor o a la excitación sexual, siempre y cuando la situación sugiera este tipo de interpretación.



mecerse y balancearse; los pasamanos estaban a un bajo nivel y había una caída de 230 pies (69 metros) a rocas y rápidos poco profundos debajo de él. El puente control estaba hecho de cedro sólido; era firme y sólo había una caída de 10 pies (3 metros) a un riachuelo poco profundo debajo de él. La entrevistadora le pidió a los sujetos que llenaran cuestionarios que incluían reactivos proyectivos de prueba. Estos reactivos se calificaron según su imaginaria sexual.

Los varones en el grupo del puente de suspensión deberían haber estado en condiciones de excitación fisiológica, mientras que aquellos en el grupo del puente control no lo deberían haber estado. De hecho, hubo más imaginaria sexual en los cuestionarios contestados por el grupo del puente de suspensión, y estos varones hicieron más intentos por comunicarse con la entrevistadora después del experimento que los hombres del puente control. De manera intuitiva, éste podría parecer un resultado peculiar: que los varones en estado de temor se sintieran más atraídos a una mujer que los hombres que están relajados. Pero en los términos de la teoría de dos componentes de Berscheid y Walster, hace todo el sentido del mundo. Los hombres atemorizados estaban fisiológicamente excitados, mientras que los hombres en el grupo control no lo estaban. Y, según la teoría, la excitación es un importante componente del amor o de la atracción.²

Ahora, por supuesto, si un hombre mayor o un niño se hubieran acercado a los hombres (la mayoría de ellos heterosexuales), es probable que sus respuestas hubiesen sido diferentes. De hecho, cuando el entrevistador en el experimento fue un varón, los efectos mencionados anteriormente no ocurrieron. La sociedad nos dice cuáles son los objetos adecuados de nuestro amor, atracción o agrado. Es decir, sabemos hacia cuáles personas es adecuado sentir amor o agrado. Para estos hombres, los sentimientos hacia una mujer atractiva razonablemente se podrían etiquetar como “amor” o “atracción”, mientras que es probable que estas etiquetas no se asociaran a los sentimientos hacia un hombre mayor.

La excitación física que es importante para el amor no siempre necesita producirse por situaciones desagradables o atemorizantes. Estímulos placenteros, tales como la excitación sexual o admiración proveniente de la otra persona, puede producir excitación y sentimientos de amor. De hecho, la teoría de Berscheid y Walster hace un excelente trabajo al explicar las razones por las que parecemos tener esta tendencia tan poderosa a asociar el amor y el sexo. La excitación sexual es un método de producir un estado de excitación fisiológica, y es el que nuestra cultura nos ha enseñado a etiquetar como “amor”. Así, los dos componentes necesarios para sentir el amor se encuentran

presentes: excitación y una etiqueta. Por otra parte, este fenómeno nos puede llevar a confundir el amor con la lujuria, un error más que común.

Investigaciones transculturales

En las últimas dos décadas, los investigadores han estudiado a personas provenientes de otros grupos étnicos o culturales a fin de ver si la atracción, la intimidad y el amor se experimentan de igual manera fuera de Estados Unidos. Los tres temas que se han estudiado son el impacto de la cultura sobre la forma en que las personas perciben el amor, sobre las personas con las que otras se enamoran, y sobre la importancia del amor en la decisión de casarse.

Valores culturales y el significado del amor

Los psicólogos transculturales han identificado dos dimensiones en que varían las culturas (Hatfield y Rapson, 1993a). La primera es individualismo-colectivismo. Las *culturas individualistas*, como las de Estados Unidos, Canadá y países del occidente europeo, tienden a enfatizar las metas individuales por encima de las metas e intereses grupales y sociales. Las *culturas colectivistas*, como las de China, África y los países del sureste asiático, enfatizan las metas grupales y colectivas por encima de las personales. Se han identificado varias características específicas que diferencian a estos dos tipos de sociedades (Triandis *et al.*, 1990). En las culturas individualistas, la conducta se ve regulada por las actitudes y consideraciones costo-beneficio individuales; se acepta el desapego emocional en cuanto al grupo. En las culturas colectivistas, el sí mismo se define según su pertenencia al grupo; la conducta se ve regulada por las normas grupales; se valoran el apego y armonía con el grupo.

El amor se conceptúa de diferentes maneras en los dos tipos de cultura. Por ejemplo, la sociedad estadounidense enfatiza el amor pasional como base para el matrimonio (Dion y Dion, 1993b). Los individuos escogen sus parejas con base en características tales como el atractivo físico, la similitud (compatibilidad) y riqueza o recursos. Buscamos la intimidad en la relación con nuestra pareja. En contraste, dentro de la sociedad china, los matrimonios son arreglados; el criterio primordial es que las dos familias sean de estatus equivalente. La persona encuentra la intimidad en las relaciones con los otros miembros de la familia.

La segunda dimensión en la que difieren las culturas es independencia-interdependencia. Muchas culturas occidentales consideran que cada persona es independiente, y valoran la individualidad y la unicidad. Muchas otras culturas consideran que la persona es interdependiente con aquellos que la rodean. El sí mismo se define en relación con los demás. Los estadounidenses valoran el defender las creencias propias. Las personas de la India valoran la conformidad y la armonía dentro del grupo.

²De acuerdo con la terminología del capítulo 3, nótese que el estudio de Dutton y Aron es un ejemplo de la investigación *experimental*.

En un estudio de estudiantes universitarios en Toronto, los cuales representaban cuatro grupos etno-culturales, hubo mayores probabilidades de que los estudiantes de origen asiático consideraran al amor como de compañerismo, como una amistad, en contraste con aquellos de origen inglés e irlandés (Dion y Dion, 1993a). Esta tendencia es consistente con la orientación colectivista de las culturas asiáticas. En otro estudio, se encontró que los estudiantes mexicoestadounidenses eran similares a los estudiantes estadounidenses de origen europeo en cuanto al énfasis que colocaban sobre la confianza y comunicación/participación como componentes del amor romántico, pero colocaban un mayor énfasis sobre el respeto mutuo (Castaneda, 1993). Un estudiante escribió, “[En una relación amorosa] debe-

mos respetar los sentimientos del otro del mismo modo en que esperaríamos que nos mostraran respeto” (p. 265). Tal respeto permite que cada miembro de la pareja exprese sus necesidades al otro.

Influencias culturales sobre la elección de pareja

Buss (1989) condujo una encuesta a gran escala de 10 000 varones y mujeres provenientes de 37 sociedades. La muestra incluía personas de 4 culturas africanas, 8 asiáticas, y 4 de Europa oriental, además de 12 culturas de Europa occidental y 4 norteamericanas. A cada respondiente se le dio una lista de las 18 características que uno podría valorar en una pareja potencial y se le pidió que clasificara qué tan importante le era a él o ella de manera personal. Independientemente de la sociedad a la que pertenecían, la mayoría de respondientes —varones y mujeres— clasificaron la inteligencia, bondad y comprensión al tope de la lista; nótese que éstas son características del amor de compañerismo. Los varones de todo el mundo le dieron más peso a las señales de la capacidad reproductiva, tales como atractivo físico; las mujeres clasificaron las señales de recursos como de mayor importancia. Los resultados claramente sustentan la perspectiva socio-biológica y sugieren que no existen grandes diferencias culturales.

Muchas personas prefieren parejas físicamente atractivas. Con frecuencia oímos que “todo es según el color del cristal con que se mira”. Este dicho sugiere que los estándares de belleza pueden variar según la cultura. En un estudio, unos investigadores hicieron que estudiantes de diversas culturas evaluaran 45 fotografías de mujeres según una escala que iba en un rango de muy atractiva a muy poco atractiva (Cunningham *et al.*, 1995). Las fotografías mostraban mujeres de muchas diferentes sociedades. En general, los estudiantes asiáticos, hispanos y blancos no difirieron en cuanto a sus evaluaciones de fotografías individuales. Sin embargo, las evaluaciones de los estudiantes asiáticos se vieron menos influidas por indicadores de madurez sexual (tales como estrechez facial) y expresividad (tal como la distancia vertical entre los labios cuando sonreía la persona). En otro estudio, los varones blancos y negros proporcionaron evaluaciones similares a la mayoría de los aspectos de caras femeninas, pero los varones negros prefirieron a las mujeres con cuerpos voluminosos que los hombres blancos. De nuevo, los resultados indican más similitudes que diferencias entre culturas, en este caso en los estándares de atractivo físico.

Amor y matrimonio

Antes, señalamos que las culturas individualistas colocan un alto valor sobre el amor romántico, mientras que las culturas colectivistas enfatizan al grupo. La importancia del amor romántico en Estados Unidos se ilustró con anterioridad cuando discutimos las respuestas a la pregunta, “¿Si un hombre (mujer) tuviera

Figura 13.9 El que una cultura sea individualista o colectivista determina sus puntos de vista acerca del amor y el matrimonio. En Estados Unidos, que es una cultura individualista, los individuos se eligen y casan por amor. En la India, una cultura colectivista, los miembros de la familia arreglan los matrimonios a fin de que sirvan a los intereses familiares.



todas las demás cualidades que usted desea, se casaría con esta persona aunque no estuviera enamorada(o) de él (ella)?” Al paso del tiempo, porcentajes mayores de hombres y mujeres estadounidenses contestan que no. Levine y colaboradores (1995) les hicieron esta pregunta a varones y mujeres pertenecientes a 11 culturas diferentes. Podríamos predecir que los miembros de las culturas individualistas contestarían que no, mientras que aquellos de culturas colectivistas contestarían que sí. Los resultados se muestran en el cuadro 13.2. Nótese que, como se predijo, muchas personas de la India y de Pakistán se casarían aunque no amarán a la otra persona. En Tailandia, que también es colectivista, un porcentaje mucho menor dijo que sí. En las culturas individualistas de Australia, Inglaterra y Estados Unidos, pocas personas se casarían con alguien a quien no amarán.

El patrón de los hallazgos transculturales

Cuando observamos los hallazgos de las investigaciones transculturales acerca del amor, la atracción y el matrimonio, el patrón que surge es uno de *similitudes transculturales y diferencias transculturales*, un tema que se introdujo en el capítulo 1. Es decir, algunos fenómenos son similares en diversas culturas, por

Cuadro 13.2 “¿Se casaría usted con alguien a quien no amara?”

| Grupo cultural | Respuestas (porcentajes) | | |
|----------------|--------------------------|------------|-------|
| | Sí | Indecisión | No |
| Australia | 4.8% | 15.2% | 80.0% |
| Brasil | 4.3 | 10.0 | 85.7 |
| Inglaterra | 7.3 | 9.1 | 83.6 |
| Hong Kong | 5.8 | 16.7 | 77.6 |
| India | 49.0 | 26.9 | 24.0 |
| Japón | 2.3 | 35.7 | 62.0 |
| México | 10.2 | 9.3 | 80.5 |
| Pakistán | 50.4 | 10.4 | 39.1 |
| Filipinas | 11.4 | 25.0 | 63.6 |
| Tailandia | 18.8 | 47.5 | 33.8 |
| Estados Unidos | 3.5 | 10.6 | 85.9 |

Fuente: Hatfield (1994).

ejemplo, el valorar la inteligencia, bondad y comprensión en la pareja. Otros fenómenos varían de manera sustancial en diferentes culturas, por ejemplo, el que el amor sea prerequisite para el matrimonio.

RESUMEN

Las investigaciones indican que la mera exposición repetida a otra persona facilita la atracción. Tendemos a sentirnos atraídos a personas que son socialmente (edad, raza o grupo étnico, estatus económico) y psicológicamente (actitudes, intereses) similares a nosotros. En primeras impresiones, nos sentimos más atraídos a personas físicamente atractivas; tendemos a vernos atraídos hacia personas que creemos se encuentran “dentro de nuestro alcance”, dependiendo de nuestro propio sentido de atractivo o deseabilidad. Hacerse el/la difícil parece funcionar sólo si la persona lo hace de manera selectiva.

Según la teoría del reforzamiento, nos atraen las personas que nos proporcionan muchos reforzadores. La interacción con personas similares a nosotros es llana y gratificante; tienen perspectivas similares y les gustan las mismas cosas que a nosotros. De acuerdo a la teoría de estrategias sexuales, preferimos a las personas jóvenes y atractivas porque es probable que sean sanas y fértiles. Los varones prefieren mujeres sexualmente fieles (difíciles); las mujeres prefieren hombres con recursos que invertirán en ellas y en sus hijos.

La intimidad es un importante componente de una relación romántica. Se define como la calidad de la relación caracterizada por compromiso, sentimientos de cercanía y confianza, y autodivulgación.

Según la teoría triangular, existen tres componentes del amor: intimidad, pasión y decisión o compromiso. El amor es un triángulo y cada uno de los componentes es una de las aristas. Los miembros de una pareja que tienen diferencias sustanciales en sus triángulos no concuerdan de manera adecuada y es probable que estén insatisfechos con su relación.

De acuerdo con la teoría de la vinculación acerca del amor, los adultos varían en cuanto a su capacidad para amar como resultado de sus experiencias de amor o vinculación en la infancia. La teoría afirma que existen tres tipos de amantes: amantes seguros, amantes evitantes y amantes ansiosos-ambivalentes.

El amor también se puede ver como historia, con personajes, trama y tema. Las personas utilizan sus historias de amor para interpretar sus experiencias dentro de sus relaciones. El enamoramiento sucede cuando una persona conoce a otra que puede representar un papel compatible en su historia de amor.

Es posible que el amor tenga un componente neuroquímico. Es posible que el amor pasional, un estado de intensa añoranza y excitación, sea producido por la dopamina. Como cualquier estado de emoción químicamente inducido, el amor pasional llega a su fin al paso del tiempo. Es posible que lo reemplace el amor de compañerismo, un sentimiento de profundo apego

y compromiso a la pareja. Este tipo de amor puede acompañarse de niveles elevados de prolactina y oxitocina, que pueden ser producto de la cercanía física y el tacto.

Hatfield y Sprecher construyeron una escala para medir el amor pasional. Tales escalas posibilitan la investigación científica de fenómenos complejos tales como el amor. Las puntuaciones de esta escala se correlacionaron con mediciones de compromiso y satisfacción con las relaciones románticas. Las investigaciones indican que, en general, los varones son más románticos que las mujeres y que se enamoran antes dentro de una relación.

Berscheid y Walster han planteado la hipótesis de que existen dos componentes básicos en el amor

romántico: estar en un estado de excitación fisiológica y vincular la etiqueta de “amor” al sentimiento que produce. Diversos estudios informan de evidencia consistente con esta hipótesis.

La investigación transcultural indica que las culturas individualistas como las de Estados Unidos enfatizan al amor como base para el matrimonio y alientan la intimidad entre los miembros de la pareja. Las culturas colectivistas enfatizan los lazos dentro del grupo como base para el matrimonio y desalientan la intimidad entre los miembros de la pareja. La cultura influye sobre la importancia de diversas características en la elección de la pareja; también afecta nuestros estándares de belleza y la probabilidad de que nos casemos con alguien a quien no amamos.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Si en la actualidad está enamorado de alguien, ¿cómo describiría el tipo de amor que siente, utilizando los diversos conceptos y teorías acerca del amor que se discuten en el presente capítulo?
2. Decisión: la elección de la pareja con base en consideraciones individualistas, tales como si se ama a la persona, contribuye a las elevadas tasas de divorcio y a las familias de un solo progenitor.
3. Su mejor amiga se ha estado citando de manera exclusiva con otra persona durante el último año. Un día, usted le pregunta cómo va la relación. Su amiga responde, “No sé. Nos llevamos muy bien. Nos gusta hacer las mismas cosas y nos podemos decir lo que sea. Pero siento que algo falta. ¿Cómo se sabe si uno está enamorado?” ¿Cómo le respondería?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Fisher, Helen. (1992). *Anatomy of love*. Nueva York: Fawcett Columbine. Fisher explica la anatomía sexual, emociones sexuales, selección de parejas, adulterio y el doble estándar sexual, entre otras cosas, por medio de perspectivas evolutivas. Un texto provocador.

Hendrick, Susan y Hendrick, Clyde. (1992). *Liking, loving and relating*. 2a. ed. Pacific Grove, CA: Books/Cole. Este libro de texto explica las investigaciones psicológicas acerca de la atracción interpersonal,

el amor y la formación y conservación de las relaciones.

Lerner, Harriet G. (1989). *The dance of intimacy*: Nueva York: Harper & Row. Lerner, una prominente psicoterapeuta, proporciona sugerencias de cómo promover la intimidad en nuestras relaciones.

Sternberg, Robert. (1989). *Love is a story: A new theory of relationships*. Sternberg describe su teoría y las 27 historias de amor que ha identificado. El libro incluye reactivos de una escala diseñada para identificar la historia que sostiene la persona.

RECURSOS EN LA RED

<http://web.sfn.org/content/Publications/BrainBriefings/pheromones.html>

Society for Neuroscience: informes del cerebro: feromonas

http://web.sfn.org/content/Publications/BrainBriefings/bliss_and_the_brain.html

Society for Neuroscience: informes del cerebro: emociones positivas

<http://www.dr-bob.org/vpc>

Directorio de panfletos virtuales sobre habilidades de relación.

<http://.abcnews.go.com/sections/scitech/Holiday/scienceoflove010214.html>

Reportaje de la ABC News acerca de la biología del amor.

<http://www.bigeye.com/sexeducation/love.html>

Ligas de educación sexual: amor e intimidad.

<http://www.bigeye.com/sexeducation/relationships.html>

Ligas de educación sexual: relaciones.

C A P Í T U L O

14

Género y sexualidad

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Roles y estereotipos de género

Roles de género y origen étnico
Teoría de los esquemas de género
Socialización

Diferencias psicológicas entre hombres y mujeres

Diferencias en sexualidad entre hombres y mujeres

Masturbación
Actitudes hacia el sexo informal
Excitación ante la erótica
Consistencia del orgasmo
Impulso sexual

¿Por qué existen diferencias?

¿Las diferencias son falsas?
Factores biológicos
Factores culturales
Otros factores

Más allá de los adultos jóvenes

Transexualidad

Proceso de reasignación de género
¿Qué causa la transexualidad?
Otros temas
Críticas a la cirugía de reasignación
de género

La mayoría de las mujeres (felizmente para ellas) no se preocupan mucho de sentimientos sexuales de ningún tipo. Aquello que para los varones es habitual, para las mujeres ocurre sólo de manera excepcional.*
No puedo aparearme en cautiverio.†

*Dr. William Acton. (1857). *The functions and disorders of the reproductive organs*. (Funciones y trastornos de los órganos reproductivos.)

†Gloria Steinem, en respuesta a la pregunta de por qué nunca se casó.

Cuando nace un bebé, ¿cuál es la primera afirmación hecha al respecto? Por supuesto, “es niño” o “es niña”. Los sociólogos nos dicen que el género es una de las características más básicas del estatus. Es decir, tanto en lo que se refiere a nuestras interacciones individuales con las personas como en la posición que tenemos dentro de la sociedad, el género es excepcionalmente importante. En los raros casos en que no estamos seguros del género de una persona nos sentimos consternados. No sabemos cómo interactuar con ella y nos sentimos turbados, por no mencionar curiosos, hasta que podemos extraer por fuerza algunos indicios en cuanto a si la persona es varón o mujer. En este capítulo exploraremos los roles de género y el impacto que pueden tener sobre la sexualidad, al igual que la transexualidad (una perturbación de la identidad de género).

Roles y estereotipos de género

Una de las maneras básicas en que las sociedades codifican este énfasis en el género es a través de los roles de género.¹ Un **rol de género** es un conjunto de normas, o expectativas culturalmente definidas, que precisan la manera en que las personas de un género deben comportarse. Un fenómeno relacionado de manera cercana es el **estereotipo**, que es una generalización acerca de un grupo de personas (por ejemplo, los hombres) que las distingue de otras (por ejemplo, las mujeres). La investigación muestra que incluso en la sociedad estadounidense moderna, y aun entre los estudiantes universitarios, existe la creencia de que varones y mujeres difieren psicológicamente en muchos sentidos, y estos estereotipos no han cambiado en gran medida desde 1972 (Bergen y Williams, 1991).

La heterosexualidad es una parte importante de los roles de género (Hyde y Jaffee, 2000). Se espera que la mujer “femenina” sea sexualmente atractiva para los hombres y que, a su vez, se sienta atraída hacia ellos. Las mujeres que violan cualquier parte de este rol —por ejemplo, las lesbianas— se consideran

como transgresoras de los roles de género y se les considera masculinas (Storms, 1980). La heterosexualidad tiene la misma importancia en el rol masculino.

Roles de género y origen étnico

Los estereotipos de género varían en cierto grado entre los diversos grupos étnicos de Estados Unidos. En un estudio, se obtuvieron datos acerca de este mismo asunto (Niemann *et al.*, 1994). Se pidió a estudiantes universitarios de la Universidad de Houston —51 por ciento de los cuales eran estadounidenses de origen europeo y el resto de quienes, en orden decreciente de frecuencia, eran estadounidenses de orígenes latino, africano, asiático y nativos de Norteamérica— que listaran 10 adjetivos que les vinieran a la mente al pensar en miembros de los siguientes grupos de estadounidenses: varones de origen anglosajón, mujeres de origen anglosajón, varones de origen africano, mujeres de origen africano, varones de origen asiático, mujeres de origen asiático, varones de origen mexicano y mujeres de origen mexicano. Los adjetivos que se listaron con más frecuencia se muestran en el cuadro 14.1.

En el cuadro 14.1 pueden verse dos patrones importantes: (1) dentro de cada grupo étnico, hombres y mujeres tienen algunas características estereotípicas en común, pero también se considera que tienen algunas características que difieren. Por ejemplo, el estereotipo es que tanto los varones como las mujeres mexicoestadounidenses son agradables y amistosos, pero sólo en el caso de las mujeres de este grupo, el estereotipo es que tienen sobrepeso. (2) Dentro de un mismo género, algunas características estereotipadas son comunes entre los grupos étnicos, pero otras difieren. Por ejemplo, el estereotipo es que las mujeres de todos los grupos étnicos son agradables y amistosas. Sin embargo, el estereotipo acerca de las mujeres estadounidenses de origen anglosajón y asiático es que son inteligentes, mientras que de las mujeres de origen africano y mexicano se piensa que no lo son.

Al considerar las variaciones en roles de género entre los diversos grupos étnicos, es crucial comprender la manera en que estos roles de género son un producto de la *cultura*. En las siguientes secciones, consideraremos algunos

Rol de género: conjunto de normas o expectativas culturalmente definidas, que definen la manera en que las personas de un género deben comportarse.

Estereotipo: generalización acerca de un grupo de personas (p. ej., hombres) que las distingue de otras (p. ej., mujeres).

¹ En este capítulo se mantendrá la distinción entre sexo y género. En este caso se analizarán los roles masculino y femenino y, por ende, los roles de género.

Cuadro 14.1 Interacción del género y el origen étnico: estereotipos acerca de los hombres y mujeres de diferentes grupos étnicos

| <i>Varones angloestadounidenses</i> | <i>Mujeres angloestadounidenses</i> |
|--|--|
| Inteligentes | Atractivas |
| Egoístas | Inteligentes |
| De clase alta | Egoístas |
| Agradables/amistosos | Agradables/amistosos |
| Racistas | Cabello rubio/claro |
| Orientados al logro | Sociables |
| <i>Varones afroestadounidenses</i> | <i>Mujeres afroestadounidenses</i> |
| Atléticos | Hablan a gritos |
| Hostiles | Piel oscura |
| Piel oscura | Hostiles |
| Apariencia musculosa | Atléticas |
| Actividades criminales | Agradables/amistosos |
| Hablan a gritos | Insolentes |
| | Sociables |
| <i>Varones asiáticoestadounidenses</i> | <i>Mujeres asiáticoestadounidenses</i> |
| Inteligentes | Inteligentes |
| De baja estatura | Hablan tranquilamente |
| Orientados al logro | Agradables/amistosos |
| Hablan tranquilamente | De baja estatura |
| Trabajan intensamente | |
| <i>Varones mexicoestadounidenses</i> | <i>Mujeres mexicoestadounidenses</i> |
| Clase baja | Cabello negro/castaño/oscuro |
| Trabajan intensamente | Atractivas |
| Hostiles | Agradables/amistosos |
| Piel oscura | Piel oscura |
| Sin educación universitaria | Clase baja |
| Agradables/amistosos | Con sobrepeso |
| Cabello negro/castaño/oscuro | Dedicadas a tener hijos |
| Sin ambiciones | Orientadas a la familia |

Fuente: Niemann et al., (1994).

aspectos de las culturas de los cuatro grupos étnicos y su pertinencia para los roles de género y la sexualidad.

Afroestadounidenses

Dos factores son especialmente significativos en la herencia cultural de los estadounidenses de origen africano; la herencia de la cultura africana y la experiencia en la esclavitud en Estados Unidos y la subsiguiente opresión racial (Sudarkasa, 1997). Existen dos características de las mujeres africanas que se han conservado hasta la fecha: una importante función económica y el fuerte lazo entre madre e hijo (Greene, 1994). Por tradición, las mujeres africanas han sido independientes en un sentido económico al funcionar dentro del mercado. Las estadounidenses de origen africano en Estados Unidos continúan asumiendo una función económica crucial en la familia hasta la actualidad. Los lazos entre madres e hijos continúan siendo

sumamente importantes en la estructura de la sociedad afroestadounidense y se conceden estatus y honor a la maternidad (Reid y Bing, 2000).

Algunos dicen que el tema central para los varones estadounidenses de origen africano de la actualidad es el dolor (Doyle, 1989). Aprisionados entre cadenas durante la esclavitud, ahora se les aprisiona tras las rejas de las cárceles. Simplemente al caminar por la calle, los hombres negros observan que las mujeres blancas sostienen sus bolsas de mano con mayor firmeza. Como dijo un comediante “Nací como sospechoso... A un tipo blanco le pedí la hora y él me dio su reloj” (Doyle, 1989, p. 292). En el contexto de estas fuerzas negativas abrumadoras, el valor de los hombres negros que no se han dado por vencidos y han logrado forjar vidas exitosas para sí mismos y sus familias debe producir admiración.

El papel de proveedor es difícil para algunos varones afroestadounidenses debido a su elevada tasa de desempleo. Por ejemplo, en 2004, la tasa de desempleo era de 5.9 por ciento para los hombres blancos adultos; para los varones negros adultos, era del 11.3 por ciento (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2004), el doble de la tasa para los blancos. Gran parte de la discrepancia se explica por la desaparición de los empleos industriales, que por largo tiempo han proporcionado buenos ingresos para los hombres negros. La elevada tasa de desempleo crea un problema con el rol de género debido a que el rol de sostén de la familia o de buen proveedor es una parte importante del rol masculino en Estados Unidos. Es posible que la incapacidad para cumplir con esta parte del rol masculino se exprese de diversas maneras. Puede traducirse en comportamiento antisocial, violencia y criminalidad, lo cual explica la elevada tasa de delincuencia entre los adolescentes varones afroestadounidenses. Se ha sugerido que estar en el ejército se ha vuelto un medio alternativo de satisfacer el rol masculino. Veintisiete por ciento de los hombres en el ejército estadounidense son de origen africano (U.S. Bureau of the Census, 1997).²

El papel de marido está estrechamente vinculado con el rol de sostén del hogar. Los varones estadounidenses de origen africano están comprensiblemente renuentes a asumir la responsabilidad del matrimonio cuando el desempleo es un temor tan justificable y, en esencia, las reglas del sistema de beneficencia social fuerzan a los varones a estar ausentes del hogar. En este contexto, no provoca sorpresa que se espere que las mujeres afroestadounidenses tengan empleos remunerados. Y, en comparación con los hombres blancos, los hombres afroestadounidenses tienen actitudes más liberales (positivas) hacia el hecho de que la mujer trabaje, aunque son más conservadores que los blancos en cuanto a muchas otras cuestiones asociadas con el rol de género (Blee y Tickamyer, 1995).

² Al tratar de actualizar este dato, encontramos que el Departamento de la Defensa ya no informa datos sobre el origen étnico de los miembros de las fuerzas armadas (U.S. Bureau of the Census, 2003).

Figura 14.1 Padres e hijos en la Million Man March (Marcha del millón de hombres) en Washington, D.C., en 1995. Los líderes de la marcha trataban de alentar a los varones afroestadounidenses a asumir mayor responsabilidad de sus familias y de su comunidad y cerca de 1 millón de varones parecieron coincidir con ello.



Latinos

Los estadounidenses de origen hispano forman ahora la minoría más grande de Estados Unidos, al constituir 13 por ciento de la población (U.S. Bureau of the Census, 2002). Cuando hablamos de la herencia cultural de los latinos, primero debemos comprender el concepto de *aculturación*, que es el proceso de incorporar las creencias y costumbres de una nueva cultura. La cultura de los mexicoestadounidenses (estadounidenses con herencia mexicana) es diferente tanto de la cultura de México como de la cultura anglosajona dominante en Estados Unidos. La cultura mexicoestadounidense se basa en la herencia mexicana, modificada a través de la aculturación para incorporar componentes anglosajones.

La familia es el elemento central de la vida hispana. Los latinos tradicionales dan un alto valor a la lealtad con la familia y a las relaciones cálidas y de apoyo mutuo, de modo que la familia y la comunidad se valoran grandemente.

Como se señaló en el capítulo 1, en las culturas latinoamericanas tradicionales, los roles de género están claramente definidos (Raffaelli y Ontai, 2004; Salgado de Snyder *et al.*, 2000). Tales roles se enfatizan pronto en el proceso de socialización de los niños (Raffaelli y Ontai,

2004). A los varones se les da mayor libertad, se les alienta a tener experiencias sexuales y no se espera que compartan el trabajo del hogar. De las niñas se espera pasividad, obediencia, virginidad y que permanezcan en casa. Una mujer describió cómo ella y su hermano, quien era un año mayor, eran tratados por su madre:

Tenía permiso de salir hasta mucho más tarde que yo. Él consiguió un automóvil, aprendió a conducirlo y después tuvo su propio coche y yo nunca lo tuve... Yo sólo podía salir a actividades relacionadas con la escuela y él podía hacer casi cualquier cosa, podía ir a cualquier sitio que él quisiera. (Raffaelli y Ontai, 2004, p. 290)

El epítome de estos roles está en los conceptos del machismo y del marianismo, que se analizan en el capítulo 1. Tanto la represión de la mujer en cuanto a sus deseos sexuales como la perspectiva de que el sexo con su marido es una obligación están implícitos en el principio del marianismo (Reid y Bing, 2000).

Asiaticostadounidenses

En el decenio de 1840 se reclutó a chinos —casi todos hombres— para ir a Estados Unidos como trabajadores en el Oeste y, a finales del decenio de 1860, para trabajar en el ferrocarril transcontinental (para resúmenes

Figura 14.2 Con frecuencia se ha estereotipado a las mujeres estadounidenses de origen asiático como juguetes sexuales exóticos. En la película *The World of Suzie Wong*, Nancy Kwan representó a una atrayente prostituta.



excelentes acerca de la herencia cultural de los estadounidenses de origen asiático, véase Root, 1994 y Tsai y Uemura, 1988). No obstante, creció un sentimiento racista contra los chinos y se comenzó a reclutar a japoneses y coreanos y, después, a filipinos. Posteriormente, a finales del decenio de 1960 y durante el decenio de 1970, se presentó un éxodo masivo a Estados Unidos de refugiados del Sudeste de Asia, que estaba destrozado por la guerra. Los asiaticoestadounidenses forman ahora el 4 por ciento de la población de Estados Unidos.

Los valores culturales de los asiaticoestadounidenses son consistentes en cierto modo con los valores estadounidenses de clase media de la población blanca, pero en otros sentidos los contradicen. Los estadounidenses de origen asiático comparten con la clase media blanca un énfasis en el logro y en la importancia de la educación. Por ejemplo, las mujeres asiaticoestadounidenses tienen un mayor nivel de escolaridad, en promedio, que las mujeres estadounidenses blancas (Humes y McKinnon, 2000). Por otro lado, los estadounidenses de origen asiático dan un valor mucho mayor a la familia y a la interdependencia del grupo, en comparación con el énfasis de los estadounidenses blancos en el individualismo y la autosuficiencia. Para los asiaticoestadounidenses, la familia es una enorme fuente de sostén

emocional. La persona está obligada hacia su familia, y las necesidades de la familia deben tener prioridad sobre las necesidades del individuo. Para las mujeres estadounidenses de origen asiático puede haber un conflicto en los valores culturales, entre los roles tradicionales de género de la cultura asiática y aquellos de la cultura anglosajona moderna, que valora cada vez más la independencia y asertividad en la mujer.

De la misma manera que se ha estereotipado la sexualidad de los afroestadounidenses, también esto ha ocurrido con la sexualidad de los estadounidenses de origen asiático. El estereotipo es que los varones asiaticoestadounidenses son asexuales (carecen de sexualidad), mientras que se ha estereotipado a las mujeres de este grupo como juguetes sexuales exóticos (Reid y Bing, 2000).

Indígenas de Norteamérica

Cuando menos algunas tribus indígenas, incluyendo a los Cherokee, Navajo, Iroquois, Hopi y Zuñi, han tenido por tradición roles de género relativamente igualitarios (LaFromboise *et al.*, 1990). Es decir, sus roles son más equitativos que aquellos de la cultura blanca del mismo periodo. El proceso de aculturación y adaptación a la sociedad anglosajona parece haber dado por

Figura 14.3 Entre algunas tribus indígenas de América del Norte, existen tres roles de género, donde el tercero se conoce como “mujer con corazón de hombre” o “mujer guerrera”. Chiricahua Tah-des-te era una mensajera y guerrera de la banda de Gerónimo. Participó en las negociaciones con varios líderes militares de Estados Unidos y se rindió junto con Gerónimo en 1886.



resultado un aumento en el dominio masculino entre los indígenas de Estados Unidos.

Entre las más de 200 lenguas nativas habladas en Norteamérica, cuando menos dos terceras partes tienen un término que se refiere a un tercer género (o más), además de masculino y femenino (Tafoya y Wirth, 1996). Los antropólogos anglosajones han denominado a esta categoría adicional *berdache*, un término que rechazan los pueblos nativos, quienes prefieren el término “*con dos espíritus*” (Jacobs *et al.*, 1997). Estos mismos antropólogos concluyeron que estas personas eran homosexuales, transexuales o travestidos, ninguno de los cuales son precisos desde un punto de vista nativo. Un hombre podría estar casado con un varón con dos espíritus, pero el matrimonio no se consideraría homosexual dado que ambos pertenecen a géneros diferentes (Tafoya y Wirth, 1996).

Había también el rol de la “mujer con corazón de hombre”, un rol que podía asumir una mujer excepcionalmente independiente y agresiva. Entre las tribus Apache, Crow, Cheyenne, Blackfoot, Pawnee y Navajo había un rol de “mujer guerrera” (p. ej., Buchanan, 1986; House, 1997). En ambos casos, las mujeres podían expresar características masculinas o partici-

par en actividades estereotípicas masculinas, mientras que continuaban viviendo y vistiendo como mujeres.

En suma, la investigación indica que los roles de género en Estados Unidos no son uniformes. Los diversos grupos étnicos definen los roles de género de manera diferente. Volvamos ahora la atención hacia algunos de los procesos que crean los estereotipos de género.

Teoría de los esquemas de género

En el capítulo 2 discutimos la teoría de los esquemas de género, un enfoque cognitivo para comprender los estereotipos de género. Recordemos que, de acuerdo con esa teoría, los esquemas de género son un conjunto de ideas (sobre comportamientos, personalidad, apariencia y demás) que asociamos con los hombres y las mujeres (Bem, 1981; Martin *et al.*, 2002). Los esquemas de género influyen la manera en que procesamos la información. Causa que tendamos a establecer una dicotomía en la información con base en el género. También nos conduce a distorsionar u olvidar información que es inconsistente con el estereotipo. Por ejemplo, en ese capítulo se mencionó que los niños a quienes se mostraron fotografías de otros niños que realizaban actividades inconsistentes con el estereotipo, como varones que cocinaban galletas, recordaron, cuando se les examinó una semana después, que habían visto a niñas que cocinaban galletas.

La teoría de los esquemas de género señala el grado en que los estereotipos, o esquemas, de género nos conducen a un pensamiento dicotómico de acuerdo al género. También proporciona evidencia de que es relativamente difícil cambiar los conceptos estereotipados de las personas, porque tendemos a filtrar información que contradice los estereotipos.

Socialización

Gran cantidad de mujeres y hombres adultos se comportan como deberían hacerlo según sus roles de género. ¿Por qué sucede esto? Los psicólogos y sociólogos consideran que esto

Socialización: maneras en las que la sociedad transmite al individuo sus normas o expectativas en cuanto a su comportamiento.

es resultado de la socialización del rol de género. La **socialización** se refiere a las maneras en que la sociedad transmite al individuo sus normas y expectativas en cuanto a su conducta. La socialización ocurre especialmente en la infancia, a medida que se enseña a los niños a comportarse como se espera que lo harán en la adultez. Es posible que la socialización esté implicada en varios procesos. Quizá se recompense a los niños por una conducta que es apropiada para su género (“Mira que hombrecito tan valiente”) o que se les castigue por comportamientos que no son apropiados para su género (“Las señoritas decentes no hacen eso”). Los modelos adultos que imitan —ya sean los padres y maestros del mismo género o los hombres y mujeres que ven en televisión— también contribuyen a su

Figura 14.4 Los niños están muy interesados en alcanzar los roles de género de los adultos.



a)



b)

socialización. En algunos casos, simplemente decirle a los niños qué se espera de los varones y mujeres puede ser suficiente para que ocurra un aprendizaje del rol. La socialización continúa en la vida adulta, a medida que la sociedad transmite sus normas en cuanto a la conducta apropiada para las mujeres y hombres adultos. Estas normas abarcan desde los empleos apropiados hasta la determinación de quién inicia la actividad sexual.

¿Quiénes (o qué) constituyen los agentes de la sociedad para lograr esta socialización? Con toda seguridad los padres tienen una influencia inicial importante, desde comprar muñecas para las niñas y balones de fútbol y bates de béisbol para los niños hasta darles más libertad de exploración a los niños varones. La investigación indica que, en mucho sentidos, los padres tratan a las niñas y niños de manera similar, con excepción de los padres que alientan en gran medida las actividades estereotipadas de género (Lytton y Romney, 1991).

No obstante, los padres no son los únicos agentes de socialización. El grupo de compañeros puede tener un

gran impacto en la socialización de los roles de género, en particular durante la adolescencia. Otros adolescentes pueden ser sumamente eficaces para imponer los estándares en cuanto al rol de género; por ejemplo, pueden ridiculizar o exiliar a un varón cuya conducta es afeminada. Por ende, los compañeros ejercen gran presión para la conformidad con el rol de género (Maccoby, 1998).

Los medios de comunicación también son importantes agentes de socialización. Muchas personas suponen que las cosas han cambiado mucho en los últimos 20 años y que los estereotipos de género son asunto del pasado. Por el contrario, diversos medios de comunicación —desde la televisión hasta las revistas para adolescentes— continúan mostrando a mujeres y hombres en roles estereotipados. Por ejemplo, un análisis de los artículos en la revista *Seventeen* (Diecisiete) a lo largo del tiempo mostró que, en 1955, 43 por ciento de los artículos se dirigían a un público femenino y se enfocaban en la apariencia personal; en 1995, la cifra era del 45 por ciento (Schlenker *et al.*, 1998). Pero seguramente las revistas para adolescentes se están modernizando y proporcionan más historias sobre asuntos actuales relevantes como el desarrollo vocacional. El mismo estudio de *Seventeen* mostró que, en 1955, sólo 10 por ciento de los artículos trataban sobre desarrollo vocacional; para 1995 la cifra se había elevado a un asombroso 14 por ciento! En pocas palabras, la distribución de artículos transmite a las adolescentes que su apariencia es importante y una carrera no lo es.

Un análisis de las comedias de situación (*sitcoms*), populares en la televisión estadounidense desde el decenio de 1950 hasta el de 1990, indicó que había pequeñas tendencias hacia roles de género más igualitarios, pero la estereotipia tradicional seguía siendo común (Olson y Douglas, 1997). El *Cosby Show* (Show de Cosby) a finales del decenio de 1980 obtuvo las calificaciones más altas en cuanto a igualdad de roles de género de los niños (Olson y Douglas, 1997). Pero la serie del decenio de 1990, *Home Improvement* (Mejorando la casa), obtuvo las puntuaciones más bajas en cuanto a igualdad en los roles de género; menos todavía que la serie *Father Knows Best* (Papá es quien más sabe) del decenio de 1950. Los roles tradicionales de género siguen siendo válidos en el horario estelar.

Docenas de estudios muestran que los estereotipos de género que se presentan en televisión afectan las ideas estereotipadas de los niños (revisión de Signorielli, 1990). Por ejemplo, los niños de 3 a 6 años de edad que ven más televisión tienen ideas más estereotipadas sobre los roles de género que los niños que ven menos televisión. En un experimento naturalista, los niños de un pueblo que tenía poca disponibilidad de la televisión mostraron menos actitudes estereotipadas de género que los niños de un pueblo con gran disponibilidad de la televisión. Posteriormente, la televisión se volvió más común en el primer pueblo; dos años después, los niños en ese pueblo tenían actitudes tan estereotipadas como

los niños del pueblo que había tenido desde antes una mayor disponibilidad de la televisión.

Aunque los roles de género en sí son universales (Rosaldo, 1974) —es decir, todas las sociedades tienen roles de género— el contenido exacto de estos roles varía de una cultura a otra, de un grupo étnico a otro y de una clase social a otra. Por ejemplo, Margaret Mead (1935) estudió a varias culturas en las que los roles de género son considerablemente diferentes con respecto a los de Estados Unidos. Uno de tales grupos es el Mundugumor de Nueva Guinea. En esa cultura, tanto las mujeres como los hombres son extremadamente agresivos.

Diferencias psicológicas entre hombres y mujeres

Las diferencias de género en cuanto a personalidad y comportamiento han sido estudiadas de manera extensa por los psicólogos (p. ej., Hyde, 2004). Aquí nos enfocaremos en las diferencias de género en dos áreas que son particularmente pertinentes para el género y la sexualidad: la agresividad y los estilos de comunicación.

Los hombres y mujeres difieren en cuanto a *agresividad*. En general, los hombres son más agresivos que las mujeres. Esto es válido para casi todos los indicadores de agresión (agresión física como peleas, agresión verbal y fantasías de agresión) (Hyde, 1984). También es cierto en todas las edades; en cuanto los niños tienen edad suficiente para realizar conductas agresivas, los varones se vuelven más agresivos y los hombres dominan las estadísticas de delitos violentos. La diferencia de género en cuanto a agresión tiende a ser mayor entre preescolares, pero tiende a disminuir con la edad, de modo que las diferencias de género en la agresión adulta son pequeñas (Hyde, 1984).

Los investigadores han encontrado que, en Estados Unidos, los hombres y mujeres difieren en su estilo de comunicación, tanto verbal como no verbal. Esta investigación se revisó en el Tema central 10.2 del capítulo 10. De particular importancia para la sexualidad es el hecho de que los psicólogos sociales han encontrado diferencias de género en los estudios acerca de **autodivulgación**. En estos estudios se lleva a las personas al laboratorio y se les pide que divulguen información personal ya sea ante amigos o ante desconocidos. Las mujeres están más dispuestas a revelar información que los varones, al menos en situaciones como estas (Dindia y Allen, 1992).

No obstante, las normas sobre la autodivulgación están cambiando. Los roles tradicionales de género favorecían la expresividad emocional en las mujeres, en tanto que favorecían la represión emocional y la evitación de las revelaciones personales en los varones. Sin embargo, existe una ética contemporánea de buena comunicación y apertura que demanda la misma auto-

divulgación de parte de los hombres como de las mujeres (Rubin *et al.*, 1980). La investigación con estudiantes universitarios que forman parejas de novios confirma la existencia de esta norma; la mayoría tanto de hombres como de mujeres informaron que han divulgado totalmente sus pensamientos y sentimientos a sus parejas (Rubin *et al.*, 1980). Sin embargo, las mujeres divulgaron más en algunas áreas específicas, en particular sus mayores temores. Y las parejas con actitudes igualitarias divulgaron más que las parejas con actitudes tradicionales en cuanto a los roles de género. Por ende, la expectativa tradicional de que los varones no deberían expresar sus sentimientos parece estar virando hacia una expectativa de que sean abiertos y comunicativos.

Existen diferencias de género en la capacidad de las personas para comprender los comportamientos no verbales de los demás. La frase técnica para esto es *decodificación de las señales no verbales*, es decir, la capacidad para interpretar correctamente el lenguaje corporal de otros. Esto se podría medir, por ejemplo, a través de la precisión de la persona para interpretar las expresiones faciales. La investigación muestra que las mujeres son mejores que los hombres para decodificar tales señales no verbales y distinguir las emociones de los demás (Hall, 1998). Con toda seguridad esto es consistente con la expectativa relacionada con el género acerca de que las mujeres mostrarán mayor sensibilidad interpersonal.

¿Cuáles son las implicaciones para la sexualidad de estas diferencias de género en los estilos de comunicación? Por ejemplo, si los hombres no están dispuestos a divulgar información personal sobre sí mismos, consideremos si esto no podría obstaculizar su capacidad para comunicar sus necesidades sexuales a sus parejas.

Diferencias en sexualidad entre hombres y mujeres

En esta sección, la discusión se centrará en las áreas de la sexualidad en las que existe alguna evidencia de diferencias entre hombres y mujeres. Como señalaremos después, sí existen diferencias, pero son más bien pequeñas en varias áreas: masturbación, actitudes hacia el sexo informal, consistencia del orgasmo durante el sexo e impulso sexual. Existe el peligro de enfocarse en estas diferencias al grado de olvidar las semejanzas entre los géneros. Tenga en mente que los varones y mujeres son bastante similares en muchos sentidos en cuanto a su sexualidad —por ejemplo, en la fisiología de sus respuestas sexuales (capítulo 9)— cuando considere la evidencia subsecuente acerca de las diferencias entre hombres y mujeres. También tenga en mente que la mayoría de la evidencia científica descrita aquí se basa en muestras estadounidenses. Sólo

Autodivulgación: contar información personal a otra persona.

se tienen disponibles unas cuantas encuestas transculturales. Las diferencias de género que se analizan en las siguientes secciones son características de la cultura dominante en Estados Unidos. Los patrones de género pueden ser similares o diferentes en otras culturas.

Masturbación

En una reseña de 177 estudios sobre diferencias de género en cuanto a sexualidad los autores encontraron que la principal diferencia de género era la incidencia de masturbación (Oliver y Hyde, 1993).

Recuérdese que en los datos de Kinsey, 92 por ciento de los varones se habían masturbado hasta el orgasmo cuando menos una vez en sus vidas, en comparación con 58 por ciento de las mujeres. No sólo es que menos mujeres se masturbaran sino que, en general, aquellas que lo hacían habían comenzado a una edad posterior que los varones. Virtualmente todos los hombres dijeron haberse masturbado antes de los 20 años de edad (la mayoría comenzaron entre los 13 y 15 años), pero números sustanciales de mujeres informaron haberse masturbado por primera vez a los 25, 30 o 35 años. Esta diferencia de género no muestra evidencia de reducirse, según los estudios más recientes. Aunque la NHSLS no obtuvo datos sobre la incidencia de masturbación durante el curso de la vida, sí preguntó acerca de la masturbación en el último año; 63 por ciento de los hombres, en comparación con 42 por ciento de las mujeres, informaron que se habían masturbado (Laumann *et al.*, 1994). Por tanto, los datos sugieren que existe una diferencia sustancial de género en la incidencia de masturbación, donde es considerablemente más probable que los varones se hayan masturbado, en comparación con las mujeres.

Actitudes hacia el sexo informal

En la reseña antes mencionada, la segunda diferencia más importante de género que se señaló fueron las actitudes hacia el sexo informal —es decir, el coito premarital (o no marital) en una situación, como un “incidente de una noche”, en el que no existe una relación de compromiso emocional entre los participantes— (Oliver y Hyde, 1993). Los hombres son considerablemente más aprobatorios de estas interacciones mientras que las mujeres tienden a desaprobárselas. Muchas mujeres sienten que el coito premarital es ético o aceptable sólo en el contexto de una relación de compromiso emocional. Para muchos hombres, ese es un contexto agradable para el sexo, pero no es absolutamente necesario.

En la muestra de la NHSLS, 76 por ciento de las mujeres blancas, pero sólo 53 por ciento de los hombres blancos, dijeron que tendrían sexo con alguien sólo si estuvieran enamoradas (Mahay *et al.*, 1999). Esta diferencia de género es consistente entre otros grupos étnicos de Estados Unidos; las estadísticas comparables fueron 77 por ciento de las mujeres

afroestadounidenses contra 43 por ciento de los varones afroestadounidenses; 78 por ciento de las mujeres de origen mexicano contra 57 por ciento de los hombres de origen mexicano.

En un estudio se encuestó a 249 estudiantes de pregrado acerca de sus motivos para tener relaciones sexuales (Carroll *et al.*, 1985). Los resultados ilustran la importancia para las mujeres de la relación y de la conectividad emocional como requisitos previos para el sexo. A los hombres les preocupan menos estos requisitos y se enfocan más en el placer físico del sexo. Consistente con los estereotipos, hombres y mujeres dieron respuestas muy diferentes a la pregunta “¿Cuáles son tus motivos para tener coito?”. Las mujeres enfatizaron el amor y el compromiso emocional, como en los siguientes ejemplos:

Sentimientos emocionales que se compartan, una manera maravillosa de expresar ¡¡AMOR!!

Mis motivos para tener sexo se deben todos al amor y compromiso que siento por mi pareja.

Compare esas respuestas con las siguientes contestaciones típicas de los varones:

Lo necesito.

Para deleitarme.

Cuando me canso de masturbarme. (Carroll *et al.*, 1985, p. 137)

Es claro que los hombres —cuando menos en los años universitarios— enfatizan las necesidades y el placer físico como sus motivos para tener coito, mientras que las mujeres destacan el amor, las relaciones y el compromiso emocional. No es sorpresa que existan algunos conflictos en las relaciones entre hombres y mujeres.

Figura 14.5 Julia Heiman, una pionera en el estudio de la respuesta fisiológica femenina hacia la erótica (Universidad de Indiana).



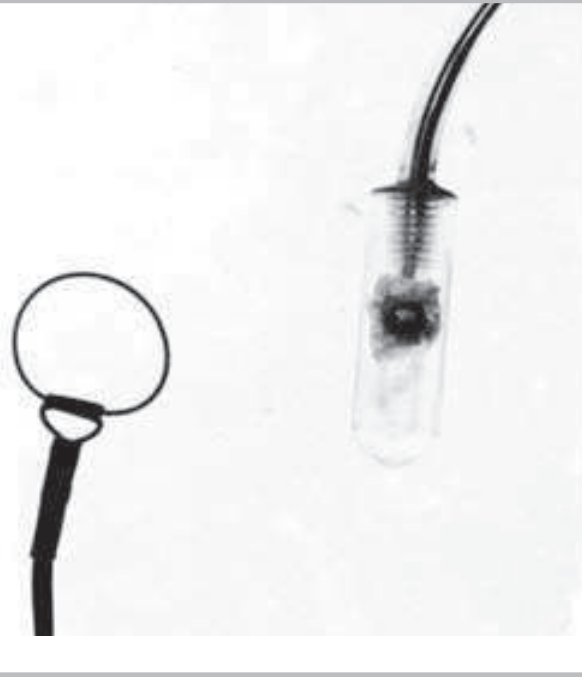
Excitación ante la erótica

Por tradición en nuestra sociedad, la mayoría de los materiales eróticos —imágenes, películas o historias sexualmente excitantes— se han producido para un público de hombres. Presumiblemente, la suposición correspondiente ha sido que las mujeres no están interesadas en tales cosas. ¿La evidencia científica sustenta este concepto?

La investigación de laboratorio muestra que los hombres se excitan más ante los materiales eróticos, pero que la diferencia de género no es tan amplia (Murnen y Stockton, 1997). Un estudio clásico de la psicóloga Julia Heiman (1975; para un estudio similar con resultados parecidos, véase Steinman *et al.*, 1981) proporciona una buena cantidad de discernimientos acerca de las respuestas de hombres y mujeres hacia los materiales eróticos. Los participantes eran estudiantes universitarios con experiencia sexual cuyas respuestas estudió Heiman a medida que escuchaban grabaciones de audio con historias eróticas. Heiman no sólo obtuvo las autocalificaciones de los participantes acerca de su excitación, al igual que han hecho otros investigadores, sino que también obtuvo medidas objetivas de sus niveles fisiológicos de excitación. Para lograrlo, Heiman utilizó dos instrumentos: un calibrador de la tensión peniana y un fotopletismógrafo (figura 14.6). El **calibrador de la tensión peniana** (que nuestros estudiantes han apodado “penímetro”) se utiliza para obtener la medición fisiológica de la excitación en el varón; es un anillo flexible que se ajusta alrededor de la base del pene. El **fotopletismógrafo**, o fotómetro, mide la excitación fisiológica en la mujer; es un cilindro de acrílico, aproximadamente del tamaño de un tampón, que se coloca justo adentro de la entrada de la vagina. Ambos instrumentos miden vasocongestión en los genitales, que es la principal respuesta fisiológica durante la excitación sexual (véase capítulo 9).

Los participantes de la investigación escucharon una de cuatro tipos de cintas de audio. Existe el estereotipo de que a las mujeres les excitan más las historias románticas, mientras que a los hombres les excita más el “sexo franco”. Las cintas variaban de acuerdo con cuál de estos tipos de contenido tenían. El primer grupo de cintas era *erótico*; incluían extractos de novelas populares que contenían descripciones explícitas de sexo heterosexual. El segundo grupo de cintas era *romántico*; se escuchaba en ellas a una pareja que expresaba afecto y ternura el uno por el otro, pero no participaban de hecho en sexo. El tercer grupo era *erótico-romántico*; incluían elementos explícitos de sexo, pero también elementos románticos. Por último, el cuarto grupo de cintas servía como control; se escuchaba a una pareja que tenía una conversación, pero nada más. Las tramas de las cintas también variaban según si el varón o la mujer iniciaban la actividad o en cuanto a si la descripción se centraba en las respuestas físicas y fisiológicas de la mujer o en las del hom-

Figura 14.6 Dos dispositivos utilizados para medir la respuesta fisiológica sexual en varones y mujeres. El calibrador de la tensión peniana (*izquierda*) consiste de una banda flexible que se ajusta alrededor de la base del pene. El fotopletismógrafo (*derecha*) es un cilindro de acrílico que contiene una celda fotoeléctrica y una fuente luminosa y se coloca justo adentro de la vagina.



bre. Por ende, las cintas eran iniciadas por el varón o iniciadas por la mujer y centradas en la mujer o centradas en el varón. Tres resultados importantes surgieron del estudio:

1. El sexo heterosexual explícito (las cintas eróticas y erótico-románticas) fueron las más excitantes, tanto

para las mujeres como para los hombres. La gran mayoría de hombres y mujeres respondieron de manera más intensa, tanto fisiológicamente como en sus autocalificaciones, ante las cintas eróticas y erótico románticas. Las mujeres de hecho, calificaron a las cintas eróticas como más excitantes en comparación a los hombres. Ni hombres ni mujeres respondieron —ya sea en sentido fisiológico o en sus autocalificaciones— hacia las cintas románticas o hacia las cintas control (excepto por un par de hombres que se excitaron por una discusión acerca de los méritos relativos del área de antropología contra los méritos del área de premedicina; ¡qué se puede decir?!).

Calibrador de la tensión peniana: dispositivo utilizado para medir la excitación sexual fisiológica en el varón; es un anillo flexible que se ajusta alrededor de la base del pene.
Fotopletismógrafo: cilindro de acrílico que se coloca dentro de la vagina para medir la excitación sexual fisiológica en la mujer. También llamado *fotómetro*.

2. Tanto los hombres como las mujeres consideraron que la cinta más excitante era la iniciada por la mujer y centrada en la mujer. Quizá la trama iniciada por la mujer haya sido más excitante porque tiene una naturaleza un tanto prohibida o de tabú.
3. En ocasiones, las mujeres no estaban conscientes de su propia excitación fisiológica. En general, hubo una elevada correlación entre las autocalificaciones de excitación y las medidas fisiológicas objetivas de la misma, tanto en los hombres como en las mujeres. Cuando los hombres estaban físicamente excitados, nunca cometieron un error al informarlo en sus autocalificaciones (es bastante difícil confundir una erección). Pero cuando las mujeres estaban físicamente excitadas, casi la mitad de ellas no informaron excitación en sus autocalificaciones (véase también Laan *et al.*, 1994). (Se podría suponer que las mujeres que tenían la suficiente sofisticación como para prestarse como voluntarias a un experimento de esta naturaleza y que estaban dispuestas a insertarse un fotopletismógrafo en la vagina no se volverían repentinamente tímidas en cuanto a informar su excitación; es decir, parece probable que estas mujeres honradamente no percibieron que estuviesen excitadas.)

Por ende, en resumen, el estudio de Heiman indica que los hombres y mujeres son bastante similares en sus respuestas ante los materiales eróticos pero que, en ocasiones, es posible que las mujeres no reconozcan su propia excitación física.

En términos estadísticos, Heiman encontró una baja correlación entre los autoinformes de excitación de las mujeres y las medidas fisiológicas de su excitación. En un interesante estudio de seguimiento, se instruyó a un grupo experimental de mujeres a atender a los signos genitales de la excitación sexual (“Mientras califica estas diapositivas, quisiera que usted atienda a los diversos cambios que pueden ocurrir en su área genital, como lubricación vaginal, sensación de calor pélvico y tensión muscular”) y a un

segundo grupo se le pidió que atendiera a los signos no genitales de la excitación (“Mientras califica estas diapositivas, quisiera que usted atienda a los diversos cambios que pueden ocurrir en su cuerpo. Éstos son un aumento en la frecuencia cardíaca, erección de los pezones, inflamación de los senos y tensión muscular), en tanto que a un grupo control no se le dio ninguna instrucción (Korff y Geer, 1983). Ambos grupos experimentales mostraron elevadas correlaciones entre sus autoin-

formes y las medidas fisiológicas de excitación, mientras que el grupo control mostró la misma correlación baja que había encontrado Heiman. Esto muestra que las mujeres pueden ser bastante precisas para percatarse de su excitación física si simplemente se les dice que enfoquen su atención en ella. Por supuesto, la cultura más amplia no da estas instrucciones a las mujeres y más bien les dice que se enfoquen en el ambiente externo a ellas —el amor, el romance, la pareja— de modo que muchas mujeres no han aprendido a enfocarse en su cuerpo. Pero el experimento que se describe aquí muestra con bastante claridad que sí pueden hacerlo.

Consistencia del orgasmo

Los hombres son más consistentes que las mujeres en cuanto a obtener orgasmos durante el sexo. Por ejemplo, según la NHSL, 75 por ciento de los hombres —pero sólo 29 por ciento de las mujeres— siempre tienen un orgasmo durante el sexo con su pareja (Laumann *et al.*, 1994, p. 116). La brecha es más reducida para la consistencia del orgasmo durante la masturbación, pero incluso en este caso los varones parecen ser más efectivos: 80 por ciento de los hombres, en comparación con 60 por ciento de las mujeres, informan que generalmente o siempre tienen un orgasmo al masturbarse (Laumann *et al.*, 1994, p. 84).

Impulso sexual

La evidencia proveniente de varias fuentes indica que, en promedio, los hombres tienen un mayor impulso sexual que las mujeres (Baumeister *et al.*, 2001; Peplau, 2003). Los hombres piensan en sexo con más frecuencia y tienen fantasías más asiduas y variadas que las mujeres. En comparación con las mujeres, los hombres desean más parejas sexuales y tienen una mayor frecuencia de coito. En un estudio hecho en 52 países, la diferencia de género en cuanto al número preferido de parejas se encontró en todas las regiones del orbe (Schmitt, 2003). Por supuesto, es importante recordar que éstas son diferencias promedio. En una pareja heterosexual específica, es bastante posible que el nivel de deseo de la mujer supere al del hombre.

¿Por qué existen diferencias?

Las secciones anteriores revisaron la evidencia acerca de las diferencias en sexualidad entre hombres y mujeres. Cuatro diferencias: el menor porcentaje de mujeres, en comparación con hombres, que se masturban; las actitudes más críticas de las mujeres hacia el sexo informal; la menor consistencia de orgasmos en las mujeres; y el mayor impulso sexual de los hombres están bastante bien documentadas y necesitan explicación. ¿Qué factores conducen a algunas mujeres a no masturbarse, a desaprobar el sexo informal, a tener un impulso sexual menos fuerte y a ser inconsistentes en



Para aprender más acerca del pletismógrafo y de cómo funciona, vea el video “The Plethysmograph” (El pletismógrafo) en el capítulo 14 de su CD.

cuanto a tener orgasmos? Una amplia variedad de académicos ha sugerido muchas explicaciones posibles.

¿Las diferencias son falsas?

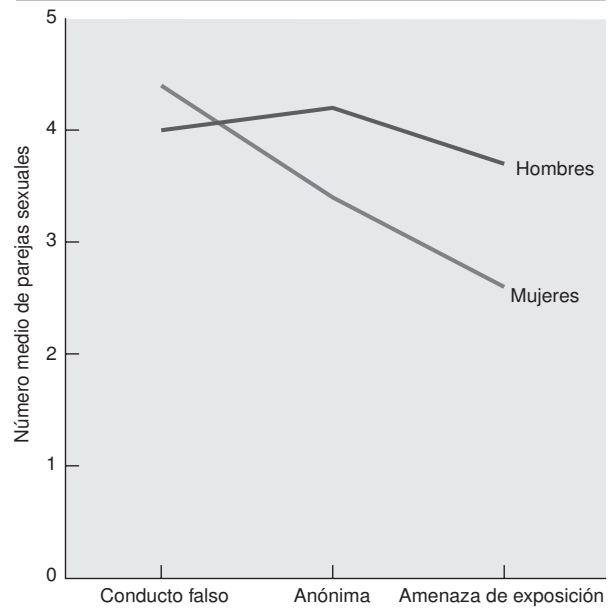
Una posibilidad es que muchas de estas diferencias de género, documentadas por lo común a través de autoinformes, no sean diferencias verdaderas. En lugar de ello, puede ser que las personas informen lo que se espera de ellas, al verse moldeadas por las normas de género. Se espera que los hombres tengan gran cantidad de sexo, de modo que exageran su deseo en los autoinformes, o las mujeres minimizan el suyo.

Un inteligente estudio utilizó el *método del conducto falso* para investigar esta posibilidad (Alexander y Fisher, 2003). Se obtuvo la participación de estudiantes universitarios que acudieron al laboratorio para responder a cuestionarios sobre sus actitudes y conductas sexuales. Se les asignó aleatoriamente a tres condiciones experimentales. En la *condición del conducto falso*, se conectaba al estudiante a un polígrafo o máquina detectora de mentiras simulada y se le decía que la máquina detectaría las respuestas falsas. Las personas deberían responder con mucha honestidad en esta condición. En la *condición anónima*, el o la estudiante llenaba el cuestionario de manera anónima, como es típico de la gran cantidad de investigaciones sexuales, y al terminar, colocaba el cuestionario en una caja cerrada con llave. En la *condición de amenaza de exposición*, se instruía a los respondientes a dar en propia mano el cuestionario respondido directamente al experimentador, quien era un compañero de pregrado, el cual se sentaba a plena vista mientras que los respondientes llenaban los cuestionarios, sirviendo como recordatorio de que esta otra persona podría fácilmente ver sus respuestas. La figura 14.7 muestra los resultados para los informes del número de parejas sexuales que habían tenido los participantes.

Cuando las personas estaban en la condición del conducto falso y daban las respuestas más honestas, los informes de hombres y mujeres acerca del número de sus parejas sexuales eran casi idénticos; de hecho, las mujeres tenían un número ligeramente mayor que los hombres. En las condiciones estándar de anonimato utilizadas en la mayoría de las investigaciones sexuales, las mujeres informaban menos parejas que los hombres y bajo una amenaza de que las respuestas se podrían hacer públicas, se presentó la brecha más amplia entre hombres y mujeres. En la condición de anonimato y en la condición de amenaza de exposición, surgieron diferencias que eran consistentes con los roles de género. Las mujeres confirmaron la expectativa de que tenían pocas parejas.

¿Cuáles son las implicaciones de este estudio? ¿Esto significa que todas las diferencias descritas en la sección previa son falsas? Probablemente no, pero significa que los hallazgos de diferencias de género obtenidos a través de autoinformes probablemente son exageraciones de la verdad. También es importante

Figura 14.7 Número medio de parejas sexuales informadas por hombres y mujeres en el Estudio del conducto falso (véase el texto para mayores detalles).



Fuente: Alexander y Fisher (2003).

señalar que los hallazgos obtenidos de medidas fisiológicas, como las utilizadas en el estudio de Heiman, no son vulnerables a este sesgo de los informes.

Supongamos que las diferencias de género que se analizan en la sección anterior son reales, aunque quizá no tan notablemente grandes como lo sugiere la investigación. Entonces ¿cómo se pueden explicar estas diferencias?

Factores biológicos

Se han hecho algunas especulaciones en cuanto a que las diferencias de género en la sexualidad son el producto de dos factores biológicos: la anatomía y las hormonas.

Anatomía

La anatomía sexual del varón es externa y visible y tiene una respuesta muy obvia: la erección. Cuando el hombre está desnudo, puede observar fácilmente sus órganos sexuales, ya sea al ver hacia abajo o al verse en un espejo. En contraste, los órganos sexuales femeninos están ocultos. La mujer desnuda ve hacia abajo y no puede observar nada excepto el vello púbico (que realmente no es muy informativo); al examinarse en un espejo de cuerpo entero ve la misma cosa. Sólo mediante hacer el ejercicio del espejo que se describe en el capítulo 4 puede obtener una buena vista de sus propios genitales. Para empeorar las cosas, con frecuencia la palabra *clítoris* —pero no *pene*— falta en los libros sobre sexualidad, en las pláticas de los padres

acerca del sexo y en el conocimiento de los estudiantes acerca de la sexualidad (Ogletree y Ginsburg, 2000). Lo que es más, los genitales de la mujer no tienen una respuesta obvia de excitación como la erección del varón. Como resultado, es posible que la mujer esté menos consciente de su propia excitación; un concepto que recibe apoyo de la investigación de Heiman.

En consecuencia, la explicación anatómica es que, debido a que los genitales de la mujer no están a plena vista y a que su respuesta de excitación es menos obvia que aquella de los genitales del hombre, la mujer está en menos probabilidad de masturbarse y en menos probabilidad de desarrollar su potencial sexual completo (Baldwin y Baldwin, 1997). Si esta explicación es correcta, o al menos forma parte de la respuesta, ¿se podrían tomar medidas para ayudar a las mujeres a desarrollar su sexualidad? Quizá los padres podrían hablar con sus hijas acerca del ejercicio del espejo desde una temprana edad y alentarlas a adquirir mayor conciencia de sus propios órganos sexuales. Asimismo, es posible que los padres quisieran discutir con sus hijas la idea de la masturbación.

Hormonas

La explicación hormonal descansa en el descubrimiento de que la testosterona está relacionada con el comportamiento sexual. Esta evidencia se revisó en el capítulo 9. Básicamente, la evidencia proviene de estudios en los que se castra a animales machos (y, por ende, pierden su fuente natural de testosterona), con el resultado de que desaparece su conducta sexual, supuestamente como reflejo de una disminución en el impulso sexual. Si se administran inyecciones de testosterona, el comportamiento sexual regresa.

Las hembras generalmente tienen menores niveles de testosterona en sus tejidos que los machos. Por ejemplo, las hembras humanas tienen aproximadamente una décima del nivel de testosterona en su sangre en comparación con los machos humanos (Janowsky *et al.*, 1998).

Por tanto, la explicación hormonal es que si la testosterona es importante para activar la conducta sexual y si las mujeres tienen sólo una décima parte de lo que tienen los hombres, esto podría resultar en un menor nivel de comportamiento sexual, como la masturbación, en la mujer o en un menor impulso sexual.

Existen varios problemas con este razonamiento. Primero, puede ser que las células en el hipotálamo o los genitales de las mujeres sean más sensibles a la testosterona que las células comparables de los hombres; por tanto, un poco de testosterona podría ser suficiente en los cuerpos de las mujeres. Segundo, debemos tener cautela en cuanto a realizar inferencias acerca de los hombres y mujeres con base en estudios realizados con animales. Aunque algunos estudios recientes han demostrado los efectos de la testosterona en el interés y conducta sexual de los humanos, los efectos son menos consistentes y más complejos que en otras especies (capítulo 9).

Factores culturales

De manera tradicional, la cultura estadounidense ha colocado restricciones más rígidas a la sexualidad de las mujeres que a la de los hombres y los vestigios de tales restricciones persisten hasta nuestros días. Parece probable que estas restricciones hayan actuado como un obstáculo para la sexualidad de la mujer y, por ende, pueden ayudar a explicar por qué algunas mujeres no se masturban, por qué algunas mujeres tienen dificultad para tener orgasmos y por qué algunas mujeres se sienten recelosas del sexo informal.

Uno de los reflejos más claros de las diferencias en las restricciones sobre la sexualidad de hombres y mujeres es el doble estándar. Como vimos en el capítulo 11, el doble estándar dice que la misma conducta sexual se evalúa de manera diferente, dependiendo de si es un hombre o una mujer quien la realiza. El doble estándar sexual proporciona mayor libertad sexual a los varones que a las mujeres (Crawford y Popp, 2003). Un ejemplo es el sexo premarital. Tradicionalmente en la cultura estadounidense, el coito premarital ha sido más aceptable para los hombres que para las mujeres. De hecho, la actividad sexual premarital puede ser un símbolo de estatus para el varón pero un signo de liviandad para la mujer.

En general, actualmente el doble estándar parece ser menor que en tiempos anteriores. Por ejemplo, como indican los datos del capítulo 11, ahora las personas aprueban el coito premarital en las mujeres tanto como lo hacen en el caso de los hombres. Este cambio en actitudes se refleja en la conducta. Ahora el porcentaje de mujeres que informa haber tenido coito premarital es mucho mayor que en el decenio de 1940. Según la NHSL, 70 por ciento de las mujeres y 78 por ciento de los hombres tuvieron relaciones sexuales antes del matrimonio (Laumann *et al.*, 1994). Por tanto, existe menos diferencia entre hombres y mujeres ahora de la que había hace una o dos generaciones; la gran mayoría tanto de hombres como de mujeres tienen coito premarital en la actualidad. No obstante, el sexo premarital sigue siendo un poco más común entre los varones.

La disminución del doble estándar puede ayudar a explicar por qué algunas de las diferencias de género encontradas en estudios anteriores acerca del comportamiento sexual han desaparecido en los estudios más recientes. Cuando las fuerzas culturales no hacen tal distinción entre hombre y mujer, ambos géneros se vuelven más similares en su conducta sexual. Sin embargo, en la actualidad sigue habiendo vestigios del doble estándar con respecto al sexo informal, que se aprueba más para los hombres que para las mujeres. En Estados Unidos, los hombres, pero no las mujeres, están de acuerdo con este doble estándar (Sprecher y Hatfield, 1996).

Como se discutió antes en este capítulo, los roles de género son otra fuerza cultural que puede contribuir a las diferencias en la sexualidad masculina y femenina. Los roles de género dictan el comportamiento apro-

piado para las mujeres y los hombres dentro de las interacciones sexuales; es decir, especifican el guión. Por ejemplo, existe un estereotipo acerca de que el varón es el iniciador y la mujer es el objeto pasivo de sus insinuaciones; seguramente esto no alienta a la mujer a tomar medidas activas para obtener sus propios orgasmos. Como un resultado de tales estereotipos, el hombre tiene sobre sí toda la carga de responsabilidad, tanto de su propia respuesta como de la respuesta de la mujer, y no se ha alentado a las mujeres a asumir la responsabilidad de producir su propio placer.

Los roles maritales y familiares pueden tener un papel. Cuando nacen los niños, actúan como un obstáculo para la relación sexual de los padres. Al tener hijos, la pareja pierde su intimidad. Es posible que se preocupen de que su hijo o hija irrumpa a través de una puerta sin cerrojo y que atestigüe lo que Freud denominaba “la escena primaria” de sus padres haciendo el amor. O pueden preocuparse de que sus hijos escuchen los sonidos que producen al tener sexo. Sin embargo, en general la mujer tiene la principal responsabilidad en la crianza de los hijos, de modo que es posible que ella esté más consciente de la presencia de los hijos en el hogar y más preocupada de los posibles efectos dañinos que podría tener sobre ellos el hecho de presenciar que sus padres están teniendo relaciones sexuales. De nuevo, su preocupación y ansiedad no contribuyen a que ella tenga una experiencia sexual satisfactoria.

Otros factores

Es posible que otros factores diversos, que no se pueden clasificar fácilmente como biológicos o culturales, también contribuyan a las diferencias en la sexualidad de hombres y mujeres.³

Las mujeres se embarazan y los hombres no. En particular en los días previos a la existencia de anticonceptivos efectivos, el embarazo podría ser una consecuencia indeseable de la sexualidad para una mujer. Pensar que un episodio de sexo podría resultar en un embarazo de nueve meses y en otra boca que alimentar, podría representar una barrera para la sexualidad de cualquiera. Incluso hoy en día, los temores al embarazo pueden representar una fuerza. Por ejemplo, según un estudio, 27 por ciento de las mujeres adolescentes blancas y 35 por ciento de las mujeres adolescentes negras, sexualmente activas, no utilizan anticonceptivos (Hofferth, 1990). Una mujer que está preocupada de si quedará embarazada —y, si no está casada, acerca de si los demás se enterarán de que ha estado teniendo actividad sexual— no está en un estado conducente al disfrute del sexo, mucho menos a la experiencia del orgasmo (aunque esto difícilmente explica por qué hay más mujeres que no se masturban en comparación con los hombres).

Las técnicas poco efectivas de estimular a la mujer también pueden representar un factor. Las técnicas

más comunes de coito, con el pene que entra y sale de la vagina, pueden proporcionar buena estimulación para el hombre pero no para la mujer, dado que es posible que ella no esté recibiendo suficiente estimulación del clítoris. Entonces, tal vez el problema sea que se espera que las mujeres tengan un orgasmo como resultado del coito, cuando la técnica no es muy efectiva para producir orgasmos en las mujeres.

Es probable que exista una relación entre la evidencia de que hay menos mujeres que hombres que se masturban y las diferencias de género en la consistencia del orgasmo. Las experiencias con la masturbación en la infancia y adolescencia son importantes fuentes iniciales de aprendizaje acerca de la sexualidad. A través de estas experiencias aprendemos la manera en que nuestros cuerpos responden a la estimulación sexual y cuáles son las técnicas más efectivas para estimular nuestros propios cuerpos. Este aprendizaje es importante para nuestra experiencia del sexo adulto entre dos personas. Por ejemplo, los datos de Kinsey sugirieron que las mujeres que se masturban hasta tener un orgasmo antes del matrimonio están en mayor probabilidad de tener orgasmos producto del coito con su marido;⁴ 31 por ciento de las mujeres que nunca se habían masturbado hasta el orgasmo antes del matrimonio, no habían tenido orgasmos al final de su primer año de matrimonio, mientras que sólo 13 a 16 por ciento de las mujeres que se habían masturbado no tuvieron orgasmos en su primer año de matrimonio (Kinsey *et al.*, 1953, p. 407). Una mujer habló de cómo descubrió la masturbación de manera tardía y cómo esto se podía relacionar con su capacidad de tener orgasmos en el sexo heterosexual:

Pensé que era frígida, incluso después de tres años de matrimonio, hasta que leí este libro y aprendí cómo excitarme yo misma. Después de darme mi primer orgasmo, lloré durante media hora, estaba tan aliviada. Después lo hice muchas veces, durante muchos meses, y hablé con mi médico y con mi marido. Finalmente comencé a hacerlo en el coito. (Hunt, 1974, pp. 96-97)

Es posible que no sólo la relativa inexperiencia de las mujeres con la masturbación conduzca a una carencia de aprendizaje sexual, sino que también puede ser que se provoque una especie de “dependencia erótica” de los hombres. Típicamente, las primeras experiencias sexuales de los niños varones ocurren con la masturbación, la cual aprenden a hacer por información de otros niños. Más importante aún, aprenden que pueden producir su propio placer sexual. Es típico que las niñas tengan sus primeras experiencias sexuales a través de las caricias heterosexuales. Por ende, aprenden del sexo por los niños varones y aprenden que su placer sexual es producido por los hombres. Como comentó el investigador sexual John Gagnon:

⁴ Nótese que esto entra en contradicción directa con el anticuado consejo dado en los manuales que sugerían que “engancharse” con la masturbación podría obstaculizar la sexualidad marital posterior; en todo caso, en realidad es lo contrario.

³ Otras posibles causas de los problemas orgásmicos en las mujeres se analizan en el capítulo 19.

Tema central 14.1

Sexualidad masculina

Bernie Zilbergeld escribió *Male Sexuality* (Sexualidad masculina), publicado en 1978, con base en su experiencia como terapeuta sexual y psicoterapeuta. El libro se volvió sumamente respetado y tuvo un gran número de lectores durante más de un decenio. En 1999, Zilbergeld escribió una versión actualizada, *The New Male Sexuality* (La nueva sexualidad masculina) para reflejar las tendencias en el decenio de 1990, incluyendo la aparición del Viagra.

Este autor discute que los medios de comunicación nos han enseñado un Modelo de fantasía acerca del sexo, que en última instancia es perjudicial para los hombres, y también para las mujeres. Captura su idea en el título de un capítulo, “It’s Two Feet Long, Hard as Steel, Always Ready and Will Knock Your Socks Off” (Mide 60 centímetros, es duro como el acero, siempre está listo y te dejará sin aliento), describiendo el Modelo de fantasía del pene erecto y de su poder sobre las mujeres. El Modelo de fantasía acerca del sexo crea expectativas poco realistas y presiones de desempeño en los hombres.

Zilbergeld analiza varios mitos culturales basados en el Modelo de fantasía. A continuación se presentan cuatro de ellos:

Mito 1. Somos gente liberada que se siente muy cómoda con el sexo. Los medios de comunicación nos enseñan que los estadounidenses hemos desechado nuestra herencia victoriana y todos se sienten absolutamente cómodos con el sexo. Los hombres y mujeres en las películas y en televisión nunca tienen ninguna preocupación o problemas con el sexo. Las mujeres no se preocupan de su capacidad para llegar al orgasmo. Los hombres no se preocupan del tamaño o dureza de sus penes. Pero si todo esto es cierto, ¿por qué es tan pobre la educación sexual en los Estados Unidos?, ¿por qué los padres tienen tantas dificultades para hablar de sexo con sus hijos? La verdad es que, aunque las manifestaciones públicas (como las películas) son muy abiertas con respecto al sexo, en nuestras vidas privadas tenemos todo tipo de incomodidades e incertidumbres acerca del tema.

Mito 2. A un verdadero hombre no le interesan cosas de maricones como los sentimientos y la comunicación. A los niños varones se les entrena a desempeñar el rol masculino, que desalienta la expresión de emociones

como la ternura. La comunicación acerca de los sentimientos personales no sólo se vuelve difícil, sino imposible. Como dijo un hombre, “En realidad a lo que se reduce es que no me siento muy cómodo con la expresión de mis emociones—no creo que muchos hombres lo estén—pero me siento bastante a gusto con el sexo, de modo que más o menos dejo que el sexo hable por mí” (Zilbergeld, 1999, p. 21). Como resultado, los hombres están atrofiados en cuanto a formar relaciones y las interacciones sexuales son menos satisfactorias de lo que podrían ser si hubiera más comunicación.

Mito 3. Toda caricia es sexual o debería conducir al sexo. Para los hombres, las caricias son un medio para un fin: el sexo. Para las mujeres, es más frecuente que sean una meta en sí mismas, como cuando las mujeres se abrazan unas a otras. Los hombres necesitan aprender que simplemente necesitan que se les abrace o acaricie y que eso puede proporcionar más satisfacción emocional que el coito.

Mito 4. El sexo se centra en un pene duro y en lo que se hace con él. Los varones adolescentes tienen una fijación en su pene y en sus erecciones y esta fascinación perdura a lo largo de la vida. Crea una enorme presión de desempeño para lograr una erección (y no una cualquiera, sino una realmente grande). Como lo indica Zilbergeld, “Los penes en Fantasilandia vienen sólo en tres tamaños: grande, extragrande y tan grande que no puede pasar por la puerta”. Los hombres necesitan aprender que el pene no es la única parte sexual de sus cuerpos y que muchas formas muy deleitables de comportamiento sexual no requieren de ninguna erección. Eso alivia mucha de la presión de desempeño.

Los libros de Zilbergeld no se basan en una encuesta o en investigaciones de laboratorio, sino más bien en sus experiencias como terapeuta sexual. Su trabajo con personas que tienen problemas y buscan terapia puede predisponer sus puntos de vista. Pero sus observaciones son sumamente perspicaces y muchas personas que no buscan terapia se han beneficiado de sus libros.

Fuente: Zilbergeld (1978, 1999).

Es posible que las jóvenes sepan de la masturbación, pero no saben *cómo* masturbarse; cómo producirse placer o, incluso, cuáles podrían ser los placeres del orgasmo... Algunas jóvenes informan que aprendieron a masturbarse después de haber tenido un orgasmo producido por el coito o por caricias y decidieron que podrían hacerlo por sí solas. (1977, p. 152)

De nuevo, tales ideas podrían conducir a la recomendación de dar información a las niñas acerca de la masturbación.

Se han discutido numerosos factores que pueden contribuir a moldear la sexualidad masculina y femenina. Nuestra sensación es que una combinación de

varios de estos factores produce las diferencias que existen. Las diferencias iniciales en experiencias con la masturbación son muy importantes. Aunque es posible que estas diferencias sean resultado de las diferencias en anatomía, se les puede eliminar dando información sobre masturbación a las niñas. Es posible que las mujeres ingresen a las relaciones sexuales adultas con una falta de experiencia en las sensaciones corporales de excitación y orgasmo, y quizá no estén conscientes de las mejores técnicas para estimular sus propios cuerpos. Si se junta esta falta de experiencia con las diversas fuerzas culturales, como el doble estándar y las técnicas ineficaces de estimulación, no sorprende la existencia de algunas diferencias de género en la sexualidad.

Más allá de los adultos jóvenes

Uno de los problemas con nuestro entendimiento acerca de las diferencias de género en la sexualidad es que gran parte de la investigación se ha concentrado en estudiantes universitarios u otros grupos de jóvenes adultos (como ocurre en mucha de la investigación conductual). Por ejemplo, el estudio en 52 países que discutimos antes acerca de las diferencias de género en cuanto al número preferido de parejas, examinó a estudiantes universitarios en casi todas esas localidades (Schmitt, 2003). Utilizar a esta población puede proporcionar una perspectiva muy estrecha de las diferencias entre hombre y mujer ya que las diferencias se consideran durante una parte muy pequeña del periodo de vida. En realidad, la sexualidad femenina y masculina cambian en su naturaleza y centro de atención a lo largo de la vida. Por ejemplo, una creencia común en la cultura estadounidense es que los varones llegan a la “cima” de su sexualidad aproximadamente a los 19 años de edad, mientras que las mujeres no alcanzan la suya sino hasta que tienen 35 o 40 años (Barr *et al.*, 2002). Existe cierta evidencia científica que sustenta esta perspectiva. Kinsey (1953) encontró, por ejemplo, que generalmente las mujeres tienen orgasmos de manera más consistente a los 40 años que cuando tenían 25.

La psiquiatra Helen Singer Kaplan, una especialista en terapia para los trastornos sexuales, propuso una interesante perspectiva acerca de las diferencias entre la sexualidad masculina y la femenina a lo largo del periodo de vida (Kaplan y Sager, 1971). Según su análisis, la sexualidad del varón adolescente es muy intensa y casi exclusivamente genital en su enfoque. A medida que el hombre se acerca a sus 30 años de edad, sigue todavía muy interesado en el sexo, pero no de modo tan urgente. También está satisfecho con un número menor de orgasmos en comparación con el varón adolescente. Con la edad, el periodo refractario del hombre se vuelve más largo. Para los 50 años, típicamente se siente satisfecho con dos orgasmos por semana y el centro focal de su sexualidad ya no es totalmente genital; el sexo se vuelve una experiencia más sensual-

mente difusa y tiene un mayor componente emocional.

En las mujeres, con mucha frecuencia el proceso es bastante diferente. Su despertar sexual puede ocurrir mucho después; por ejemplo, es posible que no comiencen a masturbarse sino hasta los 30 o 35 años. Mientras que todavía están en la adolescencia o en su segunda década de vida, su respuesta orgásmica es lenta e inconsistente. Sin embargo, para el momento en que llegan a la mitad de la tercera década de vida, su respuesta sexual se ha vuelto más rápida y más intensa, y tienen orgasmos de manera más consistente que cuando eran adolescentes o tenían entre 20 y 29 años. Inician el sexo con más frecuencia que en el pasado. También, la mayor incidencia de sexo extramarital para las mujeres ocurre entre aquellas que están al final de su tercera década de vida. La lubricación vaginal ocurre casi de modo instantáneo en las mujeres de este grupo de edad.

Por ende, los hombres parecen comenzar con una sexualidad intensa, enfocada en los genitales y sólo después desarrollan un aprecio por los aspectos sensoriales y emocionales del sexo. Las mujeres tienen una conciencia inicial de los aspectos sensoriales y emocionales del sexo y después desarrollan la capacidad de respuesta genital intensa. Para expresarlo de otro modo, podríamos utilizar la terminología sugerida por Ira Reiss: **sexo centrado en la persona** y **sexo centrado en el cuerpo**. La sexualidad masculina adolescente está centrada en el cuerpo y el aspecto centrado en la persona no se añade sino hasta después. La sexualidad femenina adolescente está centrada en la persona y el sexo centrado en el cuerpo viene después.

Sin embargo, es importante recordar la posibilidad de que estos patrones se produzcan de manera cultural más que biológica. En algunas otras culturas —por ejemplo, la Mangaia en el Pacífico Sur (véase capítulo 1)— las mujeres tienen orgasmos 100 por ciento del tiempo durante el coito, incluso en su adolescencia.

Transexualidad

Muchos textos abarcan la transexualidad en los capítulos acerca de variaciones o desviaciones sexuales. Sin embargo, la hemos incluido en nuestro capítulo sobre el género porque fundamentalmente es una cuestión de género y, de manera más específica, es un problema de identidad de género.

Un **transexual** es una persona que cree que ha nacido con el cuerpo del otro género. Los transexuales son los candidatos para el proceso de **reasignación de género** (véase adelante) que ha recibido tanta

Sexo centrado en la persona: expresión sexual en la que el énfasis se coloca en la relación y emociones entre dos personas.
Sexo centrado en el cuerpo: expresión sexual en la que el énfasis se coloca en el cuerpo y en el placer físico.
Transexual: persona que cree haber nacido con el cuerpo del otro género. Véanse también transgénero.
Reasignación de género: el proceso a través del cual los transexuales cambian su cuerpo por el del otro género.

Figura 14.8 Un individuo transgénero.

Disforia de género: infelicidad con el propio género; otro término para transexualidad.

Transgénero: categoría que incluye a los transexuales, a aquellas personas que se consideran a sí mismas como un tercer género, travestidos, genderbenders y otros.

Transexual varón a mujer

(TVM): persona nacida con un cuerpo masculino pero que tiene una identidad femenina y desea convertirse biológicamente en una mujer para poder equipararse con su identidad.

Transexual mujer a varón (TMH):

persona nacida con un cuerpo femenino cuya identidad de género es masculina y desea someterse a reasignación de género.

publicidad. El término *transexual* puede utilizarse para referirse a la persona tanto antes como después de la cirugía. Esta condición también se conoce como **disforia de género**, que significa infelicidad o insatisfacción con el propio género.

El término **transgénero** es más amplio e incluye a transexuales al igual que a las personas cuya identidad de género no se equipara con su identidad física, pero que no buscan una cirugía de reasignación de género y, en lugar de ello, prefieren sólo algunos de los tratamientos como las hormonas, o

pueden tener el deseo de conservar su cuerpo sin alteraciones y consideran que se encuentran en la tercera categoría de los transgénero. También incluye a los travestidos, travestis femeninos y travestis masculinos, y a otras personas cuyo comportamiento e identidad trascienden los límites tradicionales de género. Han surgido otros nuevos términos, incluyendo *gender blender* (mezcladores de género), *genderbender* (torcedores de género) y *genderfree* (libres de género) (Bockting, 1999).

Existen dos tipos de transexuales: aquellos que nacen con cuerpos masculinos y cuya identidad es femenina (llamados **transexuales varón a mujer** o

TVM) y aquellos que nacen con cuerpos femeninos y cuya identidad es masculina (llamados **transexuales mujer a varón** o **TMV**). Los primeros han estado en mayor probabilidad de buscar ayuda en clínicas y con más frecuencia se han sometido a una cirugía de reasignación de género (Olsson y Möller, 2003), en parte porque la cirugía requerida en tales casos es más fácil. De acuerdo con esto, la mayoría de la discusión subsecuente se enfocará en los transexuales varón a mujer.⁵

Teniendo en mente la distinción entre sexo y género, es importante comprender que la transexualidad es un problema que no se relaciona con la conducta sexual sino con el género y la identidad de género. Es decir, el transexual no está preocupado de algún tipo especial de comportamiento sexual sino más bien con tener el deseo de ser mujer cuando su cuerpo es de hombre. Por tal razón, el término *transgénero* se ha vuelto cada vez más popular. El sexo tiene que ver solamente con sentir atracción sexual hacia un miembro del otro género (lo cual es tan intensamente demandado en nuestra sociedad). Pero conocemos a una transexual que nunca ha tenido ninguna actividad sexual más allá de los besos desde que se realizó la cirugía para transformarse en mujer. Está muy feliz siendo mujer, pero no está particularmente interesada en el sexo.

Las referencias a los transexuales se encuentran en gran parte de la historia registrada aunque, por supuesto, no se hace referencia al tema en términos modernos y científicos (Devor, 1997). En los primeros siglos de la Cristiandad, varias mujeres se transformaron en hombres. Un ejemplo es Pelagia, una mujer que se negó a casarse y huyó, vestida como hombre, e ingresó a un monasterio. Se volvió Pelagio, un hombre, y posteriormente fue elegido prior del convento. Una mujer del convento quedó embarazada y acusó a Pelagio de ser el padre. Por supuesto, nada podía ser más lejano de la verdad, pero él no estaba en posición de ofrecer su principal defensa. Fue expulsado del convento y murió en la ignominia. Al morir, se descubrió que tenía un cuerpo femenino.

Además de la distinción entre los TVM y los TMV, también podemos distinguir entre individuos *transgénero ginefílicos* y *androfílicos* (Blanchard *et al.*, 1995).⁶ Aquellos que son ginefílicos sienten atracción sexual hacia las mujeres y aquellos que son androfílicos sienten atracción sexual hacia los hombres. Por ejemplo, si consideramos a un transexual mujer a

⁵ Debido a que este tipo de individuo transgénero se considera como mujer, prefiere que se le llame "ella"; para simplificar las cosas en esta discusión, se utilizará el femenino para referirse al individuo transgénero.

⁶ Se ha iniciado un acalorado debate en cuanto a la mejor terminología para estos dos tipos. No enredaremos al lector en este asunto. Parte de la complejidad se deriva de la pregunta de si, por ejemplo, ¿describir la orientación sexual de una TVM como "homosexual" se refiere a la atracción hacia el mismo género según el género anterior o el género posterior a la cirugía? *Ginefílico* y *androfílico* eliminan este problema.

Figura 14.9 a) La apariencia de los genitales después de la cirugía transexual de varón a mujer.
b) Aumento de senos para una TVM. Fotografías cortesía del Dr. Daniel Greenwald.



a)



b)

varón, se le puede clasificar como androfílico si se siente atraído hacia los hombres y como ginefílico si se siente atraído hacia las mujeres. Las TVM androfílicas tienden a ser de menor estatura y peso en comparación con las TVM ginefílicas y en comparación con los varones en la población general (Blanchard *et al.*, 1995). Ésta puede ser una razón por la que las TVM androfílicas son más exitosas en su nuevo género (son más convincentes como mujeres porque tienen menor tamaño). En contraste, las TVM ginefílicas frecuentemente se casan con mujeres y tienen hijos en la adultez temprana. Tienen antecedentes de travestismo erotizado en la infancia y adolescencia. Con una apariencia masculina, a menudo hacen la transición al nuevo género después de los 40 años de edad. Entre los TMV, aquellos que son ginefílicos típicamente están más interesados en la cirugía para construir un pene (faloplastia), en comparación con aquellos que son androfílicos (Chivers y Bailey, 2000). También, algunos transexuales son bisexuales. En una muestra de TVM reclutadas a través de Internet, 32 por ciento dijeron que se sentían atraídas hacia los hombres, 31 por ciento hacia las mujeres y 28 por ciento hacia ambos (Bockting, 2004).

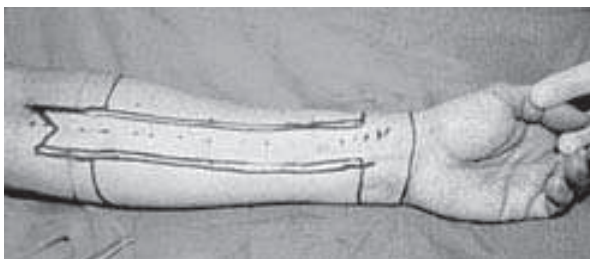
En un sentido psicológico, la persona transexual se encuentra en una situación de conflicto extremo. El cuerpo dice “soy un hombre” pero la mente dice “soy mujer”. Es comprensible que la persona pueda reaccionar con temor y confusión. En particular en la época anterior a los procedimientos de reasignación de género, o entre las personas que desconocen su existencia, se ha informado de castraciones hechas por la persona misma. La mujer que mencionamos antes comió grandes cantidades de crema facial femenina que contenía estrógenos para obtener los cambios deseados en su cuerpo.

Proceso de reasignación de género

La reasignación de género, llamada en ocasiones *cam-bio de sexo* o, de modo más reciente, *transición de género*, es compleja y sigue varias etapas (Bockting, 1997; Levine *et al.*, 1998; Peterson y Dickey, 1995). Aquellos dentro de la comunidad transexual frecuentemente se refieren al proceso como *cruce*. El primer paso es una orientación y evaluación psicológica muy cuidadosa. Es importante establecer que la persona es una transexual verdadera; es decir, alguien cuya identidad de género no se equipara con su tipo de cuerpo. Algunas personas erróneamente buscan una reasignación de género; por ejemplo, un hombre que simplemente tiene una adaptación deficiente, es infeliz y no tiene mucho éxito, podría pensar que las cosas serían mejores para él si fuese mujer. A veces, las personas con esquizofrenia presentan tal confusión con la identidad de género que podrían ser confundidos erróneamente con transexuales. Es importante determinar que la persona es una verdadera transexual o que tiene una identidad esencial de género antes de proceder con una cirugía que es irreversible.

El siguiente paso es la terapia hormonal. La transexual varón a mujer recibe estrógenos y debe continuar con ellos por el resto de su vida. Gradualmente, el estrógeno produce cierta feminización. Aumentan los pectorales y el patrón de depósitos grasos se vuelve femenino; en particular, las caderas se redondean. Si la persona ha comenzado a encalvecer, esto se detiene. Disminuyen las secreciones de la próstata y finalmente ya no se presenta eyaculación. Las erecciones se vuelven cada vez menos frecuentes, un fenómeno que produce agrado en la transexual, dado que eran un desagradable recordatorio del indeseable pene. El transexual mujer a varón recibe andrógenos, que logran una masculinización gradual. Es posible que se desa-

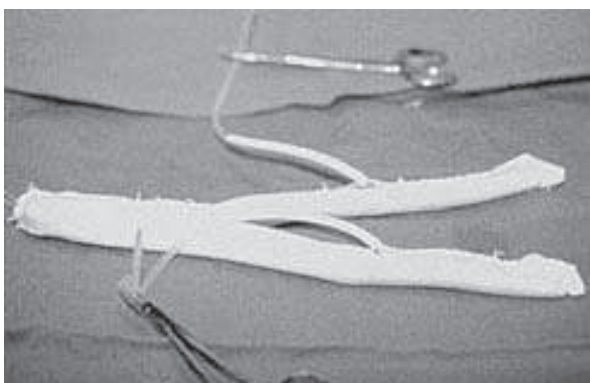
Figura 14.10 Cirugía transexual de mujer a varón. *a)* La piel del antebrazo, marcada con anterioridad, se transfiere al área genital. *b)* Se construye un pene (los vasos sanguíneos y nervios se muestran a la izquierda). *c)* Una prótesis inflable, envuelta en Goretex y lista para la inserción. *d)* El pene antes de la inserción del implante. *e)* Pene erecto. *Fotos cortesía del Dr. Daniel Greenwald.*



a)



b)



c)



d)



e)

rolle barba, a diversos grados. La voz es más grave. El patrón de depósitos grasos se vuelve más masculino. Aumenta el tamaño del clítoris, aunque ni cercanamente al tamaño de un pene, y se vuelve más eréctil. No es posible dar nueva forma a la estructura pélvica y los senos no desaparecen, excepto con cirugía.

A continuación viene la “experiencia de la vida real”, que es el requisito de que la persona viva como miembro del nuevo género durante un periodo de uno a dos años. Esto se hace para garantizar que la persona será

capaz de adaptarse al rol del nuevo género; de nuevo, la idea es estar tan seguro como sea posible de que la persona no se arrepentirá de haberse realizado la operación. Algunas transexuales, incluso antes de consultar con un médico, entran de manera espontánea en esta etapa de travestismo como un esfuerzo por convertirse en mujeres. No obstante, puede haber problemas. El travestismo es ilegal en muchas ciudades de Estados Unidos y podrían ser arrestadas. La mayoría de los individuos transgénero enfrentan la transfobia,

a veces hasta alcanzar niveles violentos (Lombardi *et al.*, 2001; Monro, 2000).

El paso final es la cirugía en sí, que algunos transexuales deciden pasar por alto. Para la transexual varón a mujer, el pene y los testículos se retiran, pero sin cortar los nervios sensoriales del pene. Entonces se reconstruyen los genitales externos para parecerse tanto como sea posible a los de una mujer. Se utiliza el glande del pene para formar un clítoris con sensibilidad sexual. A continuación se construye una vagina artificial [una bolsa de 15 a 20 centímetros (6 a 8 pulgadas) de profundidad]. Ésta se recubre con la piel del pene. Aproximadamente durante los siguientes seis meses posteriores, debe dilatarse la vagina utilizando un instrumento de plástico para que no vuelva a cerrarse. Se puede realizar otro tipo de cirugía cosmética, como reducir el tamaño de la manzana de Adán.

El cambio de mujer a varón es más complejo y, en general, menos exitoso. Se construyen un pene y escroto a partir de los tejidos en el área genital y el antebrazo (véase figura 14.10 *a*). El nuevo pene no tiene capacidad de erección; en algunos casos se implanta un tubo rígido de silicona en el pene de modo que éste se pueda insertar en una vagina, posibilitando el coito. Algunos transexuales mujer a varón (TMV) eligen no realizarse la cirugía genital y simplemente proceden con la remoción de los senos y posiblemente con una histerectomía.

Una experiencia importante para los transexuales es la *transición* (Bockting, 1999). Para una TMV, esto podría significar acudir al banco vestida como mujer y lograr que nadie se percate de que hay algo incongruente, simplemente creyendo que es mujer.

Es importante señalar que la transexualidad como diagnóstico, y los medios para tratarla (hormonas y cirugía de cambio de sexo), son productos de la cultura europea y estadounidense actual. Como se discutió antes, algunas otras sociedades simplemente consideran que estos individuos son miembros de un tercer género y viven cómodamente en esa categoría. Los ejemplos son las personas con dos espíritus entre los nativos de Norteamérica y los Hijras de India (Jacobs *et al.*, 1997; Nanda, 1997).

¿Qué causa la transexualidad?

Los científicos no han encontrado una causa definitiva de la transexualidad. Una razón probable es que puede haber más de una vía en ello. Como es común, se han propuesto teorías tanto biológicas como ambientales.

Del lado biológico, John Money (1987) ha discutido que la cuestión es un periodo crítico durante el desarrollo prenatal. Algún suceso, desconocido hasta ahora, puede conducir al desarrollo atípico de alguna estructura cerebral —posiblemente el hipotálamo, cuerpo calloso o comisura anterior— (Devor, 1997). Siguiendo la misma línea de pensamiento, algunos teóricos han propuesto que durante el desarrollo prenatal, si el

feto ha de convertirse en varón, debe defeminizarse y masculinizarse (Pillard y Weinrich, 1987). Una falla en cualquiera de ambos procesos podría producir una persona con un cuerpo masculino, pero con una identidad femenina. Para comprender esta distinción entre defeminización y masculinización, cuando menos con respecto a la anatomía, recuérdese la discusión del capítulo 5 acerca de los conductos de Wolff y los conductos de Müller. Ambos están presentes en todos los fetos al inicio del desarrollo prenatal. En un varón con desarrollo normal, los conductos de Müller degeneran (defeminización) y los conductos de Wolff progresan (masculinización). Sin embargo, si algún proceso falla, ambos podrían progresar. Lo mismo podría ocurrir con las células en las regiones cerebrales que se relacionan con la identidad de género. Consistente con este punto de vista, dos estudios han encontrado diferencias entre los TMV y los hombres típicos en el núcleo base de la estría terminal (BET), que es parte del sistema límbico (Kruijver *et al.*, 2000; Zhou *et al.*, 1995). Como se señaló en otros capítulos, el sistema límbico es importante en la sexualidad.

En cuanto al lado ambiental, el connotado investigador sexual Richard Green (1987) ha estudiado ampliamente el fenómeno de la feminidad extrema en los niños varones, que podría ser un precursor ya sea de la homosexualidad o de la transgeneridad. Ha encontrado que los padres de estos varones los tratan básicamente como si fueran niñas; por ejemplo, los visten con ropas de niña y les dicen qué bonitos se ven. En el caso de los transexuales mujer a varón, considera que el origen reside en las prácticas parentales que incluyen darle a la niña un nombre ambiguo en cuanto a género y alentar el juego rudo, así como una consuelación familiar en la que la madre es desagradable y emocionalmente distante (lo cual desalienta la identificación con ella) y el padre es agradable y cálido (lo cual alienta la identificación con él).

Al nivel del desarrollo, el **trastorno de la identidad de género (TIG)** se encuentra en niños desde los 2 o 3 años de edad (Zucker, 2000, 2002) y se caracteriza por una insistencia de que él o ella pertenecen al otro género, una preferencia por vestirse con ropas del otro género y un intenso deseo de participar en juego estereotípico del otro género. Los estudios longitudinales indican que algunos de estos niños se vuelven individuos transgénero y muchos se vuelven gay o lesbianas (Zucker, 2000, 2002).

Los transexuales varón a mujer forman la mayoría de los casos, superando en número a los transexuales mujer a varón en una proporción de 2:1 (Bakker *et al.*, 1993; Olsson y Möller, 2003). Se han ofrecido varias explicaciones para esta proporción tan sesgada. Quizá el desarrollo prenatal masculino sea más complejo y propenso a los errores o quizá el problema es que los varones prees-

Trastorno de la identidad de género (TIG): fuerte y persistente identificación transgénero.

colares pasan mucho más tiempo con sus madres que con sus padres.

Otros temas

El fenómeno de la transexualidad hace surgir varias preguntas psicológicas, legales y éticas interesantes para nuestra sociedad contemporánea.

Un caso que ha atraído atención fue el de la doctora Renée Richards, antes llamada Richard Raskind, una médico que tuvo una reasignación de género. Cuando era hombre, era un exitoso jugador de tenis. En 1976 intentó ingresar a un torneo femenino de tenis. Las jugadoras protestaron que no era una mujer y ella protestó que sí lo era. De manera subsecuente, los oficiales decidieron utilizar una prueba de **frotis bucal** para determinar el género, que también es la que se utiliza en los Juegos Olímpicos y que es una prueba del género genético. Richards protestó que no era una prueba apropiada para ella. Psicológicamente es una mujer, tiene genitales femeninos y funciona socialmente como mujer, y considera que éstos son los criterios apropiados. Sin embargo, tiene una estructura pélvica así como otras estructuras óseas masculinas y éstas pueden tener consecuencias importantes para el desempeño atlético. La pregunta importante en este caso es: ¿cuáles deberían ser los criterios para determinar el género de una persona? ¿Debería ser el género cromosómico (XX o XY) como se evalúa a través de un frotis bucal? ¿Debería ser el género que indican los genitales externos? ¿Debería ser la identidad de género al nivel psicológico? En el año 2000, el Comité Olímpico Internacional suspendió el uso de la verificación de género para las atletas mujeres (Genel, 2000). Parecía no servir de nada, excepto para avergonzar a algunas mujeres que resultaron tener anomalías genéticas.

Otra pregunta que podría surgir tiene que ver con los grupos religiosos que no permiten que las mujeres se vuelvan miembros del clero. Por ejemplo, ¿una transexual varón a mujer está calificada para ser sacerdote antes de la operación, pero no después? ¿Un transexual mujer a varón está calificada para ser sacerdote en virtud de haberse sometido a una operación de cambio de sexo?

Los transexuales también enfrentan varios problemas básicos al realizarse una reasignación de género. Los registros oficiales, como la tarjeta de Seguridad Social, deben cambiarse para mostrar no sólo el nuevo nombre sino también el nuevo género. A veces se extiende un acta de nacimiento modificada. Si la persona estuvo casada antes del cambio de sexo, a menudo —aunque no siempre— su cónyuge se divorcia. Cambiar el propio género es, por decir lo menos, un proceso complicado.

Los transexuales deberían ser capaces de darnos, a través de sus narraciones personales, nuevos discernimientos acerca

de la naturaleza del sexo y el género. Por ejemplo, en algún momento la mayoría nos hemos preguntado cómo se sienten los miembros del otro género durante el coito. Los individuos transgénero están en una posición única para darnos información sobre esta cuestión.

Críticas a la cirugía de reasignación de género

Se han presentado varias críticas contra la cirugía de cambio de sexo para los transexuales. Una de estas provino de un estudio del investigador de Johns Hopkins, Jon Meyer (1979). Meyer realizó un estudio de seguimiento acerca de la adaptación de 50 transexuales, 29 de las cuales recibieron cirugía y 21 que no la recibieron. Su conclusión, sumamente difundida, fue que no existen diferencias significativas en la adaptación de los dos grupos. Según afirmó, si ésta es la situación, entonces la cirugía transexual es innecesaria y no debería realizarse.

Después aparecieron críticas al estudio de Meyer (p. ej., Fleming *et al.*, 1980). La escala de adaptación del investigador era un tanto peculiar e implicaba valores discutibles. Después del estudio de Meyer, y de las críticas contra él, algunos clínicos dejaron de realizar cirugía transexual, pero la mayoría continuaron haciéndola.

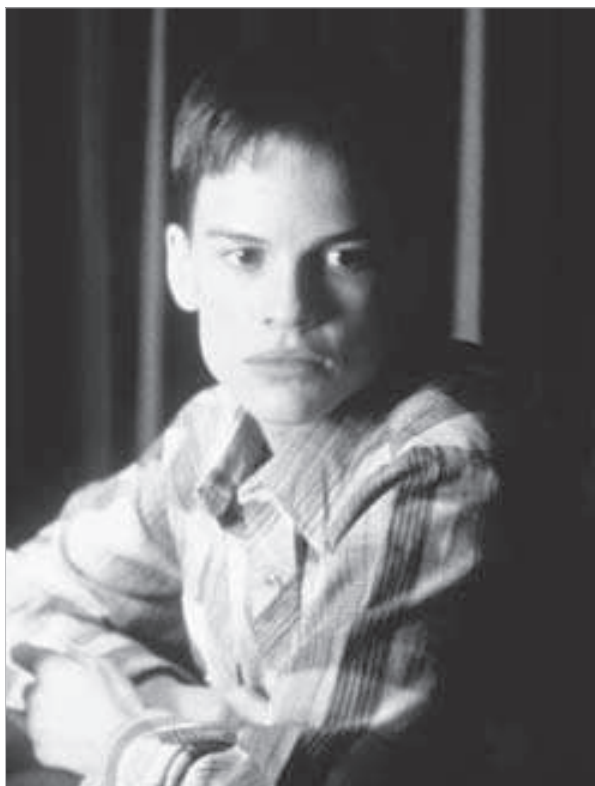
Según la investigación más reciente, la adaptación de los transexuales es significativamente mejor después de la cirugía (Bodlund y Kullgren, 1996; Green y Fleming, 1990). Los expertos han concluido que aproximadamente dos tercios de quienes han tenido una cirugía de reasignación de sexo mejoran como consecuencia de ella en términos de los indicadores de adaptación, como la reducción en depresión (Abramowitz,

Figura 14.11 Tailandia tiene una floreciente industria turística médica que proporciona cirugías de reasignación de género de varón a mujer.



Frotis bucal: prueba del sexo genético en la que se toma un pequeño raspado de células del interior de la boca, se colorean y se observan bajo el microscopio.

Figura 14.12 a) Brandon Teena en la película *Boys Don't Cry* (Los muchachos no lloran), la verdadera historia de un transexual mujer a varón que fue asesinado debido a la ignorancia y el prejuicio de quienes le rodeaban; b) el verdadero Brandon Teena.



a)



b)

1986). En un estudio, 86 por ciento de las personas estaban satisfechas con el resultado de su cirugía (Lief y Hubschman, 1993). Y en el estudio de las 232 TVM, ninguna expresó arrepentimiento por haberse hecho

la cirugía (Lawrence, 2003). Casi con toda seguridad, veremos más intentos de tratar la transexualidad con psicoterapia en lugar de cirugía, reconociendo que el género no tiene que ser una dicotomía.

RESUMEN

El rol de género es un conjunto de normas, o expectativas culturalmente definidas, que especifican la manera en que las personas de un género deberían comportarse. La socialización de los niños inicia con los padres y posteriormente la realiza a través de otras fuerzas como los compañeros y los medios de comunicación.

Los roles de género no son uniformes en Estados Unidos. Varían según el grupo étnico y otros factores. Por ejemplo, las mujeres afroestadounidenses han representado tradicionalmente un importante rol económico en sus familias. Entre los latinos, los roles de género tienden a definirse de manera más

estricta que entre los anglosajones. La sexualidad de los estadounidenses de origen asiático se ha estereotipado y a los hombres de este grupo se les considera asexuados mientras que a las mujeres se les ve como juguetes sexuales exóticos. Algunas tribus de Norteamérica han tenido por tradición roles de género igualitarios en comparación con la cultura blanca.

Se han documentado diferencias psicológicas de género en cuanto a agresividad y estilos de comunicación.

Las dos principales diferencias en sexualidad entre hombres y mujeres se encuentran en la incidencia

de masturbación (los varones tienen una mayor incidencia) y las actitudes hacia el sexo informal (las mujeres lo desaprueban más). El estudio de Heiman acerca de la excitación ante materiales eróticos ilustra la manera en que los varones y mujeres son similares en algunos sentidos y diferentes en otros en cuanto a sus respuestas. Los hombres son más consistentes en tener orgasmos, en especial durante el coito heterosexual, que las mujeres y los varones tienen un impulso sexual un poco más intenso.

Se han propuesto tres conjuntos de factores para explicar las diferencias de género en sexualidad: factores biológicos (anatomía, hormonas); factores culturales (roles de género, el doble estándar) y otros factores

(temor al embarazo, diferencias en patrones de masturbación que crean otras diferencias de género).

La mayoría de las investigaciones sobre género y sexualidad se han realizado con muestras de individuos universitarios. Existen fundamentos para creer que los patrones de diferencias de género en cuanto a la sexualidad cambian en la mediana edad y más adelante.

Los transexuales representan una interesante variación en la que la identidad de género no se ajusta a la anatomía. En general, su adaptación es buena después de la operación de reasignación de género. El transgénero es una categoría más amplia que incluye a aquellos que no buscan cirugía o que se ven a sí mismos como pertenecientes a una tercera categoría de género.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Considera usted que la cirugía transexual es un tratamiento apropiado para los transexuales? ¿Por qué sí y por qué no?
2. Al recordar su infancia ¿considera usted que se le socializó en un estereotipo masculino o femenino? ¿Qué impacto considera usted que han tenido esas experiencias de socialización en sus actitudes y comportamientos sexuales en la actualidad?
3. ¿Piensa usted que actualmente existe todavía un doble estándar para la sexualidad masculina y femenina? ¿Explique su respuesta?
4. Dominic defiende a capa y espada la igualdad entre hombres y mujeres; sin embargo, el programa favorito de televisión de su hija muestra tanto a los padres como a los hijos en roles muy estereotipados. La madre es secretaria y el padre es médico. La hija adolescente es animadora deportiva y no piensa en otra cosa, en tanto que el hijo juega fútbol. ¿Qué debería hacer Dominic? ¿Por qué?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Devor, Holly (1997). *FTM: Female-to-male transsexuals in society*. Bloomington: Indiana University Press.

Los TMV representan al grupo menos estudiado de transexuales y el libro de Devor llena la brecha de manera excepcional y fascinante.

Howey, Noelle (2002). *Dress codes: Of three girlhoods – my mother's, my father's and mine*. Ésta es la narración extraordinaria de Howey acerca del cómo se crece al lado de un padre que resultó ser transexual varón a mujer.

Hyde, Janet S. (2004). *Half the human experience: The psychology of women* (6a edición). Boston,

MA: Houghton-Mifflin. No estamos en una muy buena posición para dar una evaluación objetiva de este libro, pero en todo caso, pensamos que es un resumen amplio e interesante de lo que se conoce acerca de la psicología de la mujer y los roles de género.

Zilbergeld, Bernie (1999). *The new male sexuality* (La nueva sexualidad masculina). Nueva York: Bantam Books. El libro original de Zilbergeld, *Male Sexuality*, fue un gran éxito y esta versión actualizada es igualmente perspicaz.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.hbigda.org/socv6.html>

Normas de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, para la atención de los trastornos de la identidad de género.

<http://www.altsex.org/transgender>

Alternative Sexuality Resources; análisis de temas transgenéricos.

<http://www.eserver.org/gender>

Un conjunto grande y diverso de documentos sobre sexualidad, género e identidad sexual.

<http://www.ftmi.org>

FTM International; recursos para personas transgénero mujer a varón.

<http://www.adstandards.com/en/Standards/gender.asp>

Advertising Standards Canada; pautas para las representaciones de género.

<http://www.gender.org>

Sitio de Gender Education and Advocacy, que contiene gran cantidad de información sobre transgénero.

<http://www.tsroadmap.com>

Sitio para TVM.

http://www.loren_cameron.com

Sitio para TMV.

Para otras páginas en la red acerca de grupos étnicos específicos, véase el capítulo 1.

C A P Í T U L O

15

Orientación sexual: ¿gay, buga o bi?

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Actitudes hacia varones gay y lesbianas

Actitudes

Varones gay y lesbianas como grupo
minoritario

Experiencias vitales de los LGB

Salir del clóset

Comunidades de lesbianas, varones gay
y bisexuales

Relaciones de varones gay y lesbianas

Familias de varones gay y lesbianas

¿Cuántas personas son gay, bugas o bi?

Orientación sexual y salud mental

El pecado y el modelo médico

Resultados de investigación

¿La orientación sexual se puede cambiar por
medio de terapia?

¿Por qué las personas se vuelven homo- sexuales o heterosexuales?

Teorías biológicas

Teoría psicoanalítica

Teoría del aprendizaje

Teoría interaccionista

Teoría sociológica

El balance final

Diferencias entre varones gay y lesbianas

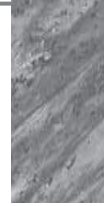
Orientación sexual desde la perspectiva multicultural

Bisexualidad

Identidad sexual y conducta sexual

Desarrollo bisexual

Jeffrey y yo nos conocimos cuando contestó a un mensaje en línea que yo había mandado, buscando adolescentes gay que estuvieran dispuestos a discutir sus vidas en línea... Hizo muy claro que no podía permitir que se sobrepusieran su vida gay en línea y la vida que llevaba en el “mundo real”. ... Temía que si sus padres se enteraban de su orientación sexual, se negarían a mantenerlo o a pagar por sus estudios universitarios. De sus pares en la escuela le aterraba la violencia.*



*Egan (2000), p. 113.

Una noche de junio de 1969, en respuesta al hostigamiento policiaco, varones gay y lesbianas se amotinaron en el Stonewall, un bar gay localizado en la Greenwich Village de la ciudad de Nueva York. Es posible que ésta haya sido la primera rebelión grupal abierta de personas homosexuales en toda la historia. Había nacido la liberación gay. Desde entonces, se ha forzado al público a percatarse de una cuestión —la orientación sexual— que antes había preferido ignorar. Los libertadores gay proclaman que ser gay es bueno. Mientras tanto, muchos estadounidenses caritativamente sostienen que los homosexuales están enfermos (pero que se pueden curar).

La mayoría de nosotros queremos saber más acerca de la orientación sexual. El propósito del presente capítulo es tratar de proporcionar una mejor comprensión de las orientaciones sexuales de las personas, sean homosexuales, heterosexuales o bisexuales, así como una comprensión de lo que es la homofobia (temor y odio hacia los homosexuales).

La **orientación sexual** se define según las personas hacia quienes nos sentimos sexualmente atraídas y a quienes potencialmente podemos amar. Así, un **homosexual** es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de su propio género; un **heterosexual** es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia miembros de otro género; y un **bisexual** es una persona cuya orientación sexual se dirige hacia ambos géneros. La palabra *homosexual* se deriva de la raíz griega *homo*, que significa “igual” (no proviene de la palabra *homo* en latín, que significa “hombre”). El término *homosexual* se puede aplicar de manera general a los homosexuales de ambos géneros o de manera específica a los homosexuales varones. El término **lesbiana**, que se utiliza para hacer referencia a las mujeres homosexuales, tiene su origen en la gran poetisa griega Sappho, que vivía en la isla de Lesbos (de aquí “lesbiana”) al rededor del año 600 A.C. Es famosa por los poemas de amor que escribió a otras mujeres. De hecho, Sappho estaba casada, en apariencia felizmente, y tenía una hija, pero sus sentimientoslésbicos fueron el foco de su vida.

Varios otros términos se utilizan en relación a la homosexualidad. Los activistas gay prefieren el término **gay** a *homosexual* ya que el último enfatiza los aspectos sexuales del estilo de vida y se puede utilizar como

término despectivo, a causa de la cantidad tan grande de connotaciones negativas relacionadas con la homosexualidad. Por ende, al heterosexual se le denomina **buga**. En general el término *gay* se utiliza para los varones homosexuales y el término *lesbiana* para las mujeres homosexuales. Por supuesto, existen varios términos de caló para los varones gay y las lesbianas, tales como “maricón”, “marica”, “manflora”, “puto” o “puñal”, que son despectivos cuando los utilizan los bugas para hacer menos a los homosexuales. Los activistas y estudiosos gay han retomado el término *queer*, en inglés, y lo utilizan como un término de orgullo que incorpora a varones gay, lesbianas y personas transgénero. La teoría *queer* es prominente en los estudioslésbicos-gay-bisexuales (LGB).

En el presente capítulo, utilizaremos la abreviación *LGB* para lesbianas, gays y bisexuales, ya que resulta torpe repetir la frase *varones gay y lesbianas* y porque incluso esa frase omite a los bisexuales.

Orientación sexual: orientación erótica y emocional de una persona hacia miembros de su propio género o del género opuesto.

Homosexual: persona cuya orientación sexual se dirige a miembros del mismo sexo.

Heterosexual: persona cuya orientación sexual se dirige a miembros del otro género.

Bisexual: persona cuya orientación sexual se dirige tanto hacia los hombres como hacia las mujeres.

Lesbiana: mujer cuya orientación sexual se dirige a otras mujeres.

Gay: homosexual; en especial homosexuales varones.

Buga: heterosexual; es decir, una persona cuya orientación sexual se dirige a los miembros del sexo opuesto.

Actitudes hacia varones gay y lesbianas

La orientación sexual propia tiene implicaciones en cuanto a las actitudes que la gente tiene hacia uno. Primero, existe la creencia de que todas las personas son heterosexuales, que la heterosexualidad es la norma. Además, del mismo modo que existen estereotipos acerca de otros grupos minoritarios —por ejemplo, el estereotipo de que todos los varones asiaticostadounidenses son asexuales— así también existen estereotipos acerca de los homosexuales. Estos estereotipos y actitudes negativas conducen a la discriminación y a los crímenes de odio en contra de gays y lesbianas. En la presente sección examinaremos algunos de los datos científicos acerca de estas actitudes negativas.

Actitudes

Muchos estadounidenses desaprueban la homosexualidad. Por ejemplo, como lo muestra el cuadro 15.1, en una encuesta del año 2002 de adultos estadounidenses con una muestra más que adecuada, el 55 por ciento expresó la opinión de que las relaciones sexuales entre dos adultos del mismo sexo siempre son incorrectas.

¿Ha tenido éxito el movimiento de liberación gay en cambiar las actitudes negativas de los estadounidenses? La respuesta parece ser que sí, pero de manera lenta. El cuadro 15.1 muestra que el porcentaje de personas que creen que la conducta homosexual siempre es incorrecta ha mostrado un cambio sustancial de 1973 al 2002.

Algunos expertos creen que las actitudes de muchos estadounidenses en cuanto a la homosexualidad se pueden describir de mejor manera como homofóbicas (Fyfe, 1983; Hudson y Ricketts, 1980). La **homofobia** se puede definir como el fuerte e irracional temor hacia los homosexuales de manera más general, como las actitudes y reacciones negativas fijas hacia los homosexuales. Algunos estudiosos desaprueban el término *homofobia* porque, aunque es cierto que los sentimientos de algunas personas son tan fuertes que podrían denominarse como fobia, lo que es más común es tener actitudes negativas y prejuicio. Por lo anterior, algunos prefieren el término **prejuicio antigay** o prejuicio sexual (Herek, 2000). Otro término relacionado es **heterosexismo**, que se refiere a la creencia de que todo el mundo es heterosexual y que la heterosexualidad es la norma; se

denigra a las personas y conductas homosexuales (Berkman y Zinberg, 1997).

Las expresiones más extremas del prejuicio antigay ocurren en los *crímenes de odio* hacia los LGB (Cogan y Marcus-Newhall, 2002). Un caso reciente de los más espeluznantes sucedió en Wyoming (Loffreda, 2000). Matthew Shepard, un estudiante de primer año de la

Figura 15.1 Harvey Milk (izquierda) y Goerge Moscone (derecha). Harvey Milk, un activista gay, fue miembro electo del Consejo de Supervisores de San Francisco y representaba a un distrito que incluía a muchos habitantes gay. Milk luchó en pro de los derechos gay en todo el estado de California y obtuvo el apoyo del alcalde de San Francisco, George Moscone. El 17 de noviembre de 1978, Dan White, un ex-oficial de policía y anterior supervisor, entró al edificio de gobierno y disparó en contra de Milk y Moscone, matándolos a ambos. White confesó horas después. Un jurado se rehusó a culpar a White de homicidio premeditado y en lugar de ello lo encontraron culpable de homicidio con atenuantes, una ofensa menor que ameritaba una sentencia reducida de cárcel. La comunidad gay, así como muchos simpatizantes, estaban escandalizados y furiosos. El resultado fue una marcha de protesta y los Disturbios de la Noche Blanca. El incidente completo simboliza el ambivalente progreso que ha logrado la liberación gay: un libertador gay puede ser electo a un cargo público importante, pero después es asesinado. En San Francisco, se sigue haciendo observancia de estos sucesos cada año.



Homofobia: temor fuerte e irracional hacia los homosexuales; actitudes y reacciones negativas ante los homosexuales.

Prejuicio antigay: actitudes y comportamientos negativos hacia las lesbianas y varones gay. También denominado *prejuicio sexual*.

Heterosexismo: creencia de que todas las personas son heterosexuales y de que la heterosexualidad es la norma; la homosexualidad se denigra.

Cuadro 15.1 Actitudes de adultos estadounidenses hacia la homosexualidad, 1973 y 2002

| Pregunta y respuestas | Porcentaje de la muestra | |
|---|--------------------------|------|
| | 1973 | 2002 |
| 1. Las relaciones entre adultos del mismo sexo | | |
| Siempre son incorrectas | 74 | 55 |
| Casi siempre son incorrectas | 7 | 5 |
| Sólo son incorrectas en ocasiones | 8 | 7 |
| No son incorrectas en lo absoluto | 11 | 33 |
| 2. ¿Se debería permitir que un varón que admite ser homosexual diera clases en un instituto de nivel superior o en una universidad? | | |
| Sí | 49 | 80 |
| No | 51 | 20 |

Fuente: National Opinion Research Center (NORC) Poll (Encuesta del Centro de Investigaciones de Opinión Nacional), 1973, 2002, <http://webapp.icpsr.umich.edu/GSS>

Universidad de Wyoming, fue encontrado atado a una barda, salvajemente golpeado y en estado de coma, a las orillas del pueblo de Laramie. Murió cinco días después. Dos hombres, ambos de 21 años de edad y que habían abandonado sus estudios de educación media, fueron acusados de asesinato. En apariencia, habían llevado a Shepard a pensar que ellos también eran gay y lo habían engañado a fin de que abandonara un bar y fuera con ellos a dar una vuelta en su camioneta. Dentro de la misma, comenzaron a darle una golpiza con un revólver, después lo sacaron de la camioneta y lo ataron a la barda, lo golpearon aún más y lo dejaron por muerto.

En un promedio de 24 diferentes estudios de individuos LGB, los resultados indicaron que 9 por ciento había sido atacado con un arma, 17 por ciento había sufrido ataques físicos, 19 por ciento había sido víctima de vandalismo u otros daños a la propiedad, 44 por ciento había recibido amenazas de violencia, se había escupido al 13 por ciento y 80 por ciento había recibido hostigamiento verbal a causa de su orientación sexual (Berrill, 1992; Cogan, 1996). En una encuesta de adultos LGB, 19 por ciento de las mujeres y 28 por ciento de los varones habían sido víctimas de un crimen porque alguien había creído que eran lesbianas, gay o bisexuales (Herek *et al.*, 1999). Una encuesta de estudiantes LGB en la Universidad Penn State mostró un patrón similar de hostigamiento en las instalaciones universitarias (D'Augelli, 1992). Por ejemplo, 17 por ciento de lesbianas y 26 por ciento de hombres gay habían recibido amenazas de violencia física. Estos estudios muestran que los crímenes de odio y el hostigamiento hacia gays y lesbianas no son incidentes aislados e inusuales; en lugar de esto, son comunes, aun en instalaciones universitarias supuestamente pacíficas.

Estos incidentes tienen graves consecuencias psicológicas. Como dijo un estudiante de educación media superior acerca del hostigamiento verbal, "No es nada más un insulto. No sé cómo las escuelas pueden aislarlo a uno de esa manera. ¿Cuándo van a admitir que es un problema? ¿Cuándo estemos ensangrentados en el piso enfrente de ellos?" (Human Rights Watch, 2001).

En 1990, el Congreso estadounidense pasó la Hate Crimes Statistics Act (Ley de estadísticas de crímenes de odio), en la que lesbianas y hombres gay se incluyeron junto con personas de minorías étnicas en cuanto a su necesidad de protección legal en contra de crímenes motivados por el odio (Morin y Rothblum, 1991). Aunque esto pueda parecer poco consuelo a una persona que ya ha sido víctima de este tipo de crimen, es un paso en el camino a proporcionar algún tipo de protección legal.

Pero también deberíamos reconocer el otro lado de la moneda. Como podemos ver a partir del cuadro 15.1, algunos estadounidenses son tolerantes o apoyan a los homosexuales. Por ejemplo, 80 por ciento de los estadounidenses aprueban que un homosexual abierto dé clases en una institución de nivel superior o universidad. Así, los estadounidenses son una extraña mezcla de individuos prejuiciados y partidarios en cuanto a la cuestión de la homosexualidad. Como lo afirmó una mujer,

En realidad no siento que nunca he sufrido opresión o abuso por ser lesbiana. He tenido cuidado de las personas a las que les he dicho, pero esas personas han sido realmente aceptantes. (Jay y Young, 1979, p. 716)

Varones gay y lesbianas como grupo minoritario

De lo anterior, es claro que las personas LGB son sujeto de muchas actitudes negativas, del mismo modo que lo son otras minorías (Meyer, 2003). Al igual que los miembros de otros grupos minoritarios, también sufren a causa de la discriminación laboral. Del mismo modo que se ha negado el acceso a ciertos empleos a negros y a mujeres, así también ha sido el caso para los homosexuales. También se presenta la discriminación en sueldos. De acuerdo a los datos del censo, los varones gay son más educados que los varones bugas, pero los hombres gay ganan menos (Black *et al.*, 2000). Con frecuencia, la homosexualidad ha sido causa de una baja deshonrosa de las fuerzas armadas, un hecho que adquirió importancia cuando el Presidente Bill Clinton asumió su cargo en 1993. El resultado de la controversia fue una política de "No preguntes, no digas" en la que los varones gay y las lesbianas podían formar parte de las fuerzas armadas siempre y cuando mantuvieran su orientación sexual en privado. La homosexualidad también ha sido causa de despido en empleos federales y de rechazo de autorización en cuestiones de seguridad.

Un ingenioso experimento capturó la discriminación en contra de los individuos gay en el sitio de trabajo (Hebl *et al.*, 2002). Un grupo de pasantes que eran confederados de los experimentadores pidieron empleo en tiendas locales de Houston. La mitad de ellos usó gorras que decían "Gay y Orgulloso" (el grupo experimental) y la otra mitad usó gorras que decían "Tejano y Orgulloso" (el grupo control). Se recolectaron una serie de mediciones, incluyendo si el personal de la tienda decía que había una vacante, si se le permitía al solicitante llenar una solicitud de empleo, si recibía una llamada posterior, y mediciones más sutiles como la duración de la interacción entre el solicitante y el personal. Las mediciones de discriminación formal, tal como el que se les permitiera llenar la solicitud, no mostraron diferencia alguna entre los grupos experimental y control. Sin embargo, las mediciones de discriminación sutil sí revelaron los efectos de usar la gorra de Gay y Orgulloso. Las conversaciones entre los solicitantes y el personal de la tienda tuvieron la mitad de la duración cuando el solicitante usaba la gorra gay. Aquellos que usaron la gorra gay también evaluaron sus interacciones con el personal de la tienda como más negativa que aquellos que usaron la gorra tejana, aún cuando no se permitió que el participante supiera cuál gorra estaba usando. Este estudio proporciona evidencia tangible acerca del tipo de discriminación a la que se enfrentan los varones gay y las lesbianas en el trabajo.

La discriminación va de la mano con los estereotipos. Uno de estos estereotipos es que los hombres gay son pederastas. Como es el caso de muchos estereo-

tipos, éste es falso. Las investigaciones muestran que sólo 2 a 3 por ciento de los pederastas son homosexuales (Jenny *et al.*, 1994).

En la década de 1980, en un espíritu de reforma, un número de estados y ciudades estadounidenses pasó leyes que prohibían la discriminación con base en la orientación sexual. Por ejemplo, en el estado de Wisconsin es ilegal discriminar en contra de varones gay y lesbianas en cuestiones tales como empleo y vivienda. Massachusetts, Hawai y otros 17 estados cuentan con leyes similares (Epstein, 1995). Estas cuestiones legales se discuten en mayor detalle en el capítulo 22.

No obstante, existe una forma importante en que los homosexuales difieren de otras minorías. En el caso de la mayoría de las otras minorías, la apariencia es un indicador bastante bueno del estatus minoritario. Por ejemplo, es fácil reconocer a un hombre o mujer afroestadounidenses, pero uno no puede saber la orientación sexual de una persona con solo mirarla. Así, los individuos LGB, a diferencia de otras minorías, pueden ocultar su estatus. Esto conlleva ciertas ventajas. Hace que sea bastante fácil arreglárselas en el mundo heterosexual: “pasar”. Sin embargo, tiene la desventaja de alentar a la persona a vivir un engaño y negar su verdadera identidad; esto no sólo es deshonesto, sino que también puede ocasionar estrés psicológico (Meyer, 2003). Un estudio de varones gay (todos ellos libres de infección por VIH) indicó que aquellos que ocultaban su identidad tenían una incidencia significativamente mayor de cáncer y de enfermedades infecciosas que aquellos que no ocultaban su identidad (Cole *et al.*, 1996).

Homosexual encubierto: un homosexual que está “en el clóset” y que mantiene en secreto su orientación sexual.

Homosexual explícito: un homosexual que está “fuera del clóset”, que es abierto acerca de su orientación sexual.

No deberíamos abandonar esta discusión acerca de la discriminación y el prejuicio en contra de las personas LGB sin plantear una pregunta esencial (Rothblum y Bond, 1996): ¿Qué se puede hacer para prevenir o terminar con este prejuicio? Deben darse cambios a diversos niveles: individual, interpersonal y organizacional (p. ej., corporaciones, instituciones educativas), así como dentro de la sociedad como un todo y en sus instituciones (p. ej., el gobierno federal). A nivel individual, todos nosotros debemos examinar nuestras actitudes hacia los individuos LGB a fin de ver si es que son consistentes con los valores básicos que sostenemos, tal como el compromiso a la igualdad y la justicia. Es posible que algunas personas necesiten educarse a sí mismas o asistir a talleres en contra de la homofobia para que realicen un examen de sus actitudes. No obstante, estas actitudes se formaron a medida que crecimos, influidos por nuestros padres, compañeros y por los medios. Los padres de familia deben considerar el mensaje que les están transmitiendo a sus hijos en cuanto a los homosexuales. El grupo de pares adolescentes es fuertemente homofóbico. ¿Qué

se puede hacer para cambiarlo? ¿Cómo pueden cambiar los medios a fin de no promover los prejuicios y estereotipos antigay? A nivel interpersonal, la gente debe reconocer que los LGB frecuentemente son una minoría oculta. Por ejemplo, Eric acaba de contar un chiste que ridiculiza a los hombres gay. Lo que él no sabía es que uno de sus tres escuchas es gay; sólo que no ha “salido” frente a él (por obvias razones). Es necesario que examinemos nuestras interacciones con otras personas, reconociendo el grado al que muchos de nosotros asumimos que todo el mundo es heterosexual a menos que se pruebe lo contrario. A nivel institucional, ¿cómo se puede cambiar la educación a fin de reducir la discriminación antigay? Un enérgico programa de educación sexual a todos los niveles escolares, con abiertas discusiones de la orientación sexual, sería un buen principio (véase el capítulo 23). A nivel del gobierno federal estadounidense, a pesar de que muchos estados han aprobado leyes que prohíben la discriminación con base en la orientación sexual, el gobierno de Estados Unidos no lo ha hecho. Tal ley sería un importante primer paso.

Experiencias vitales de los LGB

Para poder entender el estilo de vida de lesbianas, varones gay y bisexuales, es importante reconocer que hay una gran variedad de experiencias. Uno de los aspectos más importantes de esta variabilidad es si la persona es **encubierta** (dentro del clóset) o **explícita** (fuera del clóset) acerca de su homosexualidad. El homosexual encubierto puede tener un matrimonio heterosexual, tener hijos y ser un profesional respetado dentro de la comunidad, pasando sólo unas cuantas horas al mes participando en conducta sexual secreta del mismo género. Por otra parte, el homosexual explícito puede vivir casi de manera exclusiva dentro de una comunidad LGB, en especial si vive en una gran ciudad como Nueva York o San Francisco donde existe una amplia subcultura gay, y es posible que tenga relativamente poco contacto con heterosexuales. También existen varios grados de explicitud (estar “fuera”) y encubrimiento. Muchas lesbianas y varones gay están fuera con amigos confiables, pero no con conocidos casuales. El estilo de vida de los varones gay difiere del de las lesbianas a causa de los diferentes roles que se han asignado a hombres y mujeres dentro de la sociedad estadounidense y por las maneras distintas en que se cría a hombres y mujeres. Además, existe una mayor discriminación en contra de los hombres gay que la que existe en contra de las lesbianas. Por ejemplo, se considera muy natural que dos mujeres compartan un departamento, pero si lo hacen dos hombres, se levantan muchas cejas.

Así, los estilos de vida de las personas LGB están lejos de ser uniformes. Varían dependiendo de si uno es hombre o mujer, o explícito o encubierto acerca de la

homosexualidad y también según la clase social, ocupación, personalidad y una variedad de otros factores.

Salir del clóset

En el 2002, Esera Tuaolo, exjugador de la línea defensiva de los Green Bay Packers, salió del clóset (Wilstein, 2002). Vive con su pareja, Mitchell, y con los hijos gemelos de ambos, Mitchell y Michele, adoptados de la Samoa nativa de Tuaolo. Mientras fue jugador de la NFL, Tuaolo bebía hasta dormirse y manejaba de manera desenfrenada a altas velocidades al mismo tiempo que continuaba fingiendo que era buga. Ahora se siente feliz y en paz consigo mismo. Demoró su salida hasta que se retiró de la NFL, creyendo que si revelaba que era gay mientras seguía jugando fútbol americano, lo hubieran eliminado y sido objeto de golpes bajos en el campo. En la actualidad está feliz de darle una cara al jugador gay de fútbol y ayudar a derribar los estereotipos. Sin embargo, su vida anterior revela la carga de permanecer en el clóset.

Como señalamos con anterioridad, existen variaciones significativas en la experiencia gay, dependiendo de si uno se encuentra dentro o fuera del clóset. El proceso de salir de esta situación, o **salir del clóset**, implica reconocer ante sí mismo, y después ante otros, que uno es gay o lesbiana (Coleman, 1982). La persona se encuentra emocionalmente vulnerable durante esta etapa. El que la persona experimente la aceptación o rechazo de amigos y de los otros ante quienes sale puede ser de importancia crítica a la autoestima.

Después del periodo de salir del clóset, aparece una etapa de exploración, en que la persona experimenta con la nueva y abierta identidad sexual; durante este tiempo, la persona establece contacto con la comunidad gay y lesbiana y practica sus nuevas habilidades interpersonales. De manera típica, a esto le sigue una etapa de formación de primeras relaciones. Con frecuencia, estas relaciones son de corta duración y se caracterizan por celos y turbulencia, en mucho como las relaciones de citas heterosexuales. Por último, se encuentra la etapa de integración, en la que la persona se convierte en un miembro completamente funcional dentro de la sociedad y es capaz de sostener una relación comprometida a largo plazo (Coleman, 1982).

Por supuesto, antes de que pueda suceder el proceso de salida del clóset, la persona tiene que haber alcanzado una identidad homosexual. De manera típica, este desarrollo de identidad atraviesa seis etapas (Cass, 1979):

1. *Confusión de identidad.* Lo más probable es que de manera inicial, la persona haya asumido una identidad heterosexual dado que la heterosexualidad es tan normativa dentro de la sociedad estadounidense. A medida que ocurren atracciones o conductas con el mismo género, se presenta la confusión. ¿Quién soy?

2. Comparación de identidad.

Ahora, la persona piensa, “Es posible que sea homosexual.” Pueden existir sentimientos de aislamiento ya que se ha perdido la cómoda identidad heterosexual.

3. Tolerancia de identidad.

Durante esta etapa, la persona piensa, “Es probable que sea homosexual.” Ahora, la persona busca a homosexuales y hace contacto con la subcultura gay, buscando confirmación. La calidad de estos contactos iniciales es crítica.

4. *Aceptación de la identidad.* Ahora, la persona puede decir, “Soy homosexual,” y acepta, más que tolera, esta identidad.

5. *Orgullo de identidad.* La persona divide al mundo en homosexuales (que son personas buenas e importantes) y heterosexuales (que no lo son). Hay una fuerte identificación con el grupo gay y una salida más intensa del clóset.

6. *Síntesis de identidad.* La persona ya no sostiene un punto de vista de “nosotros contra ellos”

de homosexuales y heterosexuales, al reconocer que existen algunos heterosexuales buenos y sustentadores. En esta última etapa, la persona puede sintetizar las identidades pública y privada.

Aunque en gran medida estos procesos siguen siendo los mismos hoy en día en comparación a hace 20 o 30 años, la red está teniendo un impacto en algunos aspectos esenciales (Egan, 2000; McKenna y Bargh, 1998). Para un muchacho adolescente que apenas se está dando cuenta de que es gay, la red proporciona una cantidad ilimitada de información y de oportunidades de “chatear” con otros, mientras que permanece seguro en casa sin reconocer su identidad de manera pública en formas que, en el mejor de los casos, podrían ser vergonzosas y, en el peor de los casos, peligrosas. Las interacciones con otros vía la red pueden fomentar una identidad y autoaceptación positivas.

Comunidades de lesbianas, varones gay y bisexuales

Existe un sistema social indefinido de comunidades de lesbianas, varones gay y bisexuales alrededor del mundo (Esterberg, 1996). Como lo planteó una mujer,



¿Qué pasa cuando un jugador de fútbol americano de educación media superior le dice a sus compañeros de juego que es gay? Vea el video de “Corey Johnson” en el capítulo 15 de su CD para averiguarlo.

Salir del clóset: proceso de reconocimiento ante uno mismo, y ante otros, de que uno es gay o lesbiana.

Figura 15.2 Comunidad LGB: Sandy Sachs y la Dra. Robin Gans, cofundadoras del Girl Bar, un club social lésbico de 12 000 miembros en Estados Unidos, han entrado en un acuerdo comercial con el equipo Los Angeles Sparks de la WNBA.



Bar gay: taberna que atiende a lesbianas o varones gay.

Baños gay: clubes donde los varones gay pueden socializar; sus características incluyen una piscina o bañera de hidromasaje y acceso al sexo casual.

He visto comunidades de lesbianas en todo el mundo (p. ej., Zimbabwe), donde las lesbianas de esa nación tienen más en común conmigo (es decir, tocan los mismos discos lésbicos, han leído los mismos libros y usan la misma joyería lésbica) que lo

que las mujeres heterosexuales de esa nación tienen en común con las mujeres heterosexuales de Estados Unidos. (Rothblum, 1994)

Estos vínculos se han fortalecido en la última década a causa de los aumentos en viajes internacionales, globalización y el alcance internacional de la red (Puar, 2001).

Las comunidades gay y lésbicas comenzaron a florecer en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial (D'Augelli y Garnets, 1995). De forma irónica, dentro de la milicia, con su segregación de géneros, los varones gay y las mujeres lesbianas podían encontrarse entre sí de una manera que no había sido posible con anterioridad. Lentamente se formaron grupos activistas en las décadas de 1950 y 1960, energizadas de manera especial a causa de la rebelión Stonewall que se discutió al inicio del presente capítulo. La crisis de VIH/SIDA de la década de 1980 unió a la comunidad gay como nunca antes. Se formaron redes de apoyo y grupos activistas con velocidad en respuesta a la epidemia.

Hoy en día, existen muchas comunidades LGB localizadas en barrios de grandes ciudades y cuentan

con librerías, restaurantes, teatros y organizaciones sociales que forman parte integral de la comunidad (D'Augelli y Garnets, 1995). La comunidad de lesbianas, en especial, se ha involucrado en la creación de una cultura lésbica que se expresa a través de música y literatura y que se celebra en festivales y conferencias.

Los símbolos y los rituales son de especial importancia en la definición de la comunidad LGB. El triángulo rosa, que los nazis utilizaron para etiquetar a los varones gay, se ha adoptado como símbolo de orgullo. La letra griega lambda es otro. Las marchas de orgullo gay que se sostienen en junio de cada año conmemoran la rebelión Stonewall. El uso de caló es otra señal de solidaridad entre los LGB (véase cuadro 15.2).

Los **bares gay** son un aspecto de la vida social LGB. Éstos son tabernas que atienden a personas LGB en forma exclusiva. Beber, tal vez bailar, la socialización y la posibilidad de encontrar a una pareja sexual o amante son los elementos importantes. Algunos bares gay se asemejan a cualquier otro vistos por fuera, mientras que otros tienen nombres —por ejemplo, El clóset abierto— que le indican a quien esté alerta el tipo de clientela que acude. De manera típica, los bares están segregados por género —es decir, son sólo para varones gay o sólo para lesbianas— aunque existen unos cuantos que son mixtos. Hay muchos más bares para los varones gay que para lesbianas. Habitualmente, el ambiente es diferente en los dos tipos, ya que los bares para varones tienen más que ver con encontrar parejas sexuales y los bares para mujeres tienen más que ver con la plática y la socialización. Antes de que el lector se escandalice ante la naturaleza menos que sutil de estos bares de ligue, sería bueno recordar que existen muchos bares —bares para solteros— que sirven precisamente el mismo propósito para los heterosexuales.

Los **baños gay** son otro aspecto de las vidas sociales y sexuales de algunos varones gay. Los baños son clubes con muchas habitaciones, que por lo general incluyen una alberca o tina de hidromasaje, además de otras habitaciones para bailar, ver televisión y socializar; la mayoría de las áreas están iluminadas tenuemente. Una vez que un hombre ha encontrado una pareja sexual, van a una de varias habitaciones pequeñas amuebladas con camas donde pueden sostener relaciones sexuales. Los baños se caracterizan por el sexo casual e impersonal, dado que es posible encontrar una pareja y realizar el acto sin siquiera que los miembros intercambien nombres, mucho menos comprometerse emocionalmente entre sí.

La mayoría de los baños se cerraron en la década de 1980 ya que los oficiales de salud pública temían que alentaban prácticas sexuales peligrosas y la diseminación del VIH. Sin embargo, los baños tuvieron un resurgimiento en la década de los 90 y han causado polémica dentro de la comunidad gay. Algunos ven los baños como un aspecto de la cultura gay que disemina el VIH y que continuará haciéndolo, matando a miles; creen que los baños deberían clausurarse y que las

Cuadro 15.2 Algunos términos de caló de la cultura LGB

| | |
|-------------------|---|
| En el clóset | Mantener oculta la propia homosexualidad, no ser abierto o público |
| Salir del clóset | Volverse explícito o abierto acerca de la propia homosexualidad |
| Loca | Hombre gay afeminado |
| Obvia | Hombre gay afeminado |
| Enclosetado | Homosexual encubierto o que se encuentra en el clóset |
| Travesti femenino | Varón gay que se viste con ropa de mujer |
| Butch | Un varón gay masculino o una lesbiana masculina |
| Machorra | Lesbiana masculina |
| Femme | Lesbiana femenina |
| Buga | Un heterosexual |
| Ligue | Pareja sexual casual |
| Cruising | Buscar una pareja sexual |
| Salón de té | Baño público donde los varones gay sostienen relaciones sexuales casuales |

prácticas destructivas que animan deberían detenerse (Rotello, 1997; Signorile, 1997). Otros celebran la sexualidad liberada auspiciada por los baños y consideran que es parte esencial del estilo de vida del varón gay.

Es cierto que el *movimiento de liberación gay* ha tenido un tremendo impacto sobre la comunidad y estilo de vida gay durante las últimas tres décadas. En especial, ha alentado a los homosexuales a ser más abiertos y a sentirse menos culpables acerca de su conducta. Las reuniones y actividades de liberación LGB proporcionan una situación social en la que las personas gay pueden reunirse y discutir asuntos importantes en lugar de sólo jugar como prelude al sexo, que tiende a ser el patrón en los bares. Además, proporcionan una organización política que puede servir para generar cambios legales, combatir el hostigamiento policiaco y luchar en casos de discriminación laboral, además de llevar a cabo tareas de relaciones públicas. La National Gay and Lesbian Task Force¹ (Fuerza de tarea gay y lesbiana nacional) es el centro de información principal para todos estos grupos; puede proporcionar información acerca de organizaciones locales.

Así, además de los bares, existen numerosos lugares para que los individuos LGB socialicen, incluyendo la Metropolitan Community Church (Iglesia de la Comunidad Metropolitana) (una iglesia para varones gay y lesbianas), organizaciones atléticas gay y organizaciones políticas gay.

Entre sus demás logros, los miembros del movimiento de liberación gay han fundado numerosos periódicos y revistas. Éstos tienen muchas de las mismas características que otros periódicos: foros de opinión política, artículos de interés humano y noticias acerca de la moda. Además, los clasificados tienen anuncios para parejas sexuales; se pueden encontrar anuncios similares para parejas homosexuales y

heterosexuales en los periódicos fuera de la corriente central en la mayoría de las ciudades. Probablemente la revista LGB más conocida sea *The Advocate*, que se publica en Los Ángeles y circula en todo Estados Unidos. El *Lambda Rising News*, que se publica en Washington, D.C., es un periódico de gran importancia. También hay diversas publicaciones que listan todos los bares y baños gay por ciudad en Estados Unidos, lo que le resulta de provecho al turista o a aquellos que recién han ingresado en la comunidad LGB.

Relaciones de varones gay y lesbianas

Diversas encuestas indican que entre el 45 y 80 por ciento de lesbianas y entre 40 y 60 por ciento de varones gay informan que en la actualidad se encuentran en una relación romántica estable (Kurdek, 1995b). Contrario a los estereotipos, un número sustancial de lesbianas y varones gay forman relaciones de cohabitación a largo plazo. Una relación de este tipo se describe en el Tema central 15.1. En un estudio de 706 parejas de lesbianas y de 560 parejas de varones gay, 14 por ciento de las parejas lésbicas habían estado juntas durante 10 o más años, como también lo había estado el 25 por ciento de las parejas de hombres gay (Bryant y Demian, 1990, citado en Kurdek, 1995b). Un dramático testimonio al compromiso de muchos varones gay y lesbianas a las relaciones de largo plazo se presentó en el 2004, cuando se legalizó, brevemente, el matrimonio gay en San Francisco, así como cuando se legalizó en Massachusetts. Las oficinas gubernamentales se vieron inundadas de parejas del mismo género que buscaban obtener licencias para el matrimonio (Belluck, 2004).

Las parejas lésbicas y gay —al igual que las parejas heterosexuales— deben luchar para encontrar un equilibrio que acomode a ambas personas en cuanto a tres aspectos de la relación: vinculación, autonomía e igualdad (Cochran y Peplau, 1985; Kurdek, 1995a). La *vinculación* se refiere a la calidad de la cercanía y de la seguridad amorosa dentro de la relación. La *autonomía* se refiere a la cualidad de independencia e individualidad de cada persona. La *igualdad* se refiere

¹The National Gay and Lesbian Task Force, 1325 Massachusetts Ave. NW, Washington, DC 20500, (202) 393-8579. Véase el Apéndice al final del presente texto para una lista de otras organizaciones que tratan con los diversos aspectos de la sexualidad.

Tema central 15.1

Una pareja gay: Lee y Bob

Lee y Bob han estado viviendo juntos como pareja por 10 años. Lee tiene 30 años de edad y Bob tiene 53; viven en un pequeño pueblo en el norte de Wisconsin.

Lee siente que nunca tuvo un verdadero hogar mientras crecía. Su padre trabajaba en la industria de la construcción y se mudaban con frecuencia, viviendo en cuartos de motel. Sus padres se divorciaron cuando él estaba en el jardín de niños. Su madre volvió a casarse pronto, pero el hombre resultó ser un golpeador de mujeres, de modo que se divorciaron cuando Lee estaba en el quinto grado de educación primaria. Su madre, ahora soltera, se dedicó a las drogas y a las parrandas. La vida del hogar no contaba con estructuración alguna y era caótica, aunque Lee siente que su madre lo amaba. Después su madre fue “salva” y se unió a una iglesia represiva y fundamentalista. Se casó de nuevo, con alguien con sus mismas creencias, y sigue casada con ese hombre.

Lee sabía que le gustaban más los niños que las niñas para cuando inició el primer grado de educación primaria, pero también sabía que no debía hablar de ello. No se autodenominó por completo como gay hasta su primer semestre universitario. Durante ese tiempo tuvo su primer amorío, con su jefe en el Burger King. El amorío fue tempestuoso y le rompió el corazón cuando terminó de mala manera. Su madre presintió que algo andaba mal. Cuando él le dijo que era gay, ella insistió que fuera con un psiquiatra para que lo curaran. Estuvo de acuerdo en tratar de no ser gay y así lo hizo, pero por supuesto no funcionó. Él y su madre tuvieron una pelea más al respecto y ella lo corrió de la casa. Después de dos años se reconciliaron parcialmente, pero no del todo, y su padrastro aún lo rechaza.

En contraste, Bob tuvo una infancia poco notable. Sus padres siguen casados después de 54 años y habla con ellos todos los días, aunque nunca les ha dicho

que es gay y ellos nunca le han preguntado. Fue criado como católico en el norte de Wisconsin, pero hoy en día no practica su religión.

Bob empezó a darse cuenta de que los muchachos le parecían más atractivos que las muchachas durante su educación media, pero no había etiqueta disponible para “gay” en las décadas de 1950 y 1960. Actuó sobre sus impulsos por primera vez durante sus estudios universitarios y salió en citas con cinco o seis personas antes de conocer a Lee.

Se conocieron, de manera improbable, en el norte de Wisconsin cuando abrió el primer bar gay de un pueblo pequeño. Se citaron durante un breve periodo y rápidamente se establecieron como pareja. Tienen un acuerdo de ser monógamos, que Bob nunca ha violado y que Lee ha violado en sólo una ocasión.

Cuando se les preguntó qué era lo que más les gustaba de su relación, Bob dijo que era la estabilidad de saber que se tiene a alguien con quien compartir la vida. A Lee le gusta estar dentro de la relación porque ama a Bob y sabe que, a su vez, Bob lo ama. Lee también aprecia la profundidad de la relación, que le parece un logro notable. Se preocupan un poco acerca de la diferencia entre sus edades. Bob está comenzando a pensar acerca del retiro, mientras que Lee se está preparando para iniciar su carrera y anticipa un cambio importante dentro de los próximos cinco años. También lamentan la distancia emocional que tienen en relación con sus familias.

Hoy en día, Lee está estudiando para obtener su doctorado en psicología clínica, y espera convertirse en terapeuta. Bob es piloto comercial para una importante compañía aérea.

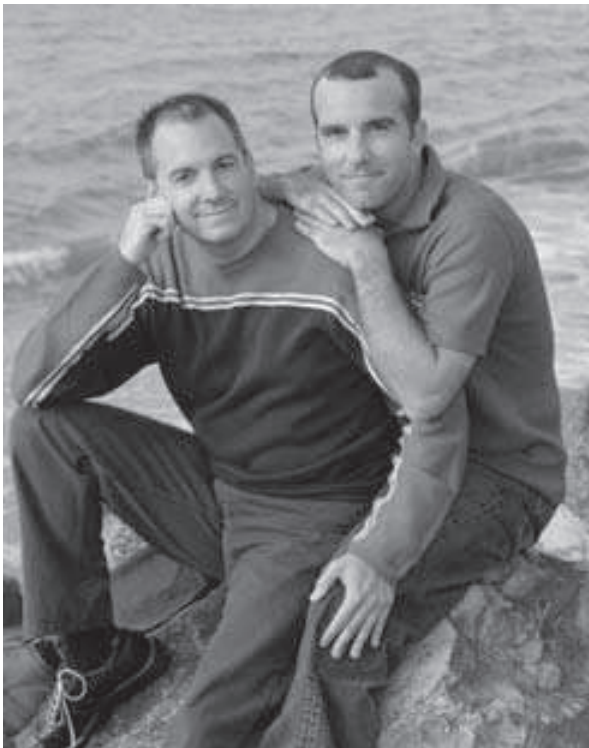
Fuente: Basado en una entrevista conducida por Janet Hyde.

al equilibrio de poder entre los dos miembros de la pareja en cuanto a asuntos que van desde decisiones financieras hasta la división de las labores domésticas. Las parejas de lesbianas colocan un valor especial a la igualdad dentro de la relación (Kurdek, 1995a). Hasta cierto punto, la vinculación y la autonomía se oponen entre sí. Algunas personas quieren grandes cantidades de vinculación y poca autonomía dentro de su relación, mientras que otras quieren justo lo opuesto. El

punto es encontrar un equilibrio que parezca razonable a ambas personas. Claramente, esto será más fácil si los dos miembros de la pareja tienen valores e ideales similares al entrar en la relación.

Las parejas lésbicas y gay deben negociar conflictos y asuntos de poder. Para las parejas tanto lésbicas como gay, las áreas de conflicto, en orden de frecuencia, son finanzas, estilo de manejo automotriz, afición y sexo, exceso de críticas y tareas del hogar (Kurdek, 1995b). Es

Figura 15.3 Pareja de varones gay. Un gran porcentaje de lesbianas y hombres gay informan que en la actualidad se encuentran en una relación romántica estable.



probable que esta lista le suene familiar a la mayoría de parejas heterosexuales.

En un estudio, se trajo a parejas gay, parejas lésbicas y parejas heterosexuales y se les pidió que discutieran un problema (Julien *et al.*, 2003). Se hicieron grabaciones de video de las interacciones de cada pareja y más adelante cada miembro de la pareja las codificó según conductas positivas y negativas. Los resultados no mostraron diferencia alguna entre las parejas lésbicas, gay y heterosexuales en cualquiera de las mediciones de interacción.

Lo que resulta impactante acerca de toda la investigación acerca de relaciones gay y lésbicas es lo similares que son —en sus satisfacciones, amores, alegrías y conflictos— a las relaciones heterosexuales (Patterson, 2000; Peplau *et al.*, 1996).

Familias de varones gay y lesbianas

Cada vez con mayor frecuencia, las parejas gay y lésbicas están formando familias que incluyen hijos. Ésta es una cuestión polémica para muchas personas heterosexuales en Estados Unidos, quienes consideran que una familia lésbica o gay es un entorno dañino para criar niños. Con frecuencia, las cortes han asumido que las lesbianas y los varones gay son padres incom-

petentes, y la orientación sexual hacia el mismo género se ha utilizado como base para que el otro progenitor heterosexual obtenga custodia de los hijos después del divorcio. ¿Qué dicen las investigaciones acerca de estas familias y de los efectos que tienen sobre los niños?

Es importante reconocer que estas familias son diversas en cuanto a raza, clase social y género (Allen y Demo, 1995). En algunas de estas familias, los niños son hijos de alguno de los miembros de la pareja y provienen de una relación heterosexual anterior. En otras, los hijos son adoptados o, en el caso de parejas lésbicas, han nacido por algún medio de inseminación artificial. Incluso, algunos han dicho que se está dando un “baby boom lésbico” (Patterson, 1995). Algunas son familias de progenitor soltero como, por ejemplo, en el caso de una madre lesbiana que está criando los hijos de su anterior matrimonio heterosexual.

¿Cómo les va a los niños de estas familias? Han surgido tres preocupaciones en cuanto a estos niños. Primero, ¿mostrarán trastornos en identidad de género o en identidad sexual? ¿Se volverán homosexuales? Segundo, ¿serán menos sanos en términos psicológicos que los niños que crecen con dos progenitores heterosexuales? Tercero, ¿tendrán dificultades en sus relaciones con sus pares y sufrirán, quizás, estigmatización o agresiones a causa de su situación familiar poco común?

Las investigaciones acerca de niños que crecen en familias lésbicas o gay, en comparación con aquellos que crecen en familias heterosexuales, desmienten estos temores. Por ejemplo, un número excepcional de niños que crecen dentro de hogares lésbicos o gay tienen una orientación heterosexual (Allen y Burrell, 2002; Patterson, 1992).

La adaptación y salud mental de los niños en familias lésbicas o gay no muestran diferencia alguna en cuanto a los niños provenientes de familias heterosexuales (Golombok *et al.*, 2003; Kirkpatrick, 1996; Patterson, 1996).

En cuanto a la tercera preocupación, aquella que se refiere a las relaciones con sus pares, las investigaciones indican que los niños de familias lésbicas o gay resultan aproximadamente tan bien librados en términos de habilidades sociales y de popularidad como los niños de familias heterosexuales (Patterson, 1992).

Para concluir, aunque han surgido preocupaciones acerca de los niños que crecen al interior de familias lésbicas o gay, las investigaciones muestran de manera consistente que no existen diferencias entre estos niños y aquellos de familias heterosexuales (Allen y Burrell, 2002; Patterson, 1992). Como



Para una narración en primera persona de cómo es crecer con dos madres lesbianas, vea el video “That’s a Family” en el capítulo 15 de su CD.

Figura 15.4 Cuestiones políticas lésbicas y gay: a) La cuestión de la custodia; las madres lesbianas quieren tener el derecho de conservar a sus hijos después de un divorcio; b) derechos de adopción; una pareja gay con su hijo adoptivo.



a)



b)

concluyó un experto en psicología clínica, “Parece que las estructuras familiares tradicionales que incluyen la presencia de un padre y la heterosexualidad no son esenciales para el desarrollo infantil sano. Se pueden criar niños bien adaptados de ambos sexos en familias con variadas configuraciones y parece ser que el ingrediente más esencial es la presencia de al menos

un proveedor de cuidados que sea sustentador y aceptante (Strickland, 1995).

Haciendo reconocimiento de estos resultados positivos, la American Academy of Pediatrics dio a conocer una afirmación en apoyo a las adopciones por parte de progenitores homosexuales (Perrin *et al.*, 2002).

¿Cuántas personas son gay, bugas o bi?

La mayoría de las personas cree que la homosexualidad es poco común. ¿Qué porcentaje de las personas en Estados Unidos son gay? Pues, de hecho, resulta que la respuesta a esta pregunta es complicada. Básicamente depende de la manera en que se define a alguien como *homosexual* o *heterosexual*.

Una de las fuentes de información que tenemos acerca de esta pregunta es la investigación de Kinsey (véase el capítulo 3 para una evaluación de los datos de Kinsey). Este investigador encontró que 37 por ciento de todos los varones habían tenido al menos una experiencia homosexual que los había llevado al orgasmo durante su adultez. Éste es un porcentaje considerable. De hecho, fue esta estadística, en combinación con algunos de sus hallazgos acerca del sexo premarital, que condujo al furor relacionado con el reporte Kinsey. La cifra comparable para mujeres fue de 13 por ciento. Sin embargo, los expertos concuerdan que, debido a problemas de muestreo, es probable que las estadísticas de homosexualidad de Kinsey hayan sido exageradas (Pomeroy, 1972).

Hoy en día, diversas encuestas bien muestreadas de la población estadounidense nos han dado estimaciones más precisas. Una de ellas es la NHSLS (que se discute en el capítulo 3). Los datos provenientes de ese estudio se muestran en el cuadro 15.3 (Laumann *et al.*, 1994). Las estadísticas son complejas porque mucho depende de cómo se define la *homosexualidad*. ¿La definición requiere que alguien haya tenido experiencias sexuales de un mismo género de manera exclusiva o sólo algunas experiencias del mismo género, o tal vez que sólo haya experimentado una atracción sexual hacia miembros de su propio género sin nunca haber actuado sobre ella? Regresaremos a ese punto. Lo que podemos decir aquí es que, según la NHSLS, cerca del 2 por ciento de varones y del 1 por ciento de mujeres son exclusivamente homosexuales en su conducta sexual y en su identidad. Cerca del 4 por ciento de varones y mujeres han tenido al menos una experiencia del mismo género en su adultez y aproximadamente el 4 por ciento de varones y el 2 por ciento de mujeres han experimentado atracción sexual hacia miembros de su propio género.

Estos porcentajes son considerablemente menores a los de Kinsey. ¿Qué es lo que explica la diferencia? La NHSLS tuvo una mejor muestra; existe un acuerdo

Cuadro 15.3 Estadísticas de la NHSLS acerca de sexo, identidad y atracción de un mismo género

| | Hombres | Mujeres |
|---|---------|---------|
| <i>Parejas</i> | | |
| Sólo parejas del mismo género en el último año | 2.0% | 1.0% |
| Parejas tanto masculinas como femeninas en el último año | 0.7 | 0.3 |
| Sólo parejas del mismo género desde los 18 años de edad | 0.9 | 0.4 |
| Parejas tanto masculinas como femeninas desde los 18 años de edad | 4.0 | 3.7 |
| <i>Identidad sexual</i> | | |
| Heterosexual | 96.9 | 98.6 |
| Bisexual | 0.8 | 0.5 |
| Homosexual | 2.0 | 0.9 |
| <i>Atracción sexual</i> | | |
| Sólo hacia el género opuesto | 93.8 | 95.6 |
| Mayormente hacia el género opuesto | 2.6 | 2.7 |
| Hacia ambos | 0.6 | 0.8 |
| Mayormente hacia el mismo género | 0.7 | 0.6 |
| Sólo hacia el mismo género | 2.4 | 0.3 |

Fuente: Laumann *et al.* (1994), p. 311, Cuadros 8.3A y 8.3B.

general en cuanto a que los métodos poco sistemáticos de muestreo de Kinsey condujeron a una sobrestimación de la incidencia de la homosexualidad. Pero existe la posibilidad de que la NHSLS tampoco sea perfectamente precisa. Los datos se recolectaron utilizando entrevistas cara a cara, lo cual pudo haber creado problemas de ocultamiento, en especial cuando las preguntas trataban acerca de conductas socialmente desaprobadas como sería el caso de la homosexualidad. Por lo tanto, en el mejor de los casos, las estadísticas de la NHSLS se pueden considerar como estimados mínimos.

Las estadísticas de la NHSLS son comparables a aquellas que se encuentran en una encuesta internacional bien muestreada. Los resultados indicaron que 6.2, 4.5 y 10.7 por ciento de los varones en Estados Unidos, el Reino Unido y Francia, respectivamente, habían participado en conductas sexuales con alguien de su propio género en los últimos cinco años (Sell *et al.*, 1995). Las estadísticas comparables para mujeres fueron 3.6, 2.1 y 3.3 por ciento. Éstas y otras estadísticas confirman que la incidencia de homosexualidad es mayor entre varones que entre mujeres. Es probable que el doble de varones que de mujeres tenga una experiencia homosexual hasta el orgasmo en la adultez, y es probable que la misma tasa opere en cuanto a la homosexualidad exclusiva.

Sin embargo, es posible que después de leer estas estadísticas usted se siga preguntando cuántas personas son homosexuales. Como Kinsey rápidamente se percató al tratar de contestar esta pregunta, depende de cómo se cuente. Una idea prevaleciente es que al igual que el blanco y el negro, homosexual y heterosexual son categorías perfectamente separadas y

distintas. Esto es lo que se podría denominar una *conceptualización tipológica* (véase figura 15.5). Kinsey realizó un avance científico importante cuando decidió conceptualizar a la homosexualidad y a la heterosexualidad no como dos categorías separadas, sino más bien como variaciones en un continuo (figura 15.5, sección 2). Los extremos blanco y negro de la heterosexualidad y de la homosexualidad tienen muchos tonos de gris en medio: personas que han tenido tanto algunas experiencias homosexuales como algunas heterosexuales, en diversas combinaciones. A fin de darle cabida a toda esta variedad, Kinsey construyó una escala que iba de 0 (exclusivamente heterosexual) a 6 (exclusivamente homosexual), con un punto medio de 3 que indicaba iguales cantidades de experiencia heterosexual y homosexual.

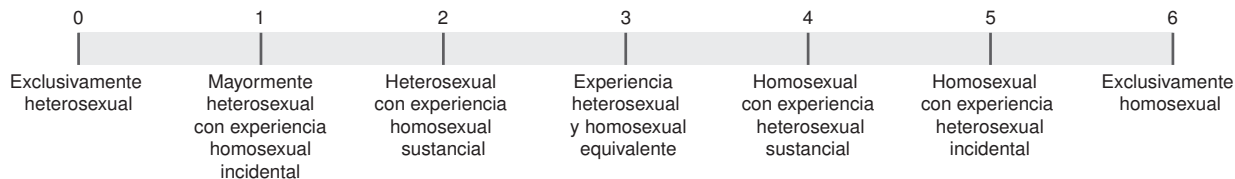
Muchos investigadores sexuales siguen utilizando la escala de Kinsey en la actualidad, pero la pregunta persiste. ¿Cuándo es homosexual una persona? Si usted ha tenido una experiencia homosexual, ¿hace eso que usted sea homosexual o es necesario que haya tenido una sustancial experiencia homosexual (digamos, una calificación de 2 o 3, o mayor)? ¿O acaso es necesario que usted sea exclusivamente homosexual para ser catalogado como tal? En parte, Kinsey lidió con este problema al crear su escala, pero también estableció otra cuestión importante. Argumentó que no deberíamos hablar de *homosexualidad* sino, más bien, de *conducta homosexual*. Como hemos visto, la *homosexualidad* es extremadamente difícil de definir. Por otra parte, la *conducta homosexual* se puede definir de manera científica como el acto sexual entre dos personas del mismo género. Por lo tanto, se puede hablar de manera más precisa acerca de personas que

Figura 15.5 Tres formas de la conceptualización de homosexualidad y heterosexualidad

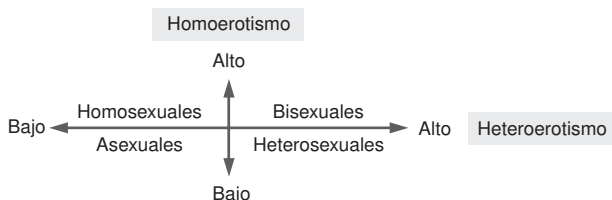
1. La tipología



2. Continuo de Kinsey



3. Esquema bidimensional (Storms, 1980)



han participado en cantidades variadas de conducta homosexual o que han tenido diferentes grados de experiencia homosexual.

Otros teóricos han sugerido que la escala unidimensional de Kinsey es demasiado sencilla (Sell, 1997; Storms, 1980). La alternativa es formar un esquema bidimensional. Aquí, la idea es tener una escala de heteroerotismo (el grado de excitación que uno experimenta ante los miembros del género opuesto), en un rango de bajo a alto, y otra de homoerotismo (el grado de excitación que uno experimenta ante los miembros del propio género), en un rango de bajo a alto (véase figura 15.5, sección 3). Así, si uno tiene un nivel elevado tanto en heteroerotismo como en homoerotismo, uno es bisexual; la persona que tiene una elevación en heteroerotismo y bajo homoerotismo es heterosexual; la persona alta en homoerotismo y baja en heteroerotismo es homosexual; y la persona baja en ambas escalas es asexual. Este esquema permite una complejidad aún mayor en la descripción de la homosexualidad y de la heterosexualidad que la escala de Kinsey.

La respuesta a la pregunta original —¿Cuántas personas son homosexuales y cuántas heterosexuales?— es compleja. Es probable que cerca del 92 por ciento de los varones y el 95 por ciento de las mujeres sean exclusivamente heterosexuales. Aproximadamente 7 a 8 por ciento de varones y 4 a 5 por ciento de mujeres han tenido al menos una experiencia con su mismo género en la adultez. Cerca del 2 por ciento de los hombres y del 1 por ciento de las mujeres son exclusivamente homosexuales. Estas cifras se basan en la NHSLS, pero se han ajustado un tanto cuanto para compensar por el ocultamiento de algunos respondientes.

Otra estadística que se ha citado de manera popular durante décadas para la incidencia de la homosexualidad es 10 por ciento. De hecho, una organización de varones gay y lesbianas se denomina la Ten Percent Society (sociedad del diez por ciento). Esta estadística no proviene de un sólo estudio, sino, más bien, de la amalgama de muchos. Representa a aquellas personas cuya orientación es predominantemente homosexual, aunque es posible que hayan tenido cierta experiencia heterosexual. En vista de las encuestas más recientes, es posible que la cifra de 10 por ciento sea un poco elevada.

Orientación sexual y salud mental

Muchos estadounidenses creen que la homosexualidad es un tipo de enfermedad mental. ¿En realidad, esto es cierto? ¿Están de acuerdo psicólogos y psiquiatras en que los homosexuales tienen una adaptación deficiente o que son desviados? ¿Cuáles son las implicaciones de la orientación sexual para la adaptación de una persona?

El pecado y el modelo médico

En realidad, la creencia de que la homosexualidad es un tipo de enfermedad mental es una mejoría relativa en comparación con las creencias anteriores acerca de la misma. Antes del siglo xx, la creencia dominante en Europa y Estados Unidos era que la homosexualidad era pecado o herejía. Durante la Inquisición, era frecuente que también se acusara de homosexualidad a las personas a las que se había culpado de herejía, y se les quemaba en la hoguera. De hecho, en aquellos

Tema central 15.2

La ética en la investigación sexual: el trato de salón de té

El estudio del sociólogo Laud Humphreys intitulado *Tearoom Trade: Impersonal Sex in Public Places* (Trato de salón de té: sexo impersonal en sitios públicos) (1970) es un clásico en el campo de la investigación sexual. Sin embargo, en vista de las preocupaciones de parte tanto de científicos como del público en general acerca de los estándares éticos en la investigación, sus métodos de recolección de datos son cuestionables desde una perspectiva contemporánea. Se suscitan importantes cuestiones acerca de la dificultad de realizar buenas investigaciones sexuales dentro de límites éticos.

Como lo implica el título del libro, el trato de salón de té se refiere a los actos sexuales impersonales en lugares tales como baños públicos. De manera típica, un hombre ingresa al baño y le indica a otro hombre que ya se encuentra allí que tiene interés en sostener una relación sexual. Por ejemplo, puede hacer esto por medio de dar golpes leves mientras se encuentra en uno de los cubículos del baño. En general, los hombres llevan a cabo el acto sexual en uno de los cubículos sin siquiera intercambiar palabra. De manera típica, la actividad es una felación, que se puede hacer de manera rápida y con un mínimo de incomodidad.

En la situación del salón de té, generalmente hay una tercera persona que sirve como vigía y que está atenta a la policía o a otros intrusos mientras los otros dos sostienen relaciones. Para obtener sus datos, Humphreys se convirtió en vigía. No sólo observó las conductas involucradas en el trato de salón de té, sino que también anotó los números de placa automotriz de los participantes. Buscó los números a través de registros estatales y así pudo obtener las direcciones de las personas

involucradas. Después fue a los hogares de dichas personas y les aplicó un cuestionario (que incluía preguntas acerca de la conducta sexual) bajo el engaño de que estaba llevando a cabo una encuesta general.

La investigación proporcionó algunos hallazgos importantes, en particular que una gran proporción de los varones que participaban en tratos de salón de té eran respetables hombres heterosexuales casados, muchos de ellos líderes de sus comunidades. Este descubrimiento provocó una gran cantidad de polémica con relación al libro; la idea de que hombres “heterosexuales” pudieran participar en conducta homosexual escandalizó a muchos. De hecho, muchos varones gay piensan que el trato de salón de té es escandaloso.

En su informe en relación con la investigación, Humphreys mantuvo el completo anonimato de los participantes. Sin embargo, su trabajo sigue implicando diversos problemas éticos. No hubo procedimientos de consentimiento informado (el estudio se llevó a cabo antes de que las sociedades científicas y universidades instituyeran este tipo de estándares). Se engañó a los participantes (un problema que empeoró por el hecho de que nunca se les dio información aclaratoria ni se les dijo el verdadero propósito de la investigación). Pero, a su vez, estas consideraciones hacen que surja una pregunta, ¿pudo Humphreys haber obtenido buenos datos dentro de los límites de la ética de investigación? Los aspectos claramente negativos del estudio se deben comparar contra los beneficios que puede ofrecer a la sociedad el saber más acerca de esta forma de conducta sexual.

Fuente: Humphreys (1970).

tiempos, toda enfermedad mental se consideraba pecado. En el siglo XX, este punto de vista se vio reemplazado por el **modelo médico**, en el que los trastornos mentales, y la homosexualidad en particular, se consideran como padecimiento o enfermedad (Bullough y Bullough, 1997).² Hoy en día, éste es el enfoque que sostiene el público en general.

El psiquiatra Thomas Szasz y otros critican el modelo médico. En sus escritos bien conocidos acerca del

“mito de la enfermedad mental”, Szasz argumenta que el modelo médico es obsoleto en la actualidad y que necesitamos desarrollar una manera más humana y realista de lidiar con los trastornos mentales y con las variaciones de la norma. En especial, ha defendido el punto en relación con la homosexualidad (Szasz, 1965). Los activistas LGB se le han unido, diciendo que no les gusta que se les denomine “enfermos” y que esto es tan sólo otra forma de persecución en contra de hombres gay y lesbianas.

Modelo médico: modelo teórico en psicología y psiquiatría en el que los problemas mentales se consideran como una enfermedad o padecimiento mental; a su vez, es frecuente que se considere que los problemas se deben a factores biológicos.

² Como apuntó un comediante gay, “Si la homosexualidad es una enfermedad, oye, mañana voy a hablar al trabajo a decir que tengo un ataque de mariconería.”

Resultados de investigación

¿Qué dicen los datos científicos? De nueva cuenta, las respuestas proporcionadas por los datos son complejas y dependen de las suposiciones del investigador específico y del diseño de investigación utilizado. Básicamente, se han utilizado cuatro tipos de diseño de investigación que representan la sofisticación y cambio progresivos en las suposiciones acerca de la naturaleza de la homosexualidad.

Estudios clínicos

El primer y más básico enfoque fue clínico; el investigador (por lo general el terapeuta) estudiaba a los homosexuales que se encontraban en psicoterapia. Buscaba trastornos en su adaptación actual o experiencias pasadas o vida hogareña. A continuación, se informaba de los datos en forma de historia de caso del individuo o como informe de factores comunes que parecían surgir en el estudio de un grupo de homosexuales (por ejemplo, Freud, 1920; reseñado por Rosen, 1974). Estos estudios clínicos proporcionaban evidencia de que el homosexual estaba enfermo o era anormal; típicamente, se hallaba que él o ella tenía una adaptación deficiente y que era neurótico. Pero el razonamiento detrás de esta investigación era circular. Se asumía que el homosexual padecía de una enfermedad mental y, después, se encontraba evidencia que sustentara este punto de vista.

Estudios con grupos control

El segundo grupo de estudios realizó mejorías significativas a los anteriores mediante la introducción de grupos control. Se replanteó la pregunta de investigación. En lugar de ¿los homosexuales padecen de trastornos mentales? (después de todo, la mayoría de nosotros tenemos algunos problemas), se convirtió en ¿los homosexuales padecen de más trastornos mentales que los heterosexuales? El diseño de investigación implicaba comparar un grupo de homosexuales en terapia con un grupo de heterosexuales que no se encontraban en terapia, elegidos de manera aleatoria. Estos estudios tendían a concordar con los anteriores al encontrar más problemas de adaptación en el grupo de homosexuales que en el grupo de heterosexuales (Rosen, 1974). Los homosexuales tendían a presentar más intentos de suicidio y a tener relaciones familiares más perturbadas.

Sin embargo, una vez más se volvió aparente que había ciertos problemas con este diseño de investigación. Comparaba a un grupo de personas en terapia con un grupo de personas que no se encontraban en terapia y, de manera poco sorprendente, hallaba que las personas en terapia tenían más problemas. Este diseño también era circular en asumir que los homosexuales eran anormales (en terapia) y que los heterosexuales eran normales (no estaban en terapia), para después encontrar justamente eso.

Investigación sin pacientes

Un avance importante se dio con el tercer grupo de estudios, que implicaba investigaciones sin pacientes. En estos estudios, se comparó a un grupo de homosexuales que no estaban en terapia (no pacientes) con un grupo de heterosexuales que no estaban en terapia. En general, los homosexuales no pacientes se reclutaban a través de organizaciones LGB, por medio de anuncios, o por medio de propagación de boca en boca. Este tipo de investigación sin pacientes encontró que no existían diferencias entre los grupos (Ross *et al.*, 1988; Rothblum, 1994). Es decir, los varones gay y las lesbianas parecían estar tan bien adaptados como los heterosexuales. Este hallazgo es bastante notable en vista de las actitudes tan negativas que los miembros del público en general tienden a tener hacia las personas LGB (Gonsiorek, 1996).

Con base en estos estudios, se debe concluir que la evidencia no presta apoyo a la idea de que los homosexuales están “enfermos” o mal adaptados. Esta postura ha recibido el reconocimiento profesional oficial de la American Psychiatric Association. Antes de 1973, la APA listaba a la homosexualidad como trastorno bajo la Sección V, “Trastornos de Personalidad y otros Trastornos Mentales no Psicóticos,” dentro de su reconocido *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. En 1973, la APA votó por eliminar a la homosexualidad de su lista; así, ya no se considera un trastorno psiquiátrico.

Estudios poblacionales

En la última década, ha surgido un nuevo grupo de estudios que utiliza diseños todavía mejores que, por ejemplo, obtienen una muestra aleatoria a partir de la población general y que después compara a los homosexuales y a los heterosexuales dentro de la muestra en cuanto a índices de salud mental (Cochran *et al.*, 2003; Meyer, 2003; Wichstrøm y Hegna, 2003). Estos estudios encuentran tasas mayores de depresión entre varones gay y lesbianas en comparación con heterosexuales. Y los intentos de suicidio son más comunes entre jóvenes LGB que entre jóvenes heterosexuales.

Sin embargo, los científicos han tenido debates acalorados acerca del significado de estas estadísticas. Una controversia es qué tan grandes o significativas son estas diferencias. Por ejemplo, en un estudio, 9.1 por ciento de los adolescentes LGB habían tenido un intento de suicidio, en comparación con el 3.6 por ciento de adolescentes heterosexuales (Wichstrøm y Hegna, 2003). Nos podríamos centrar sobre el hecho de que los jóvenes LGB tenían casi tres veces más probabilidades de suicidarse. De manera alterna, podríamos decir que existe una brecha de menos de 6 puntos porcentuales y que el 90.9 por ciento de los individuos LGB no intentaron suicidarse (Savin-Williams, 2001). ¿Deberíamos ver el vaso como medio lleno o como medio vacío?

Más allá de esto, los científicos concuerdan en que las mayores tasas de depresión y suicidio entre sujetos LGB no quieren decir que la homosexualidad en sí indica enfermedad mental. Más bien, las tasas más elevadas reflejan que las personas LGB están más expuestas al prejuicio y a los crímenes de odio, así como al estrés de ocultar su verdadera identidad (Meyer, 2003).

¿La orientación sexual se puede cambiar por medio de terapia?

La **terapia de conversión** o **terapia de reparación** —tratamientos diseñados para convertir a los individuos LGB en heterosexuales— ha existido durante más de 100 años (Haldeman, 1994; Shidlo *et al.*, 2002). Las versiones más recientes provienen de grupos religiosos de ultraderecha. Muchas técnicas anteriores eran categóricamente inhumanas. Incluían terapia conductual primitiva que implicaba darles electrochoques a varones gay al tiempo que veían diapositivas de hombres desnudos, así como cirugías que iban desde la castración hasta la neurocirugía. Todos estos tratamientos se basaban en la suposición de que la homosexualidad era una enfermedad que debía curarse.

Las investigaciones actuales acerca de las terapias de reparación revelan las presiones familiares y las agonías personales que experimenta la gente cuando se les obliga, o tal vez cuando eligen, cambiar su orientación. Un hombre, que ahora es psicólogo, escribió en su diario,

Mañana tengo cita con el orientador. En realidad no sé qué pensar. Siento que necesito ayuda pero también siento que estoy tratando de deshacerme de una parte de mí mismo. Sé que debería verlo como pecaminoso y horrible, como una verruga que se debe quemar. ¿Será posible que esas emociones sean lo que me permite ser un hombre sensible y cariñoso? ¿Será posible que Dios haya permitido que esto entre en mi vida para fortalecer ciertas características? ¿Realmente es horrible y pecaminoso que quiera abrazar a un hombre y que él me abrace a mí, y que quiera tener una relación que incluya sexo con un hombre? Visto en el papel sí que suena horrible. No me gusta admitir estas cosas. De veras que no. ¿Qué es lo que hace que piense y sienta de esta forma? ¿Será satánico? ¿Estaré poseído? (Ford, 2001, p.77)

Las consecuencias de la terapia de reparación pueden ser terribles, porque en realidad no cambian la orientación sexual de las personas, sino que hacen que se sientan terriblemente culpables acerca de ella. De hecho, algunos psicoterapeutas han desarrollado una especialidad para ayudar a hombres gay y bisexuales a recuperarse de las terapias de conversión (Haldeman, 2001).

En vista de la evidencia que se discutió con anterioridad en la presente sección y que sustenta el argumento de que los individuos LGB no están mentalmente enfermos, las terapias de reparación no

tienen sentido alguno. Así también, surgen cuestiones éticas: ¿Debería transformarse a una persona gay para convertirla en buga en contra de su voluntad? Para el año 2000, los escándalos asociados con las terapias de conversión se habían vuelto tan enormes que la American Psychiatric Association emitió una afirmación de política formal oponiéndose a ellas (American Psychiatric Association, 2000).

En resumen, es probable que sea tan fácil convertir a una persona homosexual en una feliz persona heterosexual como lo sería convertir a un heterosexual en una feliz persona homosexual; es decir, no mucho.

Terapia de conversión o de reparación: cualquiera de varios tratamientos diseñados para volver heterosexuales a las personas LGB.

¿Por qué las personas se vuelven homosexuales o heterosexuales?

Una fascinante pregunta psicológica es, ¿por qué las personas se vuelven homosexuales o heterosexuales? En la presente sección se discutirán diversas teorías que contestan a la pregunta, así como la evidencia relevante. Usted notará que los teóricos e investigadores anteriores consideran que es parte de su tarea explicar la homosexualidad; los investigadores más recientes, dándose cuenta de que también es necesario explicar la heterosexualidad, están en mayores probabilidades de considerar que su tarea es la explicación de la orientación sexual.

Teorías biológicas

Diversos científicos han propuesto que la homosexualidad es causada por factores biológicos. Los candidatos más probables para estas causas biológicas son los factores genéticos, los factores prenatales, las diferencias en la estructura cerebral y un desequilibrio endocrino.

Factores genéticos

Un estudio reclutó varones gay y bisexuales que tenían un hermano gemelo o un hermano adoptado (Bailey y Pillard, 1991). Entre los 56 hombres gay que tenían un hermano gemelo idéntico, 52 por ciento de sus gemelos también eran gay (en la terminología de los genetistas, ésta es una tasa de concordancia del 52 por ciento). Entre los varones gay que tenían un gemelo no idéntico, 22 por ciento de sus gemelos también eran gay. De los hermanos adoptados de los varones gay, 11 por ciento también eran homosexuales. Más adelante, el mismo equipo de investigación repitió el estudio con lesbianas (Bailey *et al.*, 1993). De entre 71 lesbianas que tenían una gemela idéntica, 48 por ciento de sus gemelas también eran gay. Entre las 37 lesbianas con una hermana gemela no idéntica, 16 por ciento de las gemelas también eran lesbianas. De las hermanas adoptivas de las

Figura 15.6 Michael Bailey, un prominente investigador de la genética de la orientación sexual (Northwestern University).



lesbianas, 6 por ciento también lo eran. Así, las estadísticas para mujeres eran bastante similares a aquellas para varones. Estudios posteriores que han utilizado métodos mejorados han encontrado resultados similares (Kendler *et al.*, 2000; Kirk *et al.*, 2000)

El hecho de que la tasa de concordancia es sustancialmente mayor para gemelos idénticos que para gemelos no idénticos sustenta una contribución genética a la orientación sexual. Sin embargo, si los factores genéticos *determinaran* la orientación sexual, habría una tasa de concordancia del 100 por ciento en el caso de pares de gemelos idénticos, y las tasas están lejos de ello. La implicación es que otros factores además de los genéticos también desempeñan un papel en la influencia de la orientación sexual.

Un grupo de investigación cree que han descubierto un gen para la homosexualidad, localizado en el cromosoma X; esta investigación es enormemente polémica (Hamer *et al.*, 1993; Marshall, 1995). Un estudio de Hamer ha reproducido los hallazgos originales, pero otros no lo han logrado (Bailey y Pillard, 1995; Rice *et al.*, 1999).

Factores prenatales

Otra posible causa biológica es que la homosexualidad se desarrolla como resultado de factores que operan durante el periodo prenatal. Como vimos en el capítulo 5, la exposición a hormonas atípicas durante el desarrollo fetal puede conducir a que una mujer genética presente genitales masculinos. Se ha sugerido que un proceso similar podría explicar a la homosexualidad (y también la transexualidad, véase capítulo 14).

De acuerdo con una teoría, la homosexualidad es el resultado de una variación en el desarrollo prenatal. Existe un tiempo crítico en el desarrollo fetal

durante el cual se diferencia el hipotálamo y se determina la orientación sexual (Ellis y Cole-Harding, 2001). Cualquiera de un número de variaciones biológicas durante este periodo ocasionará la homosexualidad.

Una línea de investigación que apoya a esta teoría ha encontrado que el grave *estrés sobre la madre* durante el embarazo tiende a producir crías homosexuales. Por ejemplo, exponer a ratas hembra embarazadas al estrés produce crías macho que asumen posturas de apareamiento femeninas, aunque su conducta eyaculatoria es normal (Ward *et al.*, 2002). El estrés sobre la madre reduce la cantidad de testosterona en el feto, lo cual se piensa produce ratas homosexuales.

La investigación con humanos diseñada para someter a prueba la hipótesis del estrés prenatal informa de resultados mixtos. Algunos estudios encontraron efectos similares a aquellos de los estudios con ratas, pero otros no (Bailey *et al.*, 1991; Ellis y Cole-Harding, 2001).

Otro grupo de investigación ha sugerido que la *exposición prenatal a elevados niveles de estrógeno* produce crías femeninas que tienen mayores probabilidades de ser lesbianas (Meyer-Bahlburg, 1997; Meyer-Bahlburg *et al.*, 1995). A fin de someter a prueba esta hipótesis, estudiaron a mujeres adultas que habían sido expuestas al DES. El DES, o dietilestilbestrol, es un poderoso estrógeno que se utilizó hasta 1971 para prevenir abortos espontáneos, cuando su uso se discontinuó debido a los dañinos efectos secundarios. Se clasificó a más mujeres expuestas al DES como homosexuales o bisexuales (clasificaciones Kinsey de 2 a 6) que a las mujeres control.

Otro grupo de investigación ha estudiado el orden de nacimiento de varones gay. Sus investigaciones muestran que, de manera consistente, a lo largo de muchas muestras, es más probable que los varones gay tengan un orden tardío de nacimiento y que tengan más hermanos mayores, pero no más hermanas mayores (Blanchard, 1997; Bogaert, 2003). Los investigadores no encontraron efectos del orden de nacimiento o de hermanos y hermanas para lesbianas en comparación con mujeres heterosexuales. Creen que han descubierto un efecto prenatal y su hipótesis es que, con cada embarazo sucesivo con un feto masculino, la madre forma más anticuerpos que atacan a un antígeno (antígeno H-Y) que se produce a partir de un gen en el cromosoma Y (Blanchard, 2001). Debido a que se sabe que el antígeno H-Y influye en la diferenciación sexual prenatal, la hipótesis es que los anticuerpos de la madre a este antígeno pueden afectar la diferenciación sexual en el cerebro fetal en desarrollo. Estos investigadores estiman que la orientación sexual de entre 15 y 30 por ciento de los varones gay se creó en esta forma (Blanchard y Bogaert, 2004; Cantor *et al.*, 2002).

Otros investigadores han documentado un extraño, pero potencialmente importante patrón que involucra a la proporción de la longitud de los dedos 2D:4D.

Esto se refiere a la proporción entre la longitud del dedo índice y la longitud del dedo anular. En general, los varones tienen proporciones 2D:4D menores que las mujeres; es decir, los dedos índices de los varones son relativamente más cortos que sus dedos anulares, en comparación con las mujeres. Los hombres heterosexuales tienen una proporción 2D:4D menor que los varones gay, aunque las mujeres heterosexuales y lesbianas no difieren en esta medida (Lippa, 2003). Otros investigadores han encontrado que existen mayores probabilidades de que los varones gay sean zurdos en comparación con varones heterosexuales; existe cerca del 40 por ciento más probabilidad de que los varones gay sean zurdos que los hombres buga, y las lesbianas tienen casi el doble de probabilidades de ser zurdas que las mujeres heterosexuales (Lalumière *et al.*, 2000). Ambos patrones sugieren algún tipo de efecto prenatal sobre el cerebro en desarrollo.

Estas teorías de influencia prenatal son intrigantes y muestran gran promesa a futuro.

Factores cerebrales

Otra línea teórica refiere que existen diferencias anatómicas entre los cerebros de individuos gay y bugas que producen diferencias en la orientación sexual. Un número de estudios se ha dedicado a esta posibilidad, buscando en regiones algo diferentes dentro del cerebro (Swaab *et al.*, 1995). Un estudio altamente publicitado del neurocientífico Simon LeVay (1991) es ejemplo de lo anterior. LeVay encontró diferencias significativas entre varones gay y bugas en ciertas células de la porción anterior del hipotálamo. Según LeVay, en su anatomía, las células hipotalámicas de los varones gay eran más similares a las de las mujeres que las de los varones heterosexuales. Sin embargo, el estudio tiene un número de defectos: (1) El tamaño de la muestra fue muy pequeño: sólo se incluyeron 19 varones gay, 16 varones buga y 6 mujeres buga. El pequeño tamaño de la muestra se debió al hecho de que era necesario diseccionar los cerebros a fin de examinar el hipotálamo, de modo que no se podían estudiar los cerebros de personas vivas. (2) Todos los varones gay del estudio habían muerto a causa del SIDA, en comparación con sólo 6 de los varones buga y una de las mujeres heterosexuales. Por lo anterior, los grupos no son comparables. Es posible que las diferencias cerebrales hayan sido ocasionadas por los efectos neurológicos del SIDA. (3) Se omitió a mujeres lesbianas del estudio, haciéndolas invisibles dentro de la investigación: como ha sido frecuente en investigaciones psicológicas y biológicas. (4) Se sabía que los varones gay eran homosexuales con base en registros tomados al momento del deceso; sin embargo, sencillamente se asumió que los otros varones eran heterosexuales; si no existía registro de la orientación sexual, la suposición era que al persona había sido heterosexual, difícilmente un sofisticado método de medición.

Es difícil saber qué tanta confianza se puede tener en los hallazgos de LeVay. Otros investigadores que han buscado este efecto no han encontrado diferencias dentro de esta región del hipotálamo en función de la orientación sexual de la persona (Byne *et al.*, 2000; Swaab, 2005). No obstante, los investigadores con animales creen que han identificado una región similar en el hipotálamo de las ratas y parece estar implicada en la conducta sexual (Swaab, 2005).

Desequilibrio hormonal

Al investigar la posibilidad de que un desequilibrio endocrino es la causa de la homosexualidad, muchos investigadores han tratado de determinar si los niveles de testosterona (hormona "masculina") de varones homosexuales difieren de aquellos de varones heterosexuales. Estos estudios no han encontrado diferencias hormonales de ningún tipo entre los varones homosexuales y los heterosexuales (Banks y Gartrell, 1995; Gooren *et al.*, 1990).

A pesar de estos resultados, algunos médicos han intentado curar la homosexualidad masculina por medio de la aplicación de terapia de testosterona (Glass y Johnson, 1944). Esta terapia fracasa; de hecho, parece producir una mayor conducta homosexual que de costumbre. Éste no es un resultado inesperado ya que, como vimos en el capítulo 9, los niveles de andrógenos parecen estar relacionados con la capacidad de respuesta sexual. Como un médico, amigo nuestro, le contestó a un pasante que buscaba terapia de testosterona para su conducta homosexual, "No te hará heterosexual; sólo elevará tu deseo sexual".

En conclusión, de entre las teorías biológicas, la teoría genética y la prenatal tienen nueva evidencia que las sustenta, pero se necesita más investigación.

Teoría psicoanalítica

Teoría freudiana

Ya que Freud creía que el sexo era una fuerza motivadora primaria en la conducta humana, no es de sorprender que se haya ocupado de la orientación sexual y de su desarrollo (su obra clásica acerca de este tema es *Tres ensayos de teoría sexual*, publicada en 1910).

De acuerdo a Freud, el lactante es **perverso polimorfo**; es decir, la sexualidad del lactante es totalmente indiferenciada y por tanto se dirige a todo tipo de objetos, tanto apropiados como inapropiados. A medida que el niño crece y madura hasta convertirse en adulto, la sexualidad se dirige cada vez más hacia los objetos "apropiados" (miembros del género opuesto), mientras que el deseo por los objetos "inapropiados" (por ejemplo, miembros del mismo género) se reprime cada vez más. Por tanto, de acuerdo con Freud, el homosexual se

Perverso polimorfo: término de Freud para la sexualidad infantil indiscriminada e indiferenciada.

Complejo de Edipo negativo:

término de Freud para lo contrario del complejo de Edipo; en el complejo de Edipo negativo, el niño ama y desea sexualmente al progenitor del mismo género y se identifica con el padre del otro género.

Madre homoseductora: término de Irving Bieber para la madre seductora hacia su hijo, por lo cual traumatiza al niño y lo convierte en homosexual.

encuentra fijado en una etapa inmadura del desarrollo.

Según Freud, la homosexualidad también se deriva del **complejo de Edipo negativo**. En el complejo de Edipo (positivo) que se discutió en el capítulo 2, el niño ama al padre del género opuesto pero a la larga abandona esto para identificarse con el progenitor del mismo género, con lo que adquiere un sentido de identi-

dad de género. En el complejo de Edipo negativo, las cosas son exactamente opuestas: el niño ama al padre del mismo género y se identifica con el progenitor del género opuesto. Por ejemplo, en el complejo de Edipo negativo, un niño pequeño amaría a su madre y se identificaría con su madre. De nuevo, a lo largo del proceso de maduración, se supone que el niño reprime este complejo de Edipo negativo. Sin embargo, la persona homosexual no lo reprime y se queda fijada en él. Así, por ejemplo, según Freud, una mujer se vuelve homosexual debido al continuo amor por su madre e identificación con el padre. Desde el punto de vista de Freud, la homosexualidad es una continuación del amor y el deseo por el progenitor del mismo género.

De manera consistente con las ideas de Freud en cuanto a que el lactante es perverso polimorfo, está su creencia de que todos los seres humanos son inherentemente bisexuales; es decir, creía que todas las personas tienen la capacidad para la conducta tanto heterosexual como homosexual. Así, consideraba que la homosexualidad era muy posible, si no deseable. Esta noción de bisexualidad inherente también condujo a su concepto de *homosexual latente*, la persona que tiene un componente homosexual reprimido de la personalidad.

Las investigaciones de Bieber

Debido a que Freud tuvo una gran influencia sobre el pensamiento psiquiátrico, inspiró una gran cantidad de teorías e investigaciones, incluyendo aquellas acerca de la homosexualidad. Irving Bieber y colaboradores (1962) llevaron a cabo uno de los más importantes de estos estudios de inspiración psicoanalítica. Compararon 106 varones homosexuales con 100 varones heterosexuales; todos los sujetos se encontraban en psicoanálisis, lo que hace que sus resultados sean un tanto cuanto cuestionables. El patrón familiar que Bieber y colaboradores tendieron a encontrar entre los homosexuales era el de una madre dominante y un padre pasivo o débil. La madre era tanto sobreprotectora como demasiado íntima. Así, Bieber generó el concepto de la **madre homoseductora** como explicación para la homosexualidad masculina. Según Bieber, este patrón familiar tiene un doble efecto: a futuro, el varón teme a las relaciones heterosexuales tanto

a causa de la posesividad celosa de la madre, como debido a que su seducción le ha producido ansiedad. Así, Bieber sugería que la homosexualidad resulta, en parte, de los temores a la heterosexualidad. Aunque los hallazgos de Bieber acerca de la madre homoseductora recibieron gran atención, un hallazgo más notable de sus investigaciones fue el grave *trastorno de la relación entre el varón homosexual y su padre* (Bieber *et al.*, 1962). Se describió a los padres como desapegados o abiertamente hostiles, o ambos; así, el hijo homosexual llega a la adultez odiando y temiendo a su padre, pero deseando su amor y afecto de manera profunda.

Evaluación de las teorías psicoanalíticas

Es claro que las teorías psicoanalíticas acerca del génesis de la homosexualidad operan bajo la suposición de que la homosexualidad es una desviación o anormalidad. Como escribió Bieber,

Consideramos que la homosexualidad es una adaptación patológica biosocial y psicosexual a los temores generalizados que rodean la expresión de los impulsos heterosexuales. (Bieber *et al.*, 1962, p. 22)

Todas las teorías psicoanalíticas asumen que la homosexualidad adulta es psicopatológica. (Bieber *et al.*, 1962, p. 18)

De hecho, en sus escritos posteriores, Freud llegó a considerar que la homosexualidad estaba dentro del rango normal de la variación de la conducta sexual; sin embargo, esta perspectiva no parece haber tenido gran impacto en comparación con sus obras anteriores acerca del tema. Así, se podría criticar a la teoría psicoanalítica por hacer la suposición de anormalidad ya que, como hemos visto, no existe evidencia alguna que apoye el concepto de que los homosexuales están mal adaptados.

También se puede criticar al abordaje psicoanalítico a causa de su confusión de los conceptos de *identidad de género* y *orientación sexual*. Como se señaló con anterioridad, los homosexuales difieren de los heterosexuales en cuanto a su orientación sexual, pero no en cuanto a su identidad de género: el varón homosexual se concibe como hombre, la lesbiana se concibe como mujer. No obstante, la teoría psicoanalítica supone que el homosexual no sólo hace una elección inapropiada del objeto, sino que también tiene una identidad de género anormal: que el varón gay no se ha identificado con su padre y que, por ende, no ha adquirido una identidad masculina, y que la lesbiana no se ha identificado con su madre y que, por tanto, no ha adquirido una identidad femenina. Esta suposición básica de una identificación de género anormal no recibe sustentación a partir de los datos y, así, es otra base para criticar las teorías psicoanalíticas acerca de la homosexualidad.

Tal vez de manera más importante, el estudio más comprensivo de las causas de la orientación sexual

encontró que las relaciones con los progenitores hicieron poca o ninguna diferencia en la orientación sexual de los respondientes (Bell *et al.*, 1981).

Teoría del aprendizaje

Los conductistas enfatizan la importancia del aprendizaje en el desarrollo de la orientación sexual. Señalan la prevalencia de la conducta bisexual tanto en otras especies como en los humanos jóvenes, y discuten que las recompensas y castigos moldean la conducta del individuo en una predominancia de homosexualidad o en una predominancia de heterosexualidad. Entonces, la suposición es que los humanos tienen una reserva relativamente amorfa e indiferenciada de impulsos sexuales que, dependiendo de las circunstancias (recompensas y castigos) puede canalizarse hacia cualquiera de varias direcciones. En resumen, las personas nacen sexuales, no heterosexuales u homosexuales. Sólo a través del aprendizaje es que una de estas conductas se vuelve más probable que la otra. Por ejemplo, una persona que tiene experiencias heterosexuales tempranas muy desagradables podría desarrollarse hacia la homosexualidad. En esencia, la heterosexualidad ha sido castigada y, por tanto, se vuelve menos probable. Por ejemplo, esto podría suceder en el caso de una niña que es violada a edad temprana; su primera experiencia con el sexo heterosexual fue extremadamente desagradable, de modo que lo evita y se dirige hacia la homosexualidad. Los padres que se alteran a causa de las actividades sexuales de sus adolescentes harían bien en recordar esta idea; el castigar a una persona joven por participar en conductas heterosexuales puede no eliminar la conducta sino, más bien, recanalizarla en una dirección homosexual.

Otra posibilidad, de acuerdo con los teóricos del aprendizaje, es que si las experiencias sexuales tempranas son homosexuales y placenteras, la persona puede volverse homosexual. En esencia, la conducta homosexual ha sido recompensada y, así, se vuelve más probable.

El enfoque de la teoría del aprendizaje trata a la homosexualidad como forma normal de conducta y reconoce que la heterosexualidad no es innata de necesidad, sino que también se debe aprender, al igual que la homosexualidad.

La evidencia a favor de la explicación de la teoría del aprendizaje en cuanto a la orientación sexual es mixta. Un estudio amplio acerca de las influencias sobre la orientación sexual en los humanos no confirma algunos argumentos esenciales. La idea de que la homosexualidad surge a partir de experiencias heterosexuales desagradables tempranas no se ve sustentada por los datos. Por ejemplo, las mujeres lesbianas no mostraron mayores probabilidades de haber sido violadas que las mujeres heterosexuales (Bell *et al.*, 1981). Sin embargo, recientes investigaciones que utilizan un modelo animal sí señalan la importancia del aprendizaje temprano. Los pinzones cebra son pequeñas aves

monógamas que se aparean de por vida y que casi de manera invariable son heterosexuales. Sin embargo, si se retira a los padres de las jaulas de modo que las pequeñas aves crecen sin machos adultos o sin parejas macho-hembra, en la adultez, estas aves se aparearán ya sea con machos o con hembras (Adkins-Regan, 2002). Es decir, su conducta, que es bisexual, es el resultado de la experiencia temprana.

En contraste con la investigación con aves, la investigación con humanos sugiere que los niños que crecen con un progenitor homosexual no tienen, en sí, mayores probabilidades de volverse gay (Allen y Burrell, 2002; Bailey *et al.*, 1995; Golombok y Tasker, 1996). Entonces, en este sentido, la homosexualidad no se “aprende” de los progenitores.

Teoría interaccionista

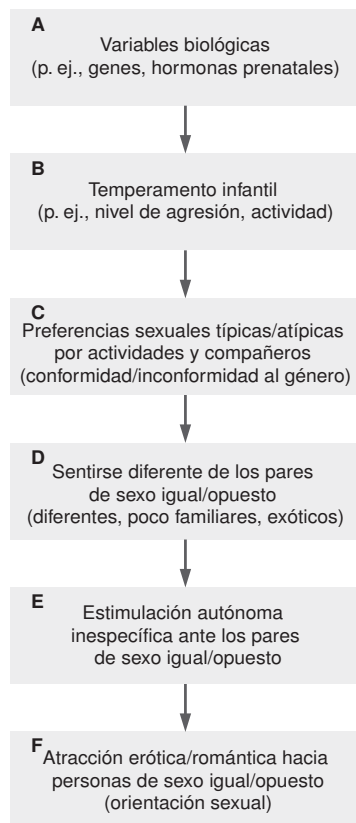
Bem: lo exótico se vuelve erótico

El psicólogo Daryl Bem (1996) propuso una teoría acerca del desarrollo de la orientación sexual que engloba la interacción de factores biológicos y experiencias con el ambiente. La teoría de Bem se esquematiza en la figura 15.7.

La teoría comienza con las influencias biológicas y descansa en la evidencia discutida con anterioridad acerca de las contribuciones biológicas a la orientación sexual (recuadro A en la figura 15.7). Sin embargo, Bem no cree que los genes y otros factores biológicos determinen la orientación sexual de la persona de manera directa y mágica. Más bien, teoriza que los factores biológicos ejercen su influencia sobre la orientación sexual a través de su influencia sobre el temperamento en la infancia (recuadro A a recuadro B). Los psicólogos han encontrado abundante evidencia de que dos aspectos del temperamento tienen una base biológica: los niveles de agresión y de actividad. No sólo eso, estos dos aspectos del temperamento muestran diferencias confiables de género. Según Bem, la mayoría de los niños muestran niveles de agresividad y actividad típicas de su género; en general, los varones son más agresivos y activos que las niñas. Estas tendencias conducen a los niños a participar en actividades que se conforman con su género (B a C). La mayoría de los niños practican deportes activos y agresivos y la mayoría de las niñas prefieren actividades de juego más tranquilas. Estos patrones de juego también conducen a que los niños se asocien de manera casi exclusiva con miembros de su propio género. El niño que juega fútbol americano está jugando en un grupo que consiste ya sea por completo o casi por completo de niños. Esta cadena de eventos a la larga conducirá a una orientación heterosexual en la adultez.

Sin embargo, una minoría de niños tienen características de temperamento que no son típicas de su género: algunos niños no son especialmente activos ni agresivos, mientras que algunas niñas sí lo son. Estos niños no se conforman a su género en sus patrones de

Figura 15.7 Teoría de Daryl Bem acerca del desarrollo de la orientación sexual: lo exótico se vuelve erótico



juego. Los niños varones prefieren juegos más tranquilos, menos activos y tienen más amigas, y las niñas que no se conforman a su género prefieren los deportes agresivos y tienen más amigos.

Estas experiencias con el juego y con los compañeros durante la infancia crean un sentimiento en los niños de que ciertos otros niños son diferentes a ellos y que por tanto son exóticos (recuadros C a D). Para el varón que pasa la mayor parte de su tiempo practicando deportes activos y agresivos con otros niños, las niñas son diferentes, misteriosas y exóticas. Para la niña que no se conforma a su género y que practica deportes activos con niños, las niñas también le parecen diferentes y exóticas.

La presencia de un otro exótico ocasiona que la persona sienta una estimulación generalizada, ya sea en la infancia, en la adolescencia o en la adultez (recuadros D a E). Aquellos de ustedes que son heterosexuales seguramente recordarán varias instancias en su pasado en que se sintieron incómodos y nerviosos en presencia de un miembro del otro género.

En la última conexión del modelo, esta estimulación generalizada se transforma en una atracción erótica/

romántica. En esencia, lo exótico se vuelve erótico. Esta transformación se puede deber a los procesos que se describen en la teoría de dos componentes de la excitación de Berscheid y Walster (1974), que se discute en el capítulo 13. Es fácil que la estimulación generalizada se convierta en excitación y atracción sexual si las condiciones son las adecuadas. Para la gente heterosexual, las personas exóticas son miembros del género opuesto, con quienes tuvieron menos contacto en la infancia y quienes se han erotizado.

Un fenómeno bien documentado es que hay considerablemente más heterosexuales que homosexuales. La teoría lidia con este hecho al reconocer que la sociedad estadounidense, como la mayoría de las demás, está polarizada en cuanto a género. Se enfatizan las distinciones de género y los roles de género son poderosos. Entonces, para la mayoría de los individuos, los miembros del género opuesto son exóticos. Es sólo en la minoría de los casos, para aquellos cuyo temperamento infantil los condujo a inconformarse con su género, que los miembros de su propio género son exóticos.

Ciertamente, una virtud de esta teoría es que está diseñada para explicar la orientación sexual (homosexual o heterosexual) más que la homosexualidad. Es decir, el proceso esencial es que lo exótico se vuelve erótico, tanto para heterosexuales como para homosexuales. La diferencia estriba en que, a causa del temperamento y actividades de juego infantiles, los miembros del otro género les parecen exóticos a los heterosexuales, mientras que los miembros del propio género les parecen exóticos a los varones gay y a las lesbianas.

Un cuerpo de evidencia que es consistente con la teoría de Bem indica que, en promedio, los varones gay y las lesbianas tienen mayores probabilidades de tener una historia de inconformidad de género (Bailey y Zucker, 1995; Cohen, 2002). Este patrón también se ha encontrado a nivel transcultural. Por ejemplo, en un estudio de lesbianas y mujeres heterosexuales en Brasil, Perú, las Filipinas y Estados Unidos, las lesbianas, en su infancia, eran significativamente más inconformistas en cuanto al género de lo que lo eran las mujeres heterosexuales (Whitman y Mathy, 1991). Las lesbianas rechazaban las actividades típicas de su género, tales como jugar con juguetes para niñas y prestar atención a las modas femeninas de manera significativamente mayor, y estaban más involucradas en actividades atípicas de su género tales como jugar con juguetes para niños y ser *marimachos*. La consistencia de estos hallazgos es particularmente notable dada la vasta diferencia que existe entre estas cuatro culturas. Aunque esta evidencia es consistente con la teoría de Bem, también es consistente con las teorías biológicas.

Al mismo tiempo, la teoría y evidencia de Bem se han criticado de manera exhaustiva (Peplau *et al.*, 1998; para la respuesta de Bem, véase Bem, 1998).

Han surgido dos críticas: (1) la evidencia no discutida por Bem contradice algunas de las propuestas centrales de la teoría, y (2) la teoría refleja la experiencia masculina pero ignora la experiencia femenina. En cuanto a la evidencia, Bem señaló que, en un estudio importante, las lesbianas (70 por ciento) estaban en mayores probabilidades que las mujeres heterosexuales (51 por ciento) de tener recuerdos de sentirse algo o muy diferentes a otras niñas de su misma edad (Bell *et al.*, 1981). La diferencia es significativa, pero tal vez de mayor importancia es el hallazgo de que la mayoría de mujeres heterosexuales se sintieron diferentes a otras niñas. Las demás niñas les parecían diferentes o exóticas. ¿Por qué, entonces, no se volvieron lesbianas?

Teoría sociológica

Los sociólogos enfatizan los efectos de la *etiquetación* en la explicación de la homosexualidad. La etiqueta “homosexual” tiene un gran impacto sobre la sociedad estadounidense. Si usted es heterosexual, imagínese que alguien le dijera, “Creo que eres homosexual.” ¿Cómo reaccionaría usted? Es probable que su reacción inmediata fuese negativa: enojo, ansiedad y vergüenza. La etiqueta “homosexual” tiene connotaciones despectivas e incluso se puede utilizar como insulto, lo que refleja las actitudes predominantemente negativas de la sociedad estadounidense hacia la homosexualidad.

Un ingenioso experimento demostró los efectos de etiquetar a alguien como homosexual. Se hizo creer a la mitad de los participantes (todos varones) que un miembro específico de su grupo era homosexual. En el caso de la otra mitad del grupo (grupo control) el hombre en cuestión no fue etiquetado. Las personas dentro del grupo experimental (donde se había etiquetado al hombre), lo clasificaron como significativamente menos limpio, más suave, más afeminado, más tenso, más complaciente, más impulsivo, menos rudo, más pasivo y más callado (Karr, 1978). Por tanto, etiquetar a una persona como homosexual sí ejerce una influencia sobre las percepciones que se tienen de dicha persona.

Pero la etiqueta de “homosexual” también puede funcionar como profecía autocumplida. Supóngase que un muchacho joven —tal vez porque es un poco afeminado, es malo en los deportes o por ninguna razón en absoluto— es llamado homosexual. Reacciona de manera fuerte y se torna más y más ansioso y preocupado acerca de su problema. Se percata intensamente de la más mínima tendencia homosexual en sí mismo. Por último, se convence a sí mismo de que es homosexual. Empieza a involucrarse en conductas homosexuales y se asocia con un grupo gay. En resumen, se ha creado un homosexual a través de una etiqueta.

Recuérdese que en el capítulo 2 discutimos la teoría sociológica de Ira Reiss acerca de la sexualidad humana. En su teoría, se dirigió a la cuestión de la

orientación sexual, centrándose principalmente en los varones gay. Reconociendo la necesidad de explicar las diferencias transculturales en los patrones sexuales, sostiene que las sociedades dominadas por los hombres y que tienen una mayor rigidez de roles de género son las que producen la mayor incidencia de homosexualidad. En tales sociedades existe un rígido rol masculino que se debe aprender y al que uno se debe conformar, pero los muchachos jóvenes tienen pocas oportunidades de aprenderlo precisamente porque los roles son rígidos, de modo que las mujeres se ocupan de los niños y los varones tienen poco contacto con ellos. Por lo anterior, es difícil aprender el componente heterosexual del rol masculino. Además, debido a que el rol masculino es rígido, habrá un cierto número de varones a quienes no les agrada y que rechazan el componente heterosexual. Los estudios transculturales sustentan sus observaciones (Reiss, 1986). Las sociedades que tienen una gran participación materna con los niños y una baja participación paterna con los mismos, y que además tienen roles de género rígidos son precisamente las que tienen la mayor incidencia de conductas sexuales con un mismo género en los varones.

Este patrón describe la vía negativa hacia la homosexualidad. Reiss discute que también existe una vía positiva. Existe en sociedades menos rígidas en cuanto a género que tienen una mayor permisividad hacia la sexualidad. En tales sociedades, los individuos sienten una mayor libertad de experimentar con conductas de un mismo género y pueden encontrarlas satisfactorias. Diversas tribus de indígenas estadounidenses en las que se reconocen tres roles de género proporcionan ejemplos de lo anterior (véase capítulo 14).

El balance final

Hemos examinado un número de teorías acerca de la orientación sexual y la evidencia que las sustenta o refuta. ¿Cuál es el balance final? ¿Cuál es la teoría correcta? La respuesta es que todavía no lo sabemos. No sabemos qué es lo que determina la orientación sexual. Diversas teorías cuentan con evidencias de peso que las sustentan, pero ninguna sola teoría explica todos los casos. Creemos que se puede aprender una buena lección a partir de esta conclusión un tanto frustrante.

En general, se ha asumido no sólo que las personas gay forman una categoría claramente definida (que, como ya hemos visto, no es del todo preciso), pero también que conforman una categoría homogénea, es decir, que todas las personas gay son similares. No es así. Es probable que existan muchas diferentes categorías o “tipos” de homosexuales. De hecho, un psicólogo que expresa esta idea ha sugerido que deberíamos hablar de *homosexualidades* no de *homosexualidad* (Bell, 1974; Bell y Weinberg, 1978). Si éste es el caso,

entonces no se podría esperar una sola causa para la homosexualidad, sino muchas causas diferentes, cada una correspondiendo a su tipo. Entonces, el siguiente paso en la investigación debería ser la identificación de los diferentes tipos de homosexualidad —sin mencionar los diferentes tipos de heterosexualidad— y los diferentes tipos de desarrollo que conducen a cada uno.

Diferencias entre varones gay y lesbianas

Aunque por lo común se agrupa a los varones gay y a las lesbianas dentro de una sola categoría y se les denomina homosexuales, la evidencia proveniente de un número de fuentes indica que existen diferencias importantes entre ambos grupos que van más allá del que un grupo sea de varones y el otro de mujeres.

Es más probable que las mujeres sean bisexuales, y menos probable que sean exclusivamente heterosexuales, que los varones. En el conjunto de datos de la NHLS, 4.1 por ciento de las mujeres y 3.9 por ciento de los varones indicaron que se sentían sexualmente atraídos tanto a mujeres como a hombres, pero sólo 0.3 por ciento de las mujeres y 2.4 por ciento de los varones se clasificaron como atraídos exclusivamente a miembros de su propio género (Rust, 2002).

Algunas de las teorías que se discutieron con anterioridad en el capítulo parecen funcionar para varones gay o para lesbianas, pero no para ambos. Por ejemplo, el efecto del orden de nacimiento se ha encontrado en repetidas ocasiones; en comparación con los varones heterosexuales, es más probable que los varones gay tengan un orden de nacimiento tardío y un exceso de hermanos mayores. Sin embargo, las lesbianas no tienen mayores o menores probabilidades de tener un orden de nacimiento tardío en comparación con mujeres heterosexuales (Blanchard, 1997; Bogaert, 2003). El efecto de la proporción de la longitud de los dedos 2D:4D se sostiene en el caso de comparaciones entre varones gay y varones buga, pero no en el caso de comparaciones entre lesbianas y mujeres heterosexuales (Lippa, 2003).

Es casi seguro que necesitaremos teorías separadas para explicar el desarrollo de la orientación sexual en mujeres y varones (Hyde y Jaffe, 2000).

Orientación sexual desde la perspectiva multicultural

Del mismo modo que las diferentes culturas alrededor del mundo sostienen diferentes puntos de vista acerca de la conducta sexual con el mismo género (véase Tema central 15.3), así las diversas minorías étnicas estadounidenses tienen diferentes definiciones culturales para las conductas con el mismo género.

En general, se piensa que existe una menor tolerancia hacia la homosexualidad dentro de la comunidad afroestadounidense (Greene, 2000; Icard, 1996). Una encuesta acerca de las actitudes de 2 006 empleados de gobierno confirmó este enfoque (Ernst *et al.*, 1991). En respuesta a la afirmación, “El SIDA ayudará a la sociedad al reducir el número de homosexuales (personas gay),” hubo una probabilidad significativamente mayor de que los afroestadounidenses estuviesen de acuerdo, es decir, que expresaran un punto de vista negativo hacia las personas gay. Las mujeres negras eran especialmente negativas hacia los homosexuales, en comparación con las mujeres blancas. Los investigadores sugirieron que las actitudes más negativas de las mujeres negras pueden deberse a la percepción que éstas tienen en cuanto a que la homosexualidad es una de muchas fuerzas que están drenando las reservas de varones negros casaderos disponibles (junto con una mayor tasa de mortandad prematura entre varones negros y mayores tasas de desempleo).

Sin embargo, no debemos hacer un énfasis excesivo en las diferencias étnicas. De acuerdo con un estudio a gran escala de varones gay y lesbianas afroestadounidenses, los respondientes típicamente tenían parejas similares en edad, educación e ingresos (Peplau *et al.*, 1997). Este patrón se ha encontrado en diversos estudios de varones gay, lesbianas y heterosexuales blancos (véase capítulo 13).

También es cierto que es más probable que los varones negros y latinos participen de manera extensa en conductas homosexuales al mismo tiempo que siguen considerándose heterosexuales (Peterson y Marin, 1988; Peterson *et al.*, 1992). Un número considerable de varones afroestadounidenses —no sabemos las estadísticas de manera precisa— tienen matrimonios heterosexuales y se presentan a sí mismos como heterosexuales ante el mundo, pero sostienen relaciones sexuales secretas con otros varones, una práctica denominada “*down low*” (Denizet-Lewis, 2003).

Un interesante ejemplo de estas diferentes definiciones culturales proviene de un estudio de varones mexicanos y mexicanoestadounidenses y su conducta sexual con el mismo género (Magaña y Carrier, 1991). En México existe una dicotomía de conductas sexuales con el mismo género que hace un paralelo con los roles de género tradicionales. Debido a que se parece más al coito pene-vagina, el coito anal es la conducta preferida y la felación se practica poco en términos relativos. Un varón adopta el rol ya sea de pareja receptiva o de pareja de inserción y lo representa de manera exclusiva. Aquellos que toman el rol receptivo son considerados poco varoniles, afeminados y homosexuales. Aquellos que toman el rol de inserción son considerados masculinos, no se les etiqueta como homosexuales y no se les estigmatiza. Este punto de vista difiere de manera sustancial de aquel de la cultura anglo, en donde los varones comúnmente cambian de rol y donde ambos se consideran gay.

Estas definiciones diferentes de la homosexualidad no se limitan a la cultura mexicana y mexicoestadounidense. Un investigador describió el ambiente en Egipto como sigue:

En Egipto, debido a que hay tan poco sentido de la homosexualidad como identidad, la posición que uno toma en la cama lo define todo. Entre hombres, el único sexo que contaba era el sexo anal. ...En las mentes de la mayoría de los egipcios, “gay”, si es que significaba algo, quería decir tomar la posición receptiva en el sexo anal. Por otra parte, la persona que tomaba el rol de inserción —y eso parecía incluir a casi todos los varones egipcios según lo que me contaron mis amistades— no se considera gay. ...Muchos de los insultos en lenguaje arábico tienen que ver con la penetración anal por parte de otro hombre. (Miller, 1992, p. 76)

En cuanto al lesbianismo, las latinas experimentan conflictos a causa de las complejidades del origen étnico y la orientación sexual (Espin, 1987; Gonzalez y Espin, 1996). Aunque en las culturas latinas la cercanía emocional y física entre mujeres se considera acepta-

ble y deseable, las actitudes hacia el lesbianismo son aún más restrictivas que en la cultura anglo. El énfasis especial que se coloca en la familia —definida como madre, padre, hijos y abuelos— dentro de la cultura latina hace que las lesbianas sean más ajenas. Como resultado, es frecuente que las lesbianas latinas se vuelvan parte de la comunidad lesbiana anglo mientras que permanecen dentro del clóset frente a sus familias y entre latinos, creándoles una dificultad de elección entre ambas identidades. Como lo indicó una mujer cubana en su respuesta a un cuestionario, “Me identifico como lesbiana de manera más intensa que como cubana/latina. Pero ésta es una pregunta muy dolorosa porque siento que soy ambas cosas, y no quiero tener que elegir” (Espin, 1987, p. 47).

Entre los estadounidenses chinos, existen dos características de la cultura asiaticoestadounidense que moldean las actitudes hacia la homosexualidad y su expresión: (1) una fuerte distinción entre lo que se puede expresar de manera pública y lo que se debe mantener en privado, y (2) la colocación de un mayor

Figura 15.8 Origen étnico y orientación sexual. Entre las mujeres latinas, la calidez y la cercanía física son muy aceptables, pero existen poderosos tabúes contra las relaciones sexuales mujer-mujer.



Tema central 15.3

Homosexualidad ritualizada en Melanesia

Melanesia es un área del sureste del Pacífico que incluye las islas de Nueva Guinea y de Fiji, así como muchas otras. Las investigaciones antropológicas acerca de la conducta homosexual en esas culturas nos proporcionan muchas oportunidades para observar las maneras en que las conductas sexuales son producto de los guiones de una cultura. Estas investigaciones se basan en la teoría sociológica y antropológica (véase el capítulo 2). Como tal, el análisis se centra en las normas de la sociedad y en el significado simbólico que se adjunta a las conductas sexuales.

Entre los melanesios, la conducta homosexual tiene un significado simbólico muy diferente al que tiene en las culturas occidentales. Allí, se considera como natural, normal e, incluso, necesaria. De hecho, la cultura *prescribe* la conducta, en contraste con las culturas occidentales, en donde se *prohíbe* o *proscribe*.

Los sociólogos y antropólogos creen que la mayoría de las culturas se organizan en cuanto a las dimensiones de clase social, raza, género y edad. Entre los melanesios, la edad es la que organiza la conducta homosexual. No debe ocurrir entre dos varones de la misma edad. En lugar de esto, sucede entre un adolescente y un preadolescente, o entre un adulto y un muchacho púber. El miembro de mayor edad siempre es quien penetra en los actos de coito anal y el menor es el receptor.

La conducta homosexual ritualizada sirve a diversos propósitos sociales dentro de estas culturas. Se considera el medio por el cual un muchacho en la pubertad se incorpora a la sociedad adulta de varones. También se piensa que alienta el crecimiento del muchacho, de modo que ayuda a “finalizar” su crecimiento en la pubertad. En estas sociedades, se considera que el semen es un artículo escaso y valioso. Por lo tanto, las conductas homosexuales se consideran como útiles y honorables, como medio de transferir fortaleza a muchachos y niños jóvenes. Como observó un antropólogo,

El semen también es necesario para que los muchachos alcancen su crecimiento óptimo como hombres... Necesitan un refuerzo, por decirlo de alguna manera. Cuando un muchacho tiene once o doce años de edad, sostiene relaciones homosexuales durante varios meses con un hombre mayor sano elegido por

Figura 15.9 El antropólogo Gil Herdt estudió la homosexualidad ritualizada en Melanesia (San Francisco State University).



su padre. (Éste hombre siempre es un cuñado o una persona que no sea parte de la familia, ya que las mismas ideas de relaciones incestuosas se aplican a niños pequeños y a mujeres casaderas.) Los varones destacan el rápido crecimiento de los jóvenes adolescentes, la aparición de barbas de vello fino, y demás, como los resultados favorables de esta práctica de crianza infantil. (Schieffelin, 1976, p. 124)

En todos los casos, se espera que estos varones se casen y tengan hijos a futuro. Esto señala el contraste entre identidad sexual y conducta sexual. Las conductas sexuales son lo que de seguro se denominaría *homosexual*, pero estas culturas están tan estructuradas que los muchachos y hombres que participan en conductas homosexuales no conforman una identidad homosexual.

Las conductas homosexuales ritualizadas están declinando a medida que estas culturas se ven colonizadas por occidentales. Es afortunado que los antropólogos pudieran hacer sus observaciones en las últimas décadas a fin de documentar estas interesantes y significativas prácticas antes de que desaparezcan.

Fuente: Herdt (1984).

valor sobre la lealtad hacia la propia familia y hacia el desempeño de roles familiares que sobre la expresión de los deseos propios (Chan, 1995). La sexualidad es algo que se debe expresar en privado, no de manera pública. Y el tener una identidad, mucho menos una identidad sexual o un estilo de vida gay, alejada de la propia familia es algo casi incomprensible para los estadounidenses chinos tradicionales. Como resultado de lo anterior, parecería que una proporción relativamente pequeña de individuos LGB estadounidenses chinos se encuentran “fuera” en comparación con los no asiáticos. Tiende a haber una mayor aculturación entre los LGB estadounidenses chinos que están fuera, es decir, están más influidos por la cultura estadounidense. Hacen eco de los sentimientos expresados por la lesbiana latina que acabamos de mencionar, diciendo que preferirían no tener que elegir entre su identidad étnica y su identidad sexual, pero que cuando se les fuerza a hacer la elección se sienten más atados a la parte LGB de sus identidades (Chan, 1995; Liu y Chan, 1996).

En suma, cuando consideramos la orientación sexual desde una perspectiva multicultural, surgen dos puntos principales: (1) La definición misma de la homosexualidad se ve determinada por la cultura. En Estados Unidos, diríamos que un varón que en el coito anal con otro varón es el que penetra está participando en conductas homosexuales, pero otras culturas (tales como las de México y Egipto) no estarían de acuerdo. (2) Algunos grupos étnicos desaprueban la homosexualidad aún más que los estadounidenses blancos. En esos casos, las personas LGB experimentan conflictos entre su identidad sexual y su lealtad hacia su grupo étnico.

Bisexualidad

Ahí les va una adivinanza: ¿Qué se parece a un puente que toca ambas riberas, pero que no se toca al centro? La respuesta: las investigaciones y teorías acerca de la orientación sexual. El punto es que los científicos, así como los legos, se centran en los heterosexuales y homosexuales, ignorando a todos los bisexuales que se encuentran en el centro.

Una persona bisexual es aquella cuya orientación sexual se dirige tanto hacia mujeres como hacia varones, es decir, hacia los miembros de su propio género, así como hacia miembros del género opuesto. Un término de caló es “bicicleta” (por la similitud de sonidos).

La bisexualidad no es inusual; de hecho, es más común que la homosexualidad exclusiva (si se define al *bisexual* como una persona que ha tenido al menos una experiencia sexual con un varón y al menos una con una mujer). Antes en el presente capítulo, vimos que cerca del 4 por ciento de varones y mujeres han tenido

parejas tanto masculinas como femeninas desde los 18 años de edad. Cerca del 1 por ciento de varones y 0.5 por ciento de mujeres afirman tener una identidad bisexual (Laumann *et al.*, 1994), aunque es probable que exista cierto ocultamiento en los informes.

Los proponentes de la bisexualidad argumentan que tiene ciertas poderosas ventajas. Permite una mayor variedad en las propias relaciones sexuales humanas que la heterosexualidad u homosexualidad exclusivas. La persona bisexual no descarta posibilidad alguna y está abierta a la más amplia variedad de experiencias.

Por otra parte, la comunidad gay puede tener ciertas sospechas o, incluso, hostilidad abierta hacia los bisexuales (Rust, 2002). Las lesbianas radicales se refieren a las mujeres bisexuales como “veletas,” diciendo que traicionan a la causa lésbica porque pueden ser bugas o lesbianas según les convenga. El término LUG (*lesbians until graduation* [lesbianas hasta que se gradúan]) se utiliza para aquellas mujeres que viven un estilo de vida lésbico en la universidad, cuando les es fácil, y que después reierten a la heterosexualidad conveniente. Incluso, algunas personas gay argumentan que no hay tal cosa como un bisexual verdadero (Rust, 2002). También los heterosexuales pueden estar bastante prejuiciados en contra de los bisexuales (Herek, 2002).

Identidad sexual y conducta sexual

Examinar el fenómeno de la bisexualidad iluminará diversos puntos teóricos y proporcionará cierta comprensión de la homosexualidad y la heterosexualidad. Sin embargo, primero se deben aclarar diversos conceptos. Ya se ha hecho la distinción entre sexo (conducta sexual) y género (ser varón o mujer), y entre identidad de género (el sentido psicológico de masculinidad o feminidad) y orientación sexual (heterosexual, homosexual y bisexual). A esto, se debería añadir el concepto de **identidad sexual**; esto se refiere a la denominación o identificación propias como heterosexual, homosexual o bisexual.

Pueden existir contradicciones entre la identidad sexual de la persona (que es subjetiva) y su elección real de parejas sexuales desde una perspectiva objetiva (Weinberg *et al.*, 2001). Por ejemplo, una mujer se puede identificar a sí misma como lesbiana y aún así sostener relaciones sexuales ocasionales con varones. De manera objetiva, su elección de parejas sexuales es bisexual, pero su identidad es lésbica. Las personas que se consideran heterosexuales pero que participan en sexo heterosexual y homosexual son más comunes. Un buen ejemplo de esto es el trato de salón de té que se discutió con anterioridad; los exitosos hombres con matrimonios heterosexuales vestidos de traje que ocasionalmente se detienen en baños públicos y piden que

Identidad sexual: identidad propia como homosexual, heterosexual o bisexual.

Tema central 15.4

Tendencias bisexuales

Soy una lesbiana con tendencias bisexuales. Me encuentro admitiendo que soy bisexual y después diciendo rápidamente, “Pero estoy involucrada con una mujer.” Mis breves experiencias de identificación como bisexual soltera y disponible fueron emocionantes, pero difíciles. En ese tiempo me estaba citando con una lesbiana que decidió dejar de verme en parte porque le desagradaba “esa onda bisexual”. De igual manera, no creo que el hombre al que empecé a ver un corto tiempo después no haya pensado que iba a terminar dejándolo por una mujer. Las dos personas también creían que ser bisexual quería decir que no era monógama. No en mi caso. Un amante es lo más con lo que puedo lidiar.

En los años finales de mi adolescencia y al principio de mis veintes, era frecuente que estuviera en un grupo de hombres, uno de los cuales era mi amante, discutiendo acerca del feminismo. Yo quería una relación de pareja entre iguales y simplemente nunca pensé que podría ser el igual de un hombre ante los ojos del mundo.

Me empecé a identificar como lesbiana en Ann Arbor al final de los setentas. Quería estar rodeada de mujeres que tuvieran el mismo interés en el feminismo y en la política que el mío. Salir del clóset fue como caerme de espaldas sobre un almohadón. Después de varios años y de un número de relaciones con mujeres, empecé a admitir que no sólo me interesaban el feminismo y la política, sino que tenía —y tengo— fuertes sentimientos sexuales hacia las mujeres.

A la larga admití que todavía sentía atracción hacia los hombres y tuve varios coqueteos. Cuando empecé a salir con un hombre otra vez, después de ocho años de relaciones amorosas con mujeres, me encontré con algunas sorpresas. Aprecié el nivel de comprensión acerca de asuntos feministas que ahora encontraba en algunos hombres.

Después, estuvieron las reacciones de mis amigas. Una dijo que no había problema si yo quería verme con el tipo con el que estaba saliendo, pero que nunca querría que saliéramos todos juntos. Esto me fue más que familiar, después de haberme enfrentado al dolor de que no se aceptaran mis relaciones con mujeres de parte de mi familia y mis compañeros de trabajo. La mayoría de mis amigas lesbianas me dieron su apoyo, aunque algunas parecían preocupadas. Otras me revelaron que ellas también se habían sentido atraídas hacia los hombres y parecían derivar cierto placer vicario de observar mi progreso.

Por lo menos dos cenas por lo demás agradables se vieron arruinadas por mis comentarios casuales acerca de mis tendencias bisexuales. Las saqué a colación sin imaginar el infierno de reacciones que produce la palabra bi. Una abogada lesbiana discutió de manera bastante convincente que no tengo derecho alguno de llamarme lesbiana si en alguna ocasión he tenido relaciones sexuales con hombres. Ya a una distancia más segura, no tengo tanta certeza. Creo que “lesbiana con tendencias bisexuales” es bastante descriptivo.

Después de todo, el sexo es algo que se debe contener. El sexo desata todos los paquetes ordenados que usamos para detenernos —y para tratar de detenernos los unos a los otros— de caernos de las orillas del cosmos. Nuestras identidades sexuales nos dicen cómo vivir. Pero necesito recordar que yo puedo definir mi propia identidad sexual. Derivo valor de algunos de los activistas bisexuales que veo a mi alrededor. Como feminista, quiero ver más alternativas viables para las mujeres. Cuando reconocí mi atracción hacia mujeres y hombres, el mundo aumentó de tamaño exponencialmente. Es un mundo muy, muy grande, lleno de personas interesantes y atractivas.

Fuente: Yost (1991).

otro varón les haga una felación. De nuevo, la conducta es objetivamente bisexual, en contradicción a su identidad heterosexual. Otro ejemplo es el grupo de mujeres que tienen identidades bisexuales pero que sólo han experimentado el sexo heterosexual. Estas mujeres, con frecuencia debido a creencias feministas, afirman su bisexualidad como un ideal al que pueden aspirar a futuro. De nuevo, la identidad contradice a la conducta.

Existe la tendencia a estereotipar a las personas bisexuales como no monógamas (Spalding y Peplau, 1997). Así también, algunas de las personas que tienen una identidad bisexual creen que deben sostener relaciones sexuales frecuentes tanto con mujeres como con hombres (Weinberg *et al.*, 1994). Si usted ha estado dentro de un matrimonio heterosexual monógamo durante los últimos cinco años, ¿cómo puede conside-

rarse bisexual? Por tanto, la monogamia es una cuestión importante para los bisexuales.

Algunos bisexuales se encuentran en matrimonios heterosexuales. Un estudio examinó 26 parejas casadas en que el marido era bisexual (Wolf, 1985; véase también Matteson, 1985). En promedio, las parejas habían estado casadas durante 13 años, y se había dado una revelación abierta de la homosexualidad del varón durante un promedio de 5.5 años. En términos generales, los matrimonios eran felices. Cuando se les pidió que valoraran la calidad de su matrimonio, 42 por ciento de los varones y 32 por ciento de las mujeres dijeron que era excepcional. La mayoría tanto de esposos como de esposas dijeron que habían permanecido dentro del matrimonio porque valoraban la amistad de su cónyuge. Aún así, había ciertos conflictos, como en cualquier matrimonio. La confianza era un asunto importante. Una mujer dijo, "Tengo más sospechas y me siento más celosa en ocasiones porque me mintió en el pasado" (p. 142). No obstante, otros indicaron que su confianza se había profundizado. Un factor que parecía relacionarse más con la adaptación positiva de estos matrimonios era la comunicación. Las parejas que expresaban la mayor cantidad de satisfacción eran las que tenían las mayores probabilidades de contar con un estilo muy abierto de comunicación y de haberse comunicado acerca de la homosexualidad temprano en el matrimonio o desde el principio del mismo. En la era del SIDA, se puede adjudicar un significado diferente a la bisexualidad de un esposo; ahora ya no sólo es un patrón sexual alternativo, sino también un patrón potencialmente peligroso que podría infectar a la esposa con VIH.

Desarrollo bisexual

Los datos disponibles acerca del desarrollo bisexual sugieren diversos puntos importantes (véase Tema central 15.4, acerca de una mujer bisexual). En general, los varones y mujeres bisexuales comienzan a concebirse como tales al inicio o mediado de su segunda década de vida (Fox, 1995; Weinberg, 1994). Sin embargo, existen ciertas diferencias de género en la secuencia de las conductas. De manera típica, las mujeres bisexuales experimentan sus primeras atracciones y experiencias sexuales heterosexuales antes de tener las primeras experiencias homosexuales. En contraste, los varones bisexuales están en mayores probabilidades de tener experiencias homosexuales en primer lugar, seguidas de experiencias heterosexuales. El momento y flexibilidad de estas secuencias indica la importancia de las experiencias de ocurrencia tardía en el moldeamiento de la propia conducta e identidad sexual. Como ya hemos visto en el presente capítulo, la mayoría de las teorías e investigaciones descansan sobre la suposición de que la homosexualidad se ve determinada por con-

diciones que se presentan en la infancia o por factores prenatales o genéticos. Sin embargo, algunas personas tienen sus primeras experiencias heterosexuales y homosexuales hasta su segunda década de vida. Es difícil creer que estas conductas se vieron determinadas por alguna condición patológica a los 5 años de edad.

La **homosexualidad por privación**, u homosexualidad situacional, también es un buen ejemplo de la influencia de las experiencias de ocurrencia tardía. Un varón puede participar de conductas homosexuales mientras se encuentra en la prisión, pero regresar a la heterosexualidad después de su liberación. De nuevo, parecería más probable que la conducta homosexual del varón se haya visto determinada por sus circunstancias (estar en prisión) que por algún problema con su complejo de Edipo 20 años antes.

A diferencia de la identidad de género, que parece fijarse en los años preescolares, la identidad sexual sigue evolucionando hasta la adultez en el caso de algunas personas (Diamond, 2003). Esto contradice las afirmaciones de algunos científicos en cuanto a que la orientación sexual se determina antes de la adolescencia (Bell *et al.*, 1981). Nuestra opinión es que el momento en que se determina la orientación sexual aún está por decidirse. Para algunas personas, es posible que se determine por factores genéticos o por experiencias vitales tempranas, pero para otras es posible que se determine en la adultez.

Segundo, se plantea la interrogante en cuanto a si la heterosexualidad realmente es el estado "natural". El patrón de algunas teorías ha sido tratar de descubrir las condiciones patológicas que ocasionan la homosexualidad (por ejemplo, un padre que es modelo de rol inadecuado o una madre homoseductora): todo basado en la suposición de que la heterosexualidad es el estado natural y que la homosexualidad debe ser explicada como desviación a partir del mismo. Como hemos visto, este abordaje ha fracasado; parece haber una multitud de causantes para la homosexualidad, del mismo modo que puede haber causantes múltiples de la heterosexualidad. La alternativa importante a considerar es que la bisexualidad sea el estado natural, un punto que reconocieron Freud, los teóricos del aprendizaje y los teóricos sociológicos (Weinberg *et al.*, 1994). Así pues, el presente capítulo terminará con algunas preguntas. Psicológicamente la pregunta real se debería ocupar no de las condiciones que conducen a la homosexualidad, sino más bien de las causas de la homosexualidad o heterosexualidad exclusivas. ¿Por qué eliminar a ciertas personas como parejas sexuales potenciales sencillamente con base en su género? ¿Por qué no todos somos bisexuales?

Homosexualidad por privación: actividad homosexual que ocurre en ciertas situaciones, como prisiones, cuando a las personas se les priva de su actividad heterosexual regular.

RESUMEN

La orientación sexual se define como la atracción erótica y emocional de la persona hacia los miembros de su propio género, hacia los miembros del género opuesto, o ambas.

La mayoría de los estadounidenses creen que la homosexualidad es incorrecta. Esta creencia es la base para gran parte del prejuicio antigay. En algunos casos, este prejuicio es tan fuerte que ocasiona crímenes de odio y hostigamiento dirigidos a varones gay y lesbianas.

Existen comunidades lésbicas, gay y bisexuales alrededor del mundo. Estas comunidades se definen por una cultura y vida social en común y por rituales tales como marchas de orgullo.

En las encuestas, la mayoría de varones gay y lesbianas informan que se encuentran en una relación romántica establecida. Dentro de dichas relaciones, los miembros de la pareja deben encontrar un equilibrio en cuanto a las dimensiones de vinculación, autonomía y equidad. Aunque se han expresado preocupaciones acerca de la orientación sexual y bienestar de los niños que crecen en familias lésbicas y gay, estas preocupaciones no tienen fundamento alguno, de acuerdo con los estudios disponibles.

Las encuestas más recientes con muestreos adecuados (cuando se corrigen en cuanto a deficiencias de información) indican que cerca del 92 por ciento de los varones y 95 por ciento de las mujeres son exclusivamente heterosexuales. Cerca del 7 al 8 por ciento de los varones y del 4 al 5 por ciento de las mujeres tienen al menos una experiencia con su mismo género durante la adultez, y aproximadamente el 2 por ciento de los varones y del 1 por ciento de las mujeres son exclusivamente homosexuales. Kinsey creó una escala que va de 0 (exclusivamente heterosexual) a 6 (exclusivamente homosexual) para medir la diversidad de experiencias.

Las investigaciones bien conducidas indican que la homosexualidad en sí no es señal de una inadecuada adaptación. Las investigaciones sí muestrean tasas algo elevadas de depresión y suicidio entre personas LGB, que casi con toda seguridad se deben a la exposición al prejuicio y a los crímenes de odio. Aunque ciertos grupos informan de haber tenido éxito con terapias de reparación para cambiar la orientación sexual de individuos LGB, no existe evidencia científica alguna de que la orientación sexual propia se pueda cambiar,

y existen muchas indicaciones de que estas terapias son psicológicamente dañinas. La mayoría de los terapeutas creen que es extremadamente difícil cambiar la orientación sexual de una persona.

En cuanto a las causas de la orientación sexual, las explicaciones incluyen desequilibrios hormonales, factores prenatales, factores cerebrales y factores genéticos. Los datos sustentan a la explicación genética de cierta manera y existe nueva evidencia a favor de los factores prenatales. De acuerdo al enfoque psicoanalítico, la homosexualidad es el resultado de la fijación a una etapa inmadura del desarrollo y de un persistente complejo de Edipo negativo. Los teóricos del aprendizaje enfatizan que los impulsos sexuales son indiferenciados y que se canalizan, a través de la experiencia, hacia la heterosexualidad o hacia la homosexualidad. La teoría interaccionista de Bem propone que la homosexualidad es el resultado de la influencia de factores biológicos sobre el temperamento que, a su vez, influye en si la cría juega con niños o niñas; el género menos conocido (exótico) se asocia con la excitación sexual. Los sociólogos enfatizan la importancia de los roles y de la etiquetación en la comprensión de la homosexualidad. También señalan que las sociedades rígidas en cuanto a género y dominadas por los hombres tienen una mayor probabilidad de producir una elevada incidencia de varones gay. Los datos disponibles no señalan a ningún factor único como causa de la homosexualidad, sino más bien sugieren que es posible que existan muchos diferentes tipos de homosexualidad (homosexualidades) con una multiplicidad correspondiente de causas.

Los varones gay y las lesbianas difieren en algunas formas importantes. Es más probable que las mujeres sean bisexuales y las teorías que son efectivas en explicar la orientación sexual de los varones no encuentran sustentación en el caso de las mujeres.

Los diferentes grupos étnicos en Estados Unidos, así como diferentes culturas al rededor del mundo, tienen diferentes puntos de vista acerca de las conductas sexuales con el mismo género.

Tanto los investigadores como el público en general han pasado por alto a la bisexualidad. La identidad sexual de una persona puede no corresponder a su conducta real. Es posible que la bisexualidad sea más "natural" que la heterosexualidad exclusiva o que la homosexualidad exclusiva.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Haga un debate en cuanto al siguiente tema. Decisión: No se debería discriminar en contra de los homosexuales en el empleo, lo que incluye ciertas ocupaciones como enseñanza de educación media y media superior.
2. ¿Siente usted que es homofóbico o siente que sus actitudes hacia las personas gay son positivas? ¿Por qué cree usted que sus actitudes son las que son? ¿Está usted satisfecho con sus actitudes o desea cambiarlas?

3. ¿Además de prohibir la discriminación basada en raza y sexo, su universidad también prohíbe la discriminación basada en la orientación sexual? ¿Cree usted que debería hacerlo?
4. Imagínese que usted es un varón gay empleado a nivel gerencial en una agencia de publicidad en Minneapolis. Usted y su pareja han estado juntos

durante 11 años y pretenden seguir juntos. Cada vez se vuelve más difícil que usted finja que no tiene pareja y que es buga cuando va a fiestas para el personal de la empresa o cuando la gente le pregunta cómo le fue en su fin de semana. ¿Debería usted salir del clóset con sus colegas en el trabajo? ¿Por qué debería o no hacerlo?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Besen, Wayne R. (2003). *Anything but straight: Unmasking the scandals and lies behind the ex-gay myth*. Binghamton, NY: Harrington Park Press. Besen, un periodista, condujo un reportaje de investigación acerca de las terapias de conversión para gays que llevan a cabo los grupos religiosos de ultraderecha.

Herek, Gregory M., Kimmel, Douglas C., Amaro, Hortensia y Melton, Gary B. (1991). Avoiding heterosexist bias in psychological research. *American Psychologist*, 46, 957-963. Este estimulante artículo acerca de la metodología en investigación señala las maneras en que el prejuicio heterosexista puede entrar en una investigación y sugiere maneras de evitarlo.

LeVay, Simon. (1996). *Queer Science: The use and abuse of research into homosexuality*. Cambridge, MA: MIT Press. El neurocientífico Simon LeVay, cuya investigación se discute en el presente capítulo, ha recopilado un texto amplio relacionado con la investigación científica acerca de la homosexualidad y se centra de manera específica en las causas de la orientación sexual.

Miller, Neil. (1992). *Out in the world: Gay and lesbian life from Buenos Aires to Bangkok*. Nueva York: Random House. El autor viajó alrededor del mundo, observando comunidades gay y lésbicas. Sus narraciones son fascinantes.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.sappho.com>

Arte, cultura y aprendizaje para mujeres orientadas a mujeres.

<http://www.biresource.org>

Bisexual Resources Center acceso a las publicaciones del centro y a otros recursos.

http://www.homepage.mac.com/dbem/ebe_theory.html

Teoría EBE (exótico se vuelve erótico), la obra original de Daryl Bem.

<http://www.religioustolerance.org/homosexu.htm>

Religious Tolerance.org; discusión acerca del cristianismo y de la orientación sexual.

<http://www.pflag.org>

Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays.

http://www.lesbian.com/womynofcolor/woc_intro.html

Directorio de recursos para mujeres de color.

<http://www.nglftf.org>

National Gay and Lesbian Task Force (Fuerza de Tarea Gay y Lésbica Nacional); acceso a las historias periodísticas más recientes.

C A P Í T U L O

16

Variaciones en la conducta sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

¿Cuándo es anormal la conducta sexual?

Definición de anormalidad

Continuo de normalidad-anormalidad

Fetichismo

Fetiches de medios y fetiches de forma

¿Por qué las personas se vuelven fetichistas?

Travestismo

Sadismo y masoquismo

Definiciones

Conducta sadomasoquista

Causas del sadomasoquismo

Ataduras y disciplina

Dominio y sumisión

Voyerismo

Exhibicionismo

Hipersexualidad

Asfixiofilia

Uso y abuso del cibersexo

Otras variaciones sexuales

Prevención de las variaciones sexuales

Tratamiento de las variaciones sexuales

Tratamientos médicos

Terapias cognitivo-conductuales

Entrenamiento en habilidades

Programas de 12 pasos tipo AA

¿Qué funciona?

Algunos hombres aman a las mujeres, algunos aman a otros hombres, algunos aman a los perros y caballos y ocasionalmente encuentras a uno que ama a su impermeable.*

*Max Schulman. *I was a teen-age dwarf* (Yo fui un enano adolescente).

La mayoría de los legos, al igual que la mayoría de los científicos, tienen una tendencia a clasificar el comportamiento como normal o anormal. Parece haber una tendencia particular a hacer esto con respecto a la conducta sexual. Muchos términos se utilizan para el comportamiento sexual anormal, incluyendo *desviación sexual, perversión, varianza sexual y parafilias*. En este capítulo se utilizará el término variaciones sexuales porque es el que se favorece actualmente en los círculos científicos.

En el capítulo 15 discutimos que la homosexualidad en sí no es una forma anormal de conducta sexual. Este capítulo tratará acerca de algunos comportamientos que más personas podrían considerar anormales, de modo que parece aconsejable considerar en este punto exactamente cuándo es una conducta sexual es anormal.

¿Cuándo es anormal la conducta sexual?

Definición de anormalidad

Como vimos en el capítulo 1, el comportamiento sexual varía en gran medida de una cultura a otra. Existen variaciones correspondientes entre culturas en cuanto a lo que se considera como comportamiento sexual anormal. Dada esta enorme variabilidad, ¿cómo se puede establecer un conjunto razonable de criterios para aquello que es anormal? Quizá sea mejor comenzar considerando la manera en que otras personas han definido como conducta sexual anormal.

Un enfoque ha sido utilizar una *definición estadística*. Según este enfoque, una conducta sexual anormal es aquella que es poco común o que no practican muchas personas. Por ende, con base en tal definición, pararse de manos mientras se realiza el coito se consideraría anormal porque se hace rara vez, aunque no parece muy anormal en otros sentidos. Por desgracia, esta definición no nos da mucho discernimiento acerca del funcionamiento psicológico o social de la persona que realiza la conducta.

En el *enfoque sociológico*, el problema de la dependencia en la cultura se reconoce de manera explícita. Un sociólogo podría definir al comportamiento sexual desviado como una conducta sexual que viola las normas de la sociedad. Por tanto, si una sociedad dice que una conducta sexual particular es desviada,

entonces lo es (cuando menos en esa sociedad). Este enfoque reconoce la importancia de la interacción del individuo con la sociedad y de los problemas que deben enfrentar las personas si su comportamiento es etiquetado como “desviado” en la cultura en la que viven.

Arnold Buss enunció un *enfoque psicológico* en su texto intitulado *Psychopathology* (1966). Este autor dice, “los tres criterios de anormalidad son incomodidad, ineficacia y rareza”. El último de estos criterios, la rareza, tiene el problema de estar definido en términos culturales; lo que parece raro en una cultura puede parecer normal en otra. Sin embargo, los primeros dos criterios son buenos en cuanto a que se enfocan en la incomodidad e infelicidad percibidas por la persona que tiene un patrón verdaderamente anormal de conducta sexual y también en la ineficacia. Por ejemplo, un dependiente varón de un supermercado de Minneapolis tenía relaciones sexuales con clientas dispuestas, en los automóviles de éstas, en varias ocasiones durante el día. Esta conducta aparentemente compulsiva condujo a su despido. Éste es un ejemplo de funcionamiento ineficiente, un comportamiento que razonablemente se puede considerar anormal.

El *enfoque médico* se ejemplifica por las definiciones incluidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM-IV-TR*) (American Psychiatric Association, 2000). Éste reconoce ocho parafilias: fetichismo, fetichismo travestista, sadismo sexual, masoquismo sexual, voyerismo, frotteurismo, exhibicionismo y pedofilia. La definición general de **parafilia** es:

Parafilia: conducta sexual recurrente y poco convencional que es obsesiva y compulsiva.

fantasías, impulsos sexuales o comportamientos que implican objetos no humanos (fetichismo, fetichismo travestista), sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja (sadismo sexual, masoquismo sexual), niños (pedofilia) u otra persona que no otorga su consentimiento (voyerismo, frotteurismo, exhibicionismo). (*DSM-IV-TR*, p. 566)

Para cada uno de los trastornos específicos se enuncian criterios diagnósticos adicionales; en general éstos incluyen: (a) fantasías, impulsos o conductas que han ocurrido a lo largo de un periodo de cuando menos seis meses y (b) causan “angustia o deterioro clínicamente significativos en las áreas social y ocupacional, o en otras áreas importantes de funcionamiento”. Estas definiciones han tenido mucha influencia y se utilizan en muchas situaciones para determinar quién recibe tratamiento y si los seguros médicos cubrirán el costo del mismo.

En este capítulo, analizaremos siete parafilias, excepto la pedofilia, el abuso sexual de niños, que se discutirá en el capítulo 17. También trataremos otras conductas sexuales atípicas, incluyendo la hipersexualidad, la asfioxifilia, el cibersexo compulsivo y la zoofilia.

Continuo de normalidad-anormalidad

Cada uno de los enfoques antes descritos proporciona criterios que intentan distinguir lo normal de lo anormal. Aunque tales distinciones pueden hacerse en teoría, a menudo son difíciles de hacer en la realidad. Por ejemplo, con frecuencia la lencería es sexualmente excitante tanto para hombres como para mujeres. Para una mujer que lleva puesto un sostén escotado y tanga de seda, la sensación sensual del material contra su piel puede ser excitante; para un hombre podría serlo el hecho de ver a la mujer vistiendo lencería. Al mismo tiempo, la lencería es un objeto común como fetiche sexual. Es decir, la conducta sexual normal y la conducta sexual anormal —como otros comportamientos normales y anormales— no son dos categorías independientes sino, más bien, graduaciones en un continuo. Muchas personas tienen fetiches leves, por ejemplo cuando consideran como excitantes cosas tales como la ropa interior de seda, y eso se encuentra dentro del rango de conducta normal; sólo cuando el fetiche se vuelve extremo, es anormal. De hecho, en una muestra de hombres universitarios, 42 por ciento informaron que habían realizado voyerismo y 35 por ciento habían realizado *frotteurismo* (frotarse sexualmente contra una mujer en una multitud) (Templeman y Stinnett, 1991). Por desgracia, los investigadores no indagaron acerca de los fetiches. Pero la cuestión es que muchas de estas conductas son comunes incluso en poblaciones normales.

Fetichismo: fijación sexual de una persona en algún otro objeto que no es otro ser humano y vinculación de gran importancia erótica hacia ese objeto.

Fetiche de medios: un fetiche cuyo objeto es cualquier cosa hecha con una sustancia particular, como la piel.

Este continuo de comportamiento normal a anormal podría ser conceptualizado utilizando el esquema que se muestra en la figura 16.1. Una leve preferencia, o incluso una fuerte preferencia, por un objeto fetiche (digamos, las pantaletas de seda) se encuentran dentro del rango normal de conducta sexual.

Cuando las pantaletas de seda se vuelven una necesidad —cuando el hombre no puede excitarse y tener

coito a menos que estén presentes— hemos cruzado el límite hacia la conducta anormal. Cuando el hombre se obsesiona con las pantaletas de seda blanca y las roba cuando tiene oportunidad, para tenerlas disponibles siempre, el fetiche se ha vuelto una parafilia. En las formas extremas, las pantaletas de seda pueden volverse un sustituto de una pareja humana y la conducta sexual del hombre consiste en masturbarse en presencia de las pantaletas de seda. En estas formas extremas, es posible que el hombre cometa un robo o inclusive un asalto para obtener el objeto fetiche deseado, lo cual seguramente encajaría en nuestra definición de comportamiento sexual anormal.

El continuo de la normalidad a la anormalidad en la conducta es válido para muchas de las variaciones sexuales que se discuten en este capítulo, como el voyerismo, el exhibicionismo y el sadismo.

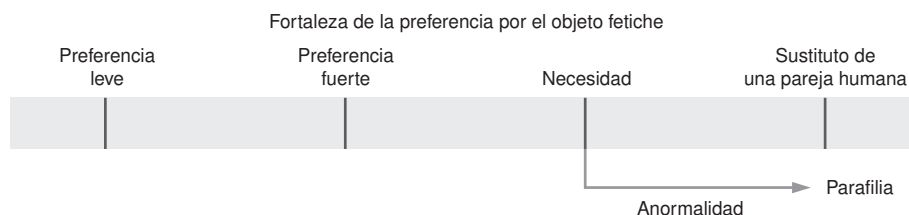
Fetichismo

El **fetichismo** se caracteriza por fantasías, impulsos o conductas sexuales que implican el uso de objetos inanimados para producir o mejorar la excitación sexual en ausencia de una pareja, durante un periodo de cuando menos seis meses y que provoca angustia importante. En los casos extremos, la persona es incapaz de excitarse y tener un orgasmo a menos que esté presente el objeto fetiche. Típicamente, el fetiche es algo estrechamente asociado con el cuerpo, como la ropa. Los fetiches que son objetos inanimados pueden dividirse aproximadamente en dos subcategorías: fetiches de medios y fetiches de forma.

Fetiches de medios y fetiches de forma

En un **fetiche de medios**, el material del que está fabricado el objeto es la fuente de la excitación. Un ejemplo sería un fetiche de cuero, en el que cualquier artículo de cuero es excitante para la persona. Los fetiches de medio pueden subdividirse en fetiches de medios rígidos y fetiches de medios suaves. En un fetiche rígido, el fetiche es de una sustancia dura, como cuero o goma. A menudo, los fetiches rígidos pueden asociarse con el sadomasoquismo (que se discute después en este capítulo). En un fetiche de medios suave, la sustancia es suave, como piel o seda.

Figura 16.1 Continuo de conducta normal a anormal en el caso de los fetiches.



Tema central 16.1

Una historia de caso de un fetichista de zapatos

La siguiente historia de caso se tomó directamente del libro *Psychopathia Sexualis*, escrito en 1886 por Richard von Krafft-Ebing, el famoso primer investigador de la desviación sexual. Debería darle una idea sobre el trabajo de este autor.

Caso 114. X., veinticuatro años de edad, proveniente de una familia sumamente contaminada (hermano y padre de la madre, dementes; una hermana epiléptica, otra hermana sujeta a las migrañas, padres de temperamento excitable). Durante la dentición tuvo convulsiones. A los siete años de edad una sirvienta le enseñó a masturbarse. X. experimentó placer por primera vez en estas manipulaciones cuando la chica tocaba su miembro [pene] con el pie cubierto con un zapato. Por ende, en el niño predispuesto, se estableció una asociación cuyo resultado, desde ese momento, fue que la mera vista de zapatos de mujer y, por último, la mera idea de ellos, bastaba para inducir excitación sexual y erección. Para ese momento se masturbaba mientras veía zapatos de mujer o al recordarlos en su imaginación. Los zapatos de la maestra en la escuela lo excitaban intensamente y en general lo afectaban los zapatos que estaban parcialmente ocultos por la ropa femenina. Un día no pudo evitar tocar los zapatos de la maestra; un acto que le produjo enorme excitación sexual. A pesar del castigo, no podía evitar la realización repetida de este acto. Finalmente, se reconoció que debía haber un motivo anormal en el juego y se le envió con un maestro varón. Posteriormente, se deleitaba con el recuerdo de las escenas con los zapatos de su maestra anterior y, de este modo, tenía erecciones y orgasmos y, después de cumplir catorce años, tenía eyaculaciones. En la misma época, se masturbaba mientras pensaba en zapatos de mujer. Un día le llegó la idea de aumentar su placer utilizando un zapato para masturbarse. Desde entonces, con frecuencia tomaba zapatos en secreto y los utilizaba para ese propósito.

Ninguna otra cosa en una mujer podía excitarlo; el pensamiento del coito le colmaba de horror. Los hombres no le interesaban de ninguna manera. A la edad de dieciocho años abrió una tienda y, entre otras cosas, comerciaba con zapatos de mujer. Le excitaba sexualmente ajustar los zapatos a las clientes mujeres o manipular los zapatos que se le enviaban para reparación. Un día, mientras hacía esto, tuvo una crisis epiléptica y, poco después, tuvo otra, mientras practicaba onanismo de la manera acostumbrada. Entonces reconoció por primera vez el daño que le causaban a su salud estas prácticas sexuales. Intentó superar su onanismo, ya no vendió zapatos y se esforzó por liberarse de la asociación anormal entre los zapatos femeninos y la función sexual. Después se presentaron frecuentes poluciones junto con sueños eróticos acerca de zapatos y las crisis epilépticas continuaron. Aunque privado del más leve sentimiento acerca del sexo femenino, determinó casarse, lo cual le parecía como el único remedio.

Se casó con una bella joven. A pesar de tener erecciones activas cuando pensaba en los zapatos de su esposa, en cuando trataba de tener cohabitación era absolutamente impotente debido a que su desagrado por el coito y por relación física cercana en general era mucho más poderoso que la influencia de la idea relacionada con los zapatos, la cual le inducía excitación sexual. Debido a su impotencia, el paciente acudió con el Dr. Hammond, quien trató su epilepsia con bromuros y le aconsejó colgar un zapato sobre su lecho y verlo fijamente durante la cópula, al mismo tiempo que imaginaba que su esposa era un zapato. El paciente se liberó de las crisis epilépticas y alcanzó la potencia, de modo que pudo tener coito aproximadamente una vez por semana. Su excitación sexual ante los zapatos femeninos también se fue haciendo cada vez menor.

Fuente: Von Krafft-Ebing (1886), p. 288.

En un **fetichismo de forma**, lo importante es el objeto y su forma. Un ejemplo sería el fetichismo de los zapatos, en el que los zapatos resultan sumamente excitantes (véase Tema central 16.1). Algunos fetichismos de zapatos requieren que el zapato sea de tacón alto; es posible que este fetichismo se asocie con el sadomasoquismo, en el que el fetichista deriva satisfacción sexual del

hecho de que una mujer camine sobre él utilizando tacones altos. Otros fetichismos de zapatos requieren que éstos sean botas de cuero gastadas. Otros ejemplos de fetichismos de forma son aquellos para las medias de seda, liguetos y lencería.

Fetichismo de forma: un fetichismo cuyo objeto es una forma particular, como los zapatos de tacón alto.

Figura 16.2 Un fetiche común se relaciona con el cuero, que con frecuencia se asocia con sadismo y masoquismo sexual. Este comercio atiende a una clientela que está interesada o participa en tales actividades.



¿Por qué las personas se vuelven fetichistas?

Los psicólogos no están seguros de qué causa que se desarrollen los fetiches. En nuestro caso, consideraremos tres explicaciones teóricas: la teoría del aprendizaje, la teoría cognitiva y el modelo de la adicción sexual. Estas teorías se pueden aplicar igualmente bien para explicar muchas de las otras variaciones sexuales en este capítulo.

Según la teoría del aprendizaje (por ejemplo, McGuire *et al.*, 1965), los fetiches son resultado del condicionamiento clásico, en el que se construye una asociación aprendida entre el objeto fetiche y la excitación sexual y el orgasmo. En algunos casos, un solo ensayo de aprendizaje podría servir para establecer la asociación. Por ejemplo, un hombre adulto recordó:

Estaba solo en casa y vi los nuevos choclos de mi tío. Me acerqué a ellos y comencé a oler el fresco olor del cuero nuevo y a besarlos y lamerlos. Me excitó tanto que,

de hecho, eyaculé mi primera descarga en mis pantalones y desde entonces me han excitado. (Weinberg *et al.*, 1995, p. 22)

En este caso, los zapatos se asociaron con la excitación sexual como resultado de una experiencia temprana de aprendizaje. Otro ejemplo aparece en el fetichista de zapatos que se describe en el Tema central 16.1. Este caso ejemplifica claramente los criterios del *DSM-IV-TR*. El joven/hombre experimentó durante años fantasías e impulsos sexuales asociados con los zapatos femeninos y, como resultado, tuvo una alteración importante en su vida académica y social. Incluso hubo un experimento que demostró que se podía condicionar a los varones, en el laboratorio, a excitarse sexualmente ante la vista de fotografías de zapatos (Rachman, 1966).

Una segunda explicación teórica posible proviene de la psicología cognitiva, que se discutió en el capítulo 2 (Walen y Roth, 1987). Según los teóricos cognitivos, los fetichistas (u otros individuos con parafilias) tienen una distorsión cognitiva grave en cuanto a que perciben estímulos no convencionales —como las botas de cuero negro— como eróticos. Lo que es más, su percepción de la excitación (nexo 4 en el modelo; véase figura 9.5) está distorsionada. Se sienten impulsados a la conducta sexual cuando están excitados, pero, de hecho, es posible que la excitación sea causada por sentimientos de culpa y desprecio hacia sí mismos. Por ende, existe una cadena en que existen sentimientos iniciales de culpa acerca de los pensamientos de conducta poco convencional, lo cual produce excitación que se interpreta erróneamente como excitación sexual, lo cual conduce al sentimiento de que debe llevarse a cabo el ritual fetiche; así se hace y se presentan el orgasmo y las sensaciones temporales de alivio, pero la evaluación del suceso es negativa y conduce a mayores sentimientos de culpa y desprecio hacia sí mismo que perpetúan la cadena.

Una tercera teoría que se ha propuesto para explicar algunas parafilias, en especial aquellas que parecen compulsivas, es la teoría de la adicción sexual que se discute en el Tema central 16.2.

Sin importar la causa, es típico que el fetichismo se desarrolle pronto en la vida. En una muestra de fetichistas de pies o zapatos, la edad promedio en la que los respondientes informaron haber sentido excitación sexual por primera vez ante los pies o los zapatos fue de 12 años (Weinberg *et al.*, 1995).

Travestismo

El **travestismo** (de *trans*, cruzar; *vest*, vestimenta) se refiere a vestirse como un miembro del otro género. Es posible que el travestismo lo practiquen una variedad de personas, debido a una variedad de razones. Como hemos señalado, los transexuales varones pueden tener que atravesar por una etapa de travestismo en

Travestismo: práctica de derivar gratificación sexual de vestirse como un miembro del sexo contrario.

el proceso de convertirse en mujeres. Algunos varones gay —**travestis femeninos**— se visten como mujeres y algunas lesbianas se visten con ropas masculinas (travestis masculinos); sin embargo, estas prácticas son básicamente caricaturas de los roles de género tradicionales. Los **transformistas femeninos** son hombres que se visten de mujer, con frecuencia como parte de sus trabajos como artistas del espectáculo. Por ejemplo, Jack Lemon y Tony Curtis fueron transformistas femeninos en la película clásica con Marilyn Monroe *Some Like It Hot*. Robin Williams como *Mrs. Doubtfire* y Dustin Hoffman como *Tootsie* obtuvieron alabanzas de la crítica y enormes ganancias taquilleras por sus imitaciones de mujeres. Por último, algunos adolescentes varones —quizás muchos— utilizan prendas femeninas, en general sólo una vez o unas cuantas veces (Green, 1975). Este comportamiento no necesariamente implica una vida de travestismo; simplemente puede ser reflejo de los impulsos, confusiones y frustraciones sexuales de la adolescencia.

En contraste con las personas que realizan travestismo por las razones discutidas antes, el *fetichismo* travestista se refiere a un hombre heterosexual que viste ropa femenina para producir o aumentar la excitación sexual (*DSM-IV-TR*, 2000). Cuando este comportamiento persiste durante al menos seis meses y provoca angustia clínicamente significativa, esta persona tiene una parafilia.¹ Puede ser que el travestismo se realice frecuentemente en privado, quizás por parte de un hombre casado y sin conocimiento de su esposa.

Como resultado de tanta ocultación, nadie tiene datos precisos sobre la incidencia del travestismo. Una autoridad ha estimado que más de un millón de varones en Estados Unidos participan en él, si se toman en cuenta los casos de varones que obtienen cuando menos una recompensa erótica temporal de vestir ropas femeninas (Pomeroy, 1975).

El travestismo es casi exclusivamente una variación sexual masculina; en esencia es desconocido entre las mujeres. Puede haber varias razones para esta diferencia, incluyendo la tolerancia de nuestra cultura hacia las mujeres que visten con ropas masculinas y la intolerancia hacia los hombres que visten con ropas femeninas. El fenómeno ilustra una cuestión más general; a saber, que muchas variaciones sexuales se definen para, o las practican casi de manera exclusiva, los miembros de un género; con frecuencia, la práctica paralela de miembros del otro género no se considera

desviada. La mayoría de las variaciones sexuales son practicadas principalmente por hombres.²

Un medio común para estudiar a las personas con patrones atípicos de conducta sexual es colocar anuncios en boletines y revistas de especialidad y solicitar participantes en reuniones y convenciones a las que concurren tales personas. Utilizando tales procedimientos, los investigadores han reunido datos de encuesta con 1 032 personas que utilizan ropa del sexo contrario (Docter y Prince, 1997). La muestra no incluyó a travestis ni a transformistas femeninos. La gran mayoría de los hombres (87 por ciento) eran heterosexuales, 60 por ciento estaban casados, 65 por ciento tenían escolaridad universitaria y 76 por ciento informaron haber sido criados por ambos padres hasta los 18 años de edad. Sesenta y seis por ciento informaron que su primera experiencia de travestismo ocurrió antes de los 10 años de edad. Cuarenta por ciento informaron excitación u orgasmo que se asociaba con frecuencia o casi siempre con la conducta de travestismo, pero sólo 14 por ciento acudían con frecuencia a sitios públicos vestidos como mujeres.

Otra encuesta se llevó a cabo utilizando cuestionarios por correo que se enviaron a 1 200 miembros de una organización de travestidos (Bullough y Bullough, 1997). Se regresaron 372 cuestionarios. La mediana de edad en la que los hombres comenzaron a vestir ropas del sexo contrario fue 8.5 años; 32 por ciento informaron que se vistieron por primera vez como mujeres antes de los 6 años de edad. La mayoría informaron el comportamiento cuando niños y 56 por ciento dijeron que nunca habían sido descubiertos.

La investigación indica que existen cuatro motivaciones básicas para que los hombres participen en actividades de travestismo (Talamini, 1982):

1. *Excitación sexual*. El travestismo parece ser resultado de una asociación condicionada entre la excitación sexual y la ropa de mujer. Como comentó un travestido:

²Se han propuesto varias teorías para explicar por qué existen muchos más hombres que mujeres con parafilia (Finkelhor y Russell, 1984). Los sociobiólogos creen que la diferencia reside en la selección evolutiva de los varones para inseminar a muchas parejas y para excitarse por estímulos sexuales que no tienen contenido emocional (Wilson, 1987). De manera alternativa, los sociólogos señalan a la socialización del rol de género, que enseña a los varones a ser instrumentales y a iniciar las interacciones sexuales. Por otro lado, a las mujeres se les enseña a ser nutricias y a empatizar con los demás; por ejemplo, con la vulnerabilidad de los niños (Traven et al., 1990). La teoría psicoanalítica (véase capítulo 2) sugiere que las parafilias son resultado de la *ansiedad de castración*, que se alivia a través de un acto sexual forzado; dado que las mujeres no tienen temor a la castración, no están sujetas a las parafilias.

¹Una abreviatura común para travestismo, que utilizan tanto los científicos como la subcultura travestista, es TV. Por ende, si usted ve un anuncio en un periódico alternativo colocado por una persona que es TV, este *no* es alguien que tiene delirios de transmitir las noticias de las seis, sino más bien de un travestista.

Travesti femenino: varón homosexual que se viste con ropas de mujer.
Transformista femenino: hombre que se viste de mujer como parte de un trabajo en el entretenimiento.

Tema central 16.2

¿Adicciones sexuales?

Patrick Carnes, en su libro *The Sexual Adiction*, ha propuesto la teoría de que algunos casos de comportamiento sexual anormal son en realidad un resultado de un proceso adictivo muy parecido al alcoholismo. Una definición del alcoholismo o de otras dependencias de una droga es que la persona tiene una relación patológica con una sustancia que altera el estado de ánimo. En el caso de la adicción sexual, el individuo tiene una relación patológica con un suceso o proceso, sustituyendo con él la relación sana con otras personas.

Una característica común de los alcohólicos y de los adictos sexuales por igual es que tienen un sistema erróneo de creencias en el que existen negación y distorsión de la realidad. Por ejemplo, es posible que el adicto sexual niegue la posibilidad de una enfermedad de transmisión sexual. Los adictos al sexo también realizan justificación de sí mismos, como “Si no lo tengo durante unos días, aumenta la presión”. Como el alcoholismo, la adicción conduce a muchas conductas autodestructivas. Y, al igual que el alcoholismo, la principal característica que distingue a la adicción sexual es que la persona ha perdido el control de su conducta. Considérense estos ejemplos:

- George ha pedido en secreto un préstamo de 2 700 dólares para cubrir sus pagos frecuentes a prostitutas.
- Jeffrey, un respetado abogado, es arrestado por tercera vez debido a exhibicionismo.

Según el análisis de Carnes, cada episodio de comportamiento sexual compulsivo sigue un ciclo de cuatro pasos, que se intensifica cada vez que se repite.

1. *Preocupación*. La persona no puede pensar en otra cosa que en el acto sexual al que se ha vuelto adicto.
2. *Rituales*. La persona realiza ciertos rituales que se han vuelto preludeo para el acto adictivo.

3. *Comportamiento sexual compulsivo*. Se practica la conducta sexual y la persona siente que no tiene control sobre ella.
4. *Desesperación*. En lugar de sentirse bien después de terminar el acto sexual, el adicto cae en sentimientos de desesperanza y desesperación.

Según Carnes, es importante comprender que no todas las variaciones sexuales son adicciones y que, por ende, el modelo de la adicción no explicará todas las parafilias. También existen adicciones para algunas conductas que en sí mismas son perfectamente normales, como la masturbación. De este modo, por ejemplo, es probable que el hombre que se masturba dos veces por semana mientras ve una revista pornográfica no sea un adicto y la conducta se encuentra dentro del rango normal. Sin embargo, el hombre que compra 20 revistas pornográficas por semana, se masturba cuatro o cinco veces por día mientras las lee y no puede pensar en otra cosa que dónde podrá comprar la siguiente revista pornográfica y dónde podrá encontrar el siguiente lugar privado en el cual masturbarse, esa persona es adicta. La clave es la compulsividad, la falta de control, la obsesión (pensamientos constantes del escenario sexual) y la negación del peligro o de las consecuencias dañinas.

De la misma manera que nuestra cultura celebra al alcohol pero desprecia al alcohólico, también la cultura celebra al sexo, pero aborrece al adicto sexual. Los medios glorifican al alcohol: “Sólo se vive una vez, así que hazlo con Michelob”. De manera similar, la publicidad está llena de mensajes sexuales (véase capítulo 18). Estos comerciales sexuales son recordatorios difíciles para el adicto sexual que intenta recuperarse.

Según Carnes, la terapia más efectiva para el adicto sexual es el programa de Alcohólicos Anónimos aplicado a las adicciones sexuales. Varios grupos han adaptado el programa de AA para las adicciones sexuales, entre ellos Sexaholic Anonymous (SA), Sex Addicts Anonymous (SAA) y Sex and Love Addicts Anonymous

(SLAA). En general, estos grupos se pueden encontrar llamando al número telefónico local de Alcohólicos Anónimos. El primer paso en el proceso de la recuperación es admitir que se tiene una adicción sexual, que la conducta está fuera de control y que la propia vida se ha vuelto inmanejable. Éstas son admisiones difíciles de hacer para alguien que ha pasado años negando la existencia de un problema. Existen reuniones frecuentes con un grupo de apoyo y se da un fuerte énfasis a la formación de sentimientos de valía propia.

En general, el análisis de Carnes acerca de las adicciones sexuales ha recibido muchos elogios. Sin embargo, ha habido críticas de algunos activistas gay, quienes sienten que el abordaje es homofóbico y que afirma que los hombres gay son adictos al sexo. Con toda seguridad, existen algunos varones gay que son adictos a comportamientos como tener sexo impersonal en los “salones de té”, pero la mayoría de estos hombres no son adictos al sexo. De nuevo, la característica clave es que la conducta debe estar fuera de control y ser compulsiva.

Otra crítica proviene de los terapeutas e investigadores en el área. El término *adicción*, como al alcohol o la heroína, tiene una definición muy específica entre los profesionales y las adicciones sexuales no satisfacen la definición en algunos sentidos. Por ejemplo, si se tiene una adicción al alcohol y de pronto se deja de usarlo, se presenta un fenómeno de abstinencia que implica síntomas físicos notables. Si una persona se abstiene de un comportamiento sexual adictivo, no hay síntomas fisiológicos de la abstinencia. Una segunda crítica es que la “adicción” puede volverse una excusa para conducta ilegal y destructiva. Por ejemplo, un violador podría decir “Tengo una adicción sexual a la violación y por tanto no puedo dejar de hacerlo”.

También ha habido críticas para la aplicación del modelo de AA para la conducta sexual. Aplicado al alcohol o las drogas, el modelo de AA demanda que el adicto se abstenga del contacto con la sustancia. Este modelo de abstinencia no se puede aplicar a la sexualidad, porque la expresión sexual es una necesidad humana básica.

Para resolver este debate, algunos expertos recomiendan que utilicemos el término *conducta sexual compulsiva* en lugar de *adicción sexual* (p. ej., Coleman, 1991). La **conducta sexual compulsiva (CSC)**

es un trastorno en el que el individuo experimenta fantasías e impulsos intensos y sexualmente excitantes, así como conductas sexuales asociadas, que son agobiantes, pertinaces y repetitivos. Los individuos con este trastorno: *a)* carecen de control de impulsos, *b)* a menudo incurrir en sanciones sociales y legales, *c)* causan interferencia en el funcionamiento interpersonal y laboral, y *d)* crean riesgos de salud. (Coleman *et al.*, 2001, p. 326)

Conducta sexual compulsiva (CSC): trastorno en el que el individuo experimenta fantasías intensas, incontrolables y sexualmente excitantes, y conductas sexuales asociadas.

Nótese que esta perspectiva difiere del enfoque de la adicción al enfatizar que la persona puede sufrir sanciones sociales y legales y asumir riesgos de salud.

Se ha desarrollado una escala para medir la CSC (Coleman *et al.*, 2001). Cuarenta y dos reactivos relacionados con el control sexual y otros aspectos incluidos en la definición anterior se aplicaron a tres grupos de muestra: 35 pedófilos, 15 personas con CSC sin parafilia y 42 en un grupo control normal. Los análisis preliminares indicaron que 28 de los reactivos eran válidos. Se identificaron tres factores, que parecen medir *control* (p. ej., “¿Con cuánta frecuencia ha sido incapaz de controlar sus sentimientos sexuales?”), *abuso* (p. ej., “¿Se le ha forzado a tener sexo?”) y *violencia* (p. ej., “¿Alguna vez ha golpeado, pateado o abofeteado a cualquiera de sus parejas sexuales?”). Las puntuaciones en las tres escalas diferenciaron claramente entre los tres grupos. Los pedófilos tuvieron puntuaciones más altas en abuso y puntuaciones menores en violencia que los otros grupos. De este modo, una medida basada en el modelo de conducta sexual compulsiva parece ser confiable y discriminar entre grupos con diferentes trastornos.

Fuentes: Carnes (1983); Coleman *et al.*, (2001).

Figura 16.3 Eli Coleman, un influyente teórico de la conducta sexual compulsiva (University of Minnesota Medical School).



Figura 16.4 Dos ejemplos de travestismo: a) Los principales actores en varias películas han representado a travestidos, por ejemplo, los tres protagonistas de *To Wong Foo, With Love*, *Julie Newmar*. b) Hombres vestidos de mujer.



a)



b)

Mi hermana mayor tenía ropa muy bonita. Cuando yo tenía 13 años, quería saber cómo me veía vestido de mujer. Teníamos más o menos la misma estatura. Me puse su ropa interior y nunca había tenido un sentimiento sexual tan poderoso. Han pasado veinte años y todavía me sigo vistiendo de mujer. (Talamini, 1982, p. 20).

2. *Relajación*. Las personas que practican travestismo informan que de manera periódica necesitan un descanso del rol masculino que les resulta constreñido y fuente de presión. Vestirse como mujeres les permite expresar emocionalidad y gracia, características que son tabú para los hombres en nuestra sociedad.
3. *Role playing*. De la misma manera que muchos actores derivan gran satisfacción de representar papeles en un teatro, así los travestidos obtienen una enorme sensación de logro al ser capaces de pasar por mujeres cuando están en público.
4. *Ornamentación*. Las ropas masculinas son relativamente insulsas, mientras que las femeninas son más coloridas y bellas. Los travestidos disfrutan de esta sensación de ser bellos.

¿Cómo reaccionan la esposa e hijos de un travestido ante su comportamiento poco usual? En una muestra de 50 travestidos heterosexuales, 60 por ciento de las esposas aceptaban la conducta de sus

maridos (Talamini, 1982). La mayoría de estas mujeres comentaron que, en otros sentidos, eran buenos maridos. Algunas de las esposas se sentían satisfechas de ser fuente de apoyo para sus maridos y algunas incluso les ayudaban a vestirse y aplicarse maquillaje. En la misma muestra, 13 de las parejas le habían hablado a sus hijos acerca del travestismo del padre. Afirmaban que sus relaciones con sus hijos no habían sufrido daño y que los niños eran tolerantes y comprensivos.

El travestismo es una de las variaciones sexuales que no provocan daños ni víctimas, particularmente cuando se realiza en privado. Como otras formas de fetichismo, es un problema sólo cuando se vuelve tan extremo que es la única fuente de gratificación erótica de la persona o cuando se vuelve una compulsión que no se puede controlar y, por tanto, provoca angustia en otras áreas de la vida de la persona.

Sadismo y masoquismo

Definiciones

Un **sádico sexual** es una persona que deriva satisfacción sexual de infligir dolor, sufrimiento o humillación a otra persona. El término *sádico* se deriva del nombre del personaje histórico del Marqués de Sade, quien vivió aproximadamente en el tiempo de la Revolución Francesa. No sólo practicaba el sadismo —en apariencia, varias mujeres murieron debido a sus atenciones

Sádico sexual: persona que deriva satisfacción sexual de infligir sufrimiento o humillación a otra persona.

(Bullough, 1976)— sino que también escribió novelas sobre estas prácticas (la más conocida es *Justine*), lo cual le garantizó un lugar en la historia.

Un **masoquista sexual** es una persona a la que le estimulan sexualmente las fantasías, impulsos o comportamientos que implican ser golpeada, humillada, atada o torturada para aumentar o lograr excitación sexual. Cuando esto se experimenta durante al menos seis meses y provoca angustia o incapacidad, es una parafilia (American Psychiatric Association, 2000). Esta variación recibe su nombre de Leopold von Sacher-Masoch (1836-1895), quien fue un masoquista y que escribió novelas en las que expresaba fantasías masoquistas. Nótese que las definiciones para estas variaciones especifican su naturaleza *sexual*; los términos se utilizan a menudo de manera general para hacer referencia a personas que son crueles o a personas que parecen causarse sus propias desgracias, pero estos no son los significados que se emplean aquí. Con frecuencia se hace referencia a ambas como una pareja, dado que los dos comportamientos o roles (dar y recibir dolor) son complementarios.

Existen otros dos estilos de interacción que se relacionan con el sadomasoquismo (S-M). Éstos son ataduras y disciplina (A-D) y dominio y sumisión (D-S) (Ernulf e Innala, 1995). **Ataduras y disciplina** se refiere al uso de dispositivos de restricción física u órdenes psicológicamente restrictivas como un aspecto central de las interacciones sexuales. Estos dispositivos u órdenes pueden imponer la obediencia o el servilismo sin inducir ningún dolor físico. **Dominio y sumisión** se refiere a la interacción que implica un intercambio consensual de poder; el miembro dominante de la pareja utiliza su poder para controlar y estimular sexualmente a la pareja pasiva. Tanto A-D como D-S implican una variedad de interacciones específicas que van de atípicas a parafilias.

Conducta sadomasoquista

El sadomasoquismo (S-M) es una forma rara de conducta sexual, aunque probablemente sus formas más leves, no parafilias, sean más comunes de lo que mucha gente piensa. Kinsey encontró que 26 por ciento de las mujeres y el mismo porcentaje de hombres han experimentado respuestas eróticas limitadas o frecuentes como resultado de haber sido mordidos durante la actividad sexual (Kinsey *et al.*, 1953. pp. 677-678). Las fantasías sádicas o masoquistas parecen ser considerablemente más comunes que el comportamiento sadomasoquista real.

En un estudio, 178 varones que respondieron a un anuncio en una revista S-M o que pertenecían a un grupo de apoyo para S-M respondieron a un cuestionario (Moser y Levitt, 1987). La mayoría eran heterosexuales, con buen nivel de escolaridad y estaban interesados tanto en roles dominantes como sumisos (intercambiables). Las siguientes son conductas que la mayoría de ellos

habían puesto en práctica y disfrutado: humillación, ataduras, nalgadas, latigazos, comportamiento fetichista, ligaduras con cuerdas y *role playing* de amo y esclavo.

Otro estudio aplicó cuestionarios a 130 hombres y 52 mujeres que respondieron a anuncios publicados en revistas S-M; el estudio se enfocó particularmente en las participantes mujeres (Breslow *et al.*, 1985). Treinta y tres por ciento de los hombres y 28 por ciento de las mujeres preferían el rol dominante; 41 por ciento de los hombres y 40 por ciento de las mujeres preferían el rol sumiso; y 26 por ciento de los hombres y 32 por ciento de las mujeres eran versátiles. La mayoría de estos respondientes S-M eran heterosexuales. Los hombres que participaban en S-M, con frecuencia informaban haber estado interesados en tal actividad desde la infancia; las mujeres están en más probabilidad de informar que otra persona las introdujo a esta subcultura (Weinberg, 1994). Las mujeres prefieren las ataduras, nalgadas, sexo oral y *role playing* de amo y esclavo (Levitt *et al.*, 1994).

De este modo, existe un espectro de actividades que constituyen al S-M. Con frecuencia, las personas que se involucran en ello han puesto en práctica una variedad de estos comportamientos y descubren que sólo algunos de ellos les resultan satisfactorios. Desarrollan un guión de actividades que prefieren actuar cada vez que realizan S-M. Un grupo de investigadores identificó 29 conductas sexuales individuales asociadas con el S-M (Santtila *et al.*, 2002). Los autores aplicaron cuestionarios a 184 hombres y mujeres finlandeses que eran miembros de clubes S-M. A cada participante se le preguntó en qué conductas había participado durante el año anterior. Se identificaron cuatro agrupamientos o temas: hipermasculinidad (p. ej., uso de consolador, enema), aplicar o recibir dolor (p. ej., aplicar pinzas de la ropa a los pezones, azotar con un bastón, cera caliente), restricciones físicas (p. ej., esposas, camisas de fuerza) y humillación (p. ej., humillación verbal, bofetadas). El análisis posterior de la participación en las conductas dentro de cada agrupamiento identificó un continuo de frecuencia desde muy común hasta muy rara vez, donde el orden de las conductas sugería que este continuo refleja una dimensión desde más leve hasta más intensa. Por ejemplo, el continuo de humillación va desde flagelación (informada por 81 por ciento; más



¿Cómo podría tratar con su pareja el tema de una variación sexual que usted quiere intentar? Vea el video "Whipsmart" en el capítulo 16 de su CD para algunas ideas.

Masoquista sexual: una persona que deriva satisfacción sexual de experimentar dolor.

Ataduras y disciplina: uso de ataduras físicas o psicológicas para imponer el servilismo, a partir del cual ambos participantes obtienen placer sexual.

Dominio y sumisión: uso del poder otorgado de manera consensual para controlar la estimulación y conducta sexual de la otra persona.

leve), pasando por humillación verbal (70 por ciento), uso de mordaza (53 por ciento) y bofetadas (37 por ciento) hasta el uso de cuchillos para causar heridas superficiales (11 por ciento; más intenso). Los resultados sugieren que las actividades S-M dentro de cada agrupamiento están *governadas por un guión* y que las conductas menos intensas son mucho más comunes.

Algunos observadores indican que el S-M tiene que ver con escenificaciones, como en el teatro. Las actividades sexuales S-M se organizan en “escenas”; la persona “escenifica” con su pareja S-M. Además de las actividades como las discutidas antes, los roles, vestuario y utilería son partes importantes de cada escena. Los roles incluyen esclavo y amo, sirvienta y ama, y maestro y alumno. El vestuario va de simple a complejo. La utilería puede incluir vestimentas de piel, alfileres y agujas, cuerdas, látigos y cera caliente. Frecuentemente los clubes S-M tienen reglas que gobiernan la interacción social y S-M, en particular en la creación y actuación de escenas. Según un sitio en Internet, las reglas incluyen no tocar el cuerpo de la otra persona sin su consentimiento, conceder a los intérpretes la habitación que necesitan para actuar una escena y no entrometerse física o verbalmente en una escena en progreso. También es posible que no incluyan la penetración sexual.

Es interesante señalar que los sádicos y masoquistas sexuales no consideran de manera consistente que experimentar o causar dolor sea sexualmente satisfactorio. Por ejemplo, el masoquista que se atrapa un dedo en la puerta de un automóvil gritará y se sentirá infeliz igual que cualquiera. El dolor es excitante para tales personas sólo cuando es parte de un ritual cuidadosamente gobernado por un guión. Como explicó una mujer.

Por supuesto, él *realmente* no quiere lastimarme. Es decir, hace poco tiempo me ató para que recibiera “castigo” y después por error pateó mi talón con el dedo del pie cuando caminaba junto a mí. Emití un quejido y él me dijo “lo siento amor, ¿te lastimé?” (Gosselin y Wilson, 1980, p. 55)

Causas del sadomasoquismo

Las causas del sadismo y del masoquismo no se conocen de manera precisa. Las teorías discutidas en la sección sobre fetiches también se pueden aplicar en ese caso. Por ejemplo, la teoría del aprendizaje señala como explicación al condicionamiento. A un niño pequeño se le dan nalgadas sobre la rodilla de su madre; en el proceso, su pene se frota contra la rodilla de ella y el niño tiene una erección. A la niña pequeña se le descubre masturbándose y se le dan nalgadas. En ambos casos, el niño ha aprendido a asociar el dolor o las nalgadas con la excitación sexual, estableciendo posiblemente una vida de masoquismo. Por otro lado, en una muestra de sadomasoquistas, más del 80 por ciento *no* recordaban haber recibido disfrute erótico a causa de ser castigados cuando niños (Moser, 1979, citado en Weinberg, 1987).

Por tanto, en el establecimiento de estas conductas debe haber otras fuerzas además del condicionamiento.

Se ha propuesto otra teoría psicológica para explicar específicamente el masoquismo, aunque no el sadismo (Baumeister, 1988a, b). Según la teoría, el masoquista está motivado por un deseo de escapar de la conciencia de sí mismo. Es decir, la conducta masoquista ayuda al individuo a escapar de tener conciencia de sí mismo de la misma manera que beber en exceso o algunas formas de meditación lo hacen. En una era dominada por el individualismo y el interés propio, ¿por qué alguien querría escapar de sí mismo? Probablemente debido a que los altos niveles de autoconciencia pueden conducir a ansiedad como un resultado de enfocarse en las presiones del sí mismo, las responsabilidades añadidas, la necesidad de mantener una buena imagen ante los demás y así sucesivamente. La actividad masoquista permite que la persona escape de ser un individuo autónomo e independiente. Es posible que el masoquismo sea una forma inusualmente poderosa de escape debido a su vínculo con el placer sexual. Esta teoría también puede explicar por qué los patrones de masoquismo parecen estar tan relacionados con el género (Baumeister, 1988b). Según la teoría, el rol masculino es especialmente arduo debido a las intensas presiones de autonomía, independencia y logro individual. El masoquismo permite un escape de estos aspectos del rol masculino, lo cual explica la razón por la que el masoquismo es más común entre varones que entre mujeres.

Ataduras y disciplina

Las *ataduras sexuales*, el uso en la conducta sexual de dispositivos restrictivos que tienen significado sexual, ha sido un tema central de la ficción y arte erótico durante siglos. Las películas convencionales y los filmes y videos eróticos presentan esta actividad. En algunas comunidades, los individuos interesados en A-D han formado clubes.

Figura 16.5 Ataduras.



Antes señalamos la dificultad para obtener datos sobre la participación en las formas diferentes de expresión sexual. Un innovador estudio bajó todos los mensajes sobre ataduras enviados por correo electrónico a un grupo internacional de discusión por computadora (Ernulf e Innala, 1995). De los mensajes en que los remitentes indicaron su género, 75 por ciento eran varones. De aquellos que indicaron una orientación sexual, la mayoría eran heterosexuales; 18 por ciento dijeron ser gay y 11 por ciento lesbianas. Los mensajes se codificaron para un análisis de lo que las personas encontraban sexualmente excitante de las A-D. Con más frecuencia (12 por ciento) se mencionó el juego: “el sexo es divertido y el sexo es encantador y el sexo es JUEGO”. A continuación estaba el intercambio de poder (4 por ciento): “Es una experiencia poderosa porque el activo es responsable del placer del sumiso”. Los siguientes temas más comunes eran la intensificación del placer sexual, la estimulación táctil asociada con el uso de cuerdas y esposas y el disfrute visual experimentado por la persona dominante.

Existe un notable desequilibrio en preferencias para los roles activo (“arriba”) y pasivo (“abajo”). La mayoría de los hombres y mujeres, sin importar la orientación sexual, prefieren estar “abajo”. Esta puede ser la razón por la que existe un número estimado de 2 500 dominatrices profesionales en Estados Unidos.

Dominio y sumisión

Los sociólogos enfatizan que la clave en el S-M no es el dolor, sino más bien el dominio y la sumisión (D-S) (Weinberg, 1987). De este modo, este no es un fenómeno individual, sino una conducta social enclavada en una subcultura y controlada por guiones elaborados.

Los sociólogos consideran que para comprender el D-S, se deben entender los procesos sociales que lo crean y sostienen (Weinberg, 1987). Existe una subcultura D-S manifiesta, que implica revistas (como *Corporal*), clubes y bares. Esto crea significados culturalmente definidos para los actos de D-S. De este modo, un acto D-S no es un brote salvaje de violencia sino una representación cuidadosamente controlada con un guión (recuérdese el concepto de los guiones en el capítulo 2). Una mujer informó que:

le entramos al dominio y la sumisión. Que él me dé órdenes. Que sea muy rudo, que me humille y me ordene, diciéndome puta y chocho. Haciéndome gatear en cuatro patas y rogándole que me deje chupárselo. El dominio y la sumisión son más importantes que el dolor. He hecho un montón de escenas que no tienen que ver con el dolor. Sólo un montón de órdenes, que se me humille. (Maurer, 1994, pp. 253, 257)

Dentro de la representación, las personas asumen roles como el de amo, esclavo o niño malcriado. De este modo, los hombres estadounidenses pueden representar el rol sumiso dentro de la cultura D-S, aunque contradiga el rol masculino estadounidense, porque en

realidad no es cierto que ellos sean niños malcriados, de la misma manera que un actor puede representar el papel de un asesino y saber que no lo es.

Un fenómeno interesante desde una perspectiva sociológica es el control social sobre la toma de riesgos que existe en la subcultura D-S (Weinberg, 1987). Es decir, cuando uno permite que se le ate o sujete y se le den latigazos, se podrían recibir lesiones graves o incluso ser asesinado, sin embargo tales resultados son poco comunes. ¿Por qué? La investigación muestra que se hacen arreglos sociales complejos para reducir el riesgo (Lee, 1979). En primer lugar, los contactos iniciales generalmente se realizan en territorios protegidos como bares o reuniones, donde acuden otros individuos que gustan del D-S y que funcionan bajo las mismas reglas. Segundo, los guiones básicos son ampliamente compartidos, de modo que todos comprenden qué sucederá y qué no sucederá. Cuando los participantes son desconocidos, es posible negociar el escenario antes de actuarlo. Tercero, a medida que se desarrolla la actividad, se utilizan señales no verbales muy sutiles para controlar la interacción (Weinberg, 1994). Al utilizar estas señales, la persona que representa el rol sumiso puede influir en lo que ocurre. Así, a medida que dos personas actúan el guión de amo y esclavo, el amo no tiene el control total y el esclavo no está totalmente impotente. De modo que la *ilusión* de control, y no el control real, es central para la actividad de D-S tanto del amo como del esclavo.

Voyerismo

Existen dos tipos de **voyer** (*peeping tom*; mirón).³ En la **escoptofilia**, el placer sexual se deriva de observar los actos sexuales y los genitales; técnicamente, en el *voyerismo*, el placer sexual proviene de ver desnudos, a menudo mientras que el *voyer* se masturba.

El voyerismo parece ser mucho más común entre hombres que entre mujeres. Según los informes del FBI, se arresta a nueve hombres y a una mujer por acusaciones de ser “mirones”.

El voyerismo proporciona otro buen ejemplo del continuo de normalidad a anormalidad en el comportamiento. Por ejemplo, para muchos hombres y mujeres resulta excitante ver a un hombre o a una mujer que se desvisten y “bailan” —de otro modo no habría clubes

Voyer: persona que se excita sexualmente cuando ve en secreto a personas desnudas.
Escoptofilia: variación sexual en la que una persona se siente sexualmente excitada al observar los actos sexuales y los genitales de otros.

³*Voyeur* proviene de la palabra francesa *voir*, que significa “mirar”. “Peeping Tom” proviene de la historia de Lady Godiva; cuando esta mujer cabalgó desnuda por todo el pueblo en protesta por que su marido había subido los impuestos de sus arrendatarios, ninguno de los pobladores salió a mirarla, excepto uno, Tom de Coventry.

Exhibicionista: persona que deriva gratificación sexual de la exposición de sus genitales ante otras personas en situaciones en las que es inapropiado.

de desnudismo— y esto seguramente está dentro del rango normal de conducta. Algunas mujeres son “mironas de entrepiernas”, de la misma manera que algunos hombres se dedi-

cán a ver los senos de las mujeres (Friday, 1973, 1975). El voyerismo se vuelve una parafilia cuando las fantasías, impulsos o conductas continúan durante al menos seis meses y producen angustia y dificultad interpersonal (American Psychiatric Association, 2000).

Típicamente, los mirones desean que la mujer que ven sea una desconocida y no quieren que ella sepa lo que están haciendo (Yalom, 1960). El elemento de riesgo también es importante; aunque uno podría pensar que un campo nudista sería el paraíso de un mirón, no es así, porque faltan los elementos de riesgo y de una actividad prohibida (Sagarin, 1973).

Los voyers pueden ser peligrosos o no (Tutuer, 1984). Los voyers potencialmente peligrosos pueden identificarse de acuerdo con las siguientes características: (1) ingresan al interior de un edificio u otra estructura para ver a su sujeto y (2) llaman la atención de su sujeto hacia el hecho de que lo están observando (Yalom, 1960).

Un estudio sobre 561 varones que buscaron tratamiento para una parafilia incluyó a 62 voyers (Abel y Rouleau, 1990). Una tercera parte informaron que su primera experiencia ocurrió antes de tener 12 años de edad. La mitad dijeron que reconocieron su interés en el voyerismo antes de los 15 años de edad. Estos hombres estimaron que, en promedio, habían observado a 470 personas.

En un estudio con mirones arrestados se encontró que era probable que fueran los hijos menores en sus familias y que tuvieran buenas relaciones con sus padres, pero relaciones deficientes con compañeros (Gebhard *et al.*, 1965). Tenían pocas hermanas y pocas amigas mujeres. Pocos de ellos estaban casados. No obstante, estos resultados indican uno de los principales problemas con la investigación sobre variaciones sexuales: gran parte de ella se ha hecho con personas que han sido arrestadas por su comportamiento o que han buscado tratamiento. Un “parafílico respetable” que tiene la conducta bajo mejor control o que ha tenido la suficiente habilidad o las suficientes influencias para que no lo atrapen, no está bajo estudio en tales investigaciones. Por ende, es posible que la imagen que nos proporcionan los estudios acerca de estas variaciones esté muy sesgada.

Exhibicionismo

El complemento del voyerismo es el exhibicionismo, en el que se deriva placer sexual de exponer los genitales a otras personas en situaciones donde es evidentemente inapropiado. En esta parte utilizamos pronombres masculinos porque generalmente los **exhibicionistas**

son hombres.⁴ Es probable que la mujer que utiliza un vestido que revela la mayoría de sus senos se considere atractiva en lugar de anormal. Sin embargo, cuando el varón expone sus genitales, su comportamiento se considera ofensivo. De nuevo, el que una conducta se considere anormal depende en gran medida de si la persona que lo hace es hombre o mujer. El exhibicionismo homosexual también es muy poco común, de modo que el prototipo que tenemos del exhibicionista es el de un hombre que se exhibe ante una mujer. Cerca del 30 por ciento de todos los arrestos por delitos sexuales se deben al exhibicionismo (Cox, 1988). Según una encuesta, 33 por ciento de las mujeres universitarias han sido objeto de exhibicionismo indecente (Cox, 1988).

⁴Esta es una poesía humorística sobre el exhibicionismo:

“There was a young lady of Exeter.

So pretty, men craned their necks at her.

One was even so brave

As to take out and wave.

The distinguishing mark of his sex at her.”

N. de T. Una traducción aproximada del verso sería:

Había una joven tan hermosa en Marbella/que los hombres se estiraban para verla./Uno incluso fue tan valiente/que estiró y blandió diligente/su enorme sexo ante ella.

Figura 16.6 Exhibicionismo.



Cuando las fantasías, impulsos o conducta que implica la exposición sorpresiva de los genitales ante un desconocido dura cuando menos seis meses y causa angustia o dificultad, se considera parafilia (American Psychiatric Association, 2000).

Según el estudio sobre los varones que buscan tratamiento para una parafilia y que se ha vuelto punto de referencia (Abel y Rouleau, 1990), 15 por ciento de los exhibicionistas se habían exhibido cuando menos una vez cuando alcanzaron la edad de 12 años y la mitad lo habían hecho antes de los 15 años de edad. Según otra investigación (Blair y Lanyon, 1981), en general los exhibicionistas recuerdan que su infancia se caracterizó por una disciplina inconsistente, falta de afecto y poco entrenamiento en las formas apropiadas de comportamiento social. Un análisis de 10 estudios sobre las habilidades sociales de delincuentes sexuales (violadores, abusadores, delincuentes incestuosos, pederastas y exhibicionistas), encontró que estos individuos poseen menos habilidades sociales que las personas que no delinquen.

En la adultez, los exhibicionistas no parecen tener trastornos psiquiátricos (Blair y Lanyon, 1981). Sin embargo, en general son tímidos y poco asertivos y carecen de habilidades sociales. También parecen tener problemas para reconocer y manejar sus propios sentimientos de hostilidad. Muchos están casados, pero no parecen lograr satisfacción con el sexo heterosexual.

Las causas exactas del exhibicionismo se desconocen, pero una explicación dada por la teoría del aprendizaje social ofrece algunas posibilidades (Blair y Lanyon, 1981). Según esta perspectiva, los padres podrían haber modelado sutilmente —o quizá de manera obvia— tales conductas en el hombre cuando era niño. En la adultez, puede haber reforzamiento para la conducta exhibicionista debido a que el hombre recibe atención cuando la realiza. Además, es posible que el hombre carezca de habilidades sociales para formar una relación adulta o tal vez el sexo en el matrimonio no sea muy bueno, de modo que recibe poco reforzamiento del sexo normal.

El enfoque de la teoría del aprendizaje se ha utilizado para diseñar algunos programas de terapia que han tenido éxito en el tratamiento del exhibicionismo. Por ejemplo, en un programa de terapia, a los exhibicionistas se les mostraban fotografías de escenas en las que típicamente participarían en exhibicionismo; de manera simultánea, se les colocaba una sustancia de olor desagradable en la nariz (Maletzky, 1974, 1977, 1980). Después de 11 a 19 sesiones dos veces por semana con este condicionamiento, y de algunas sesiones autoaplicadas en casa, todos menos uno de los hombres aprobaron una prueba de tentación en la que se les colocó en una situación naturalista con una voluntaria y lograron no exhibirse ante ella.

Es comprensible que a muchas mujeres les produzca alarma un exhibicionista. Pero dado que la meta del exhibicionista es producir impacto o alguna otra

respuesta emocional intensa, la mujer que se altera de manera extrema le resultará gratificante. Es probable que la mejor estrategia que deba utilizar una mujer en esta situación sea permanecer tranquila y hacer algún comentario que indique su serenidad, en el cual le sugiera a él que busque ayuda profesional para su problema.⁵

Un estudio sobre 62 delincuentes sexuales mujeres en Gran Bretaña identificó a cinco mujeres que se habían exhibido (O'Connor, 1987). Una mujer de 21 años se desnudó y se masturbó en público en diversas ocasiones. Una mujer soltera de 25 años exhibió sus genitales e invitó a los transeúntes a tener sexo con ella. Una mujer de 40 años entraba a las residencias privadas, se desnudaba e invitaba a cualquier hombre presente (incluyendo a un niño) a tener sexo con ella. Dos mujeres fueron arrestadas mientras orinaban en público. Las cinco mujeres tenían historiales de comportamiento inusual y habían recibido diagnósticos de alcoholismo o problemas psiquiátricos. Su conducta sexual atípica parece reflejar estos problemas más que motivaciones sexuales.

Nótese que tanto el voyerismo como el exhibicionismo se consideran comportamientos problemáticos cuando la otra persona implicada es un participante renuente. Un hombre que deriva placer sexual de ver cómo su pareja se desviste, o una mujer que se excita al exhibir su cuerpo en lencería nueva ante su marido, no están realizando conducta delictiva o parafilica.

Hipersexualidad

Ahora atenderemos a diversas variaciones que no se listan de manera explícita en el *DSM-IV-TR*; sin embargo, cada una de ellas puede variar de atípica a compulsiva y a parafilica, dependiendo de su frecuencia, duración y consecuencias.

La hipersexualidad incluye a la ninfomanía y a la satiriasis, en los cuales existe un nivel extremadamente elevado de actividad e impulso sexuales; en casos extremos, la persona es aparentemente insaciable y la sexualidad oscurece todas las demás preocupaciones e intereses. Cuando ocurre en las mujeres, se denomina **ninfomanía**; en los hombres, se denomina **satiriasis** (o *Donjuanismo*).⁶ Aunque esta

Ninfomanía: impulso sexual excesivo e insaciable en una mujer.
Satiriasis: Impulso sexual excesivo e insaciable en un varón; también llamado *Donjuanismo*.

⁵Un chiste sugiere una de tales reacciones: Cuando el hombre del gabán se exhibió ante la mujer que atendía el ingreso al avión en un aeropuerto, ella le respondió: "Le pedí su pase de abordar, no el talón".

⁶La satiriasis se denomina así por los sátiros, que eran bestias mitológicas griegas, mitad humanas y mitad animales. Formaban parte de la corte de Dionisio, el dios del vino y la fertilidad, y eran joviales y vigorosos, y se han vuelto símbolo del varón sexualmente activo.

definición parece bastante simple, en la práctica es difícil saber cuándo una persona tiene un impulso sexual anormalmente elevado. Como vimos en los capítulos 11 y 12, existe un amplio rango en las frecuencias con las que las personas tienen coito; por ende, el rango que definimos como “normal” también debería ser amplio. En la vida real, es frecuente que la *ninfomanía* o la *satiriasis* las defina el cónyuge. Por ejemplo, es posible que algunos hombres piensen que es poco razonable que la esposa quiera tener coito una vez al día o, incluso, dos veces por semana, y la considerarían como una ninfómana.⁷ Otros hombres pensarían que sería maravilloso estar casados con una mujer que quiera hacer el amor todos los días.

Debido a que estos dos términos son imprecisos, algunos investigadores prefieren el término *hipersexualidad*. La **hipersexualidad** se refiere a un impulso

Hipersexualidad: impulso sexual excesivo e insaciable ya sea en hombres o en mujeres.

excesivo e insaciable ya sea en el hombre o en la mujer. Conduce a comportamiento sexual compulsivo en cuanto a que la persona se siente impul-

sada hacia él aunque puedan haber consecuencias negativas (Goldberg, 1987). También, la persona nunca obtiene satisfacción con la actividad y es posible que no tenga orgasmos, a pesar de toda la actividad sexual. Tales casos satisfacen los criterios de conducta anormal que se analizan al principio de este capítulo: la compulsividad de la conducta conduce a que se vuelva

⁷En alguna ocasión alguien definió a una ninfómana como la mujer a la que un hombre no puede seguirle el paso.

sumamente ineficiente, con el resultado de que obstaculiza el funcionamiento en otras áreas de la vida de la persona.

Un estudio sobre 100 pacientes varones con parafilia o trastornos relacionados se enfocó en la creación de una definición operacional de la hipersexualidad (Kafka, 1997). Los resultados sustentaron el uso del criterio de siete o más orgasmos por semana con una duración mínima de seis meses. Los hombres informaron un promedio de 7.4/8.0 orgasmos por semana en los seis meses anteriores; el tiempo modal por día que utilizaban los hombres en actividad sexual poco convencional era de una a dos horas. Informaron que su actividad hipersexual había comenzado entre las edades de 19 y 21 años. Los comportamientos poco convencionales más comunes eran masturbación compulsiva (67 por ciento de la muestra), promiscuidad prolongada (56 por ciento) y dependencia de la pornografía (41 por ciento). Las parafilias más comunes eran exhibicionismo (35 por ciento de aquellos con una parafilia), voyerismo (27 por ciento) y pedofilia (25 por ciento).

Esta investigación proporciona una definición operacional útil en el caso de los hombres, pero nótese que no debería aplicarse a las mujeres. El criterio se expresa como el número de orgasmos por semana. Algunas mujeres experimentan orgasmos rara vez o nunca; de hecho, su anorgasmia podría causar que realicen la conducta sexual compulsiva. Otro problema es que las mujeres que son orgásmicas, tienen la capacidad de orgasmos múltiples durante una sola sesión de actividad (véase capítulo 9). Una mujer que tiene actividad sexual tres veces por semana podría experimentar siete

Figura 16.7 Pintura histórica de un sátiro, que da nombre a la satiriasis, una variación sexual en la que un hombre tiene un impulso sexual excesivo e insaciable.



u ocho orgasmos, que no serían atípicos o anormales. De nuevo, vemos que el género de una persona es muy importante para definir la anormalidad. De este modo, un criterio válido para la hipersexualidad en los varones no lo sería para las mujeres.

Un estudio sobre mujeres sumamente sexuales reclutó a sus participantes entre voluntarias en presentaciones sobre el tema y a través de anuncios en periódicos dentro de diarios alternativos (Blumberg, 2003). El término *sumamente sexual* se refiere a mujeres que desean obtener estimulación que lleve al orgasmo seis o siete veces por semana o que se consideran como sumamente sexuales y su sexualidad afecta con frecuencia o de manera intensa sus vidas. Se entrevistó a 44 mujeres con edades desde los 20 hasta los 82 años y con ocupaciones tan diversas como conserjes hasta presidentes de corporaciones; 41 eran blancas. Veinticinco por ciento estaban casadas y 48 por ciento estaban separadas o divorciadas. Las mujeres informaron que la demanda interna de excitación y satisfacción sexual era demasiado fuerte para ignorarla; para muchas de ellas, esto moldeaba sus vidas diarias. Esta demanda conducía a retos en las áreas de sus sentimientos acerca de sí mismas, de sus relaciones de pareja y de sus relaciones con amigas mujeres. Para algunas de estas mujeres resultaba imposible formar una sola relación que pudiese satisfacer sus necesidades, lo cual conducía a tener parejas múltiples o a la formación frecuente de nuevas relaciones. El investigador considera que ninguno de los términos (*adicción sexual* o *conducta sexual compulsiva*) se debería aplicar a este comportamiento. Estas mujeres no sentían que su conducta estuviese fuera de control y no informa-

ban un aumento en la frecuencia de la conducta o del impacto de ésta en sus vidas a lo largo del tiempo.

Asfixiofilia

La **asfixiofilia** es un deseo de inducir en uno mismo un estado de deficiencia de oxígeno para crear excitación sexual o para aumentar la excitación y el orgasmo (Zavaičič, 1994). Se

utilizan una variedad de técnicas, incluyendo estrangulación temporal con una cuerda alrededor del cuello, una almohada contra el rostro o una bolsa de plástico sobre la cabeza o la parte superior del cuerpo. Como es obvio, ésta es una conducta muy peligrosa; un error de cálculo puede conducir a la muerte. De hecho, se estima que esto provoca entre 250 y 1 000 muertes por año en Estados Unidos (Innala y Ernulf, 1989). La edad promedio de los hombres que mueren durante esta actividad es de 26 años, lo cual conduce a los investigadores a sugerir que es posible que quienes mueren son los novatos, debido a su inexperiencia (Lowery y Wetli, 1982).

Se sabe poco acerca de la asfixiofilia. La mayoría de las muertes atribuibles a esta práctica implican a hombres. Es frecuente que tales casos sean obvios para el investigador entrenado. Las características que distinguen a estas muertes de los suicidios intencionales incluyen a un varón que está desnudo, travestido o vestido pero con los genitales expuestos y existe evidencia de actividad sexual al momento de la muerte (Hucker y

Asfixiofilia: deseo de inducir en uno mismo un estado de deficiencia de oxígeno para crear excitación sexual o para aumentar la excitación o el orgasmo.

Figura 16.8 Anuncios para buscar parejas. Muchos periódicos y revistas publican tales “anuncios personales”.

| | | |
|---|--|--|
| <p>PAREJAS SENSUALES Hombre blanco soltero de 1.85 m, 95K, castaño, ojos azules. Busca pareja sensual o mujeres solteras para diversión exótica. ¿Tu mujer necesita satisfacer más fantasías? Edad/peso no importan. Anuncio #6240</p> | <p>PRIMERIZOS Pareja blanca, 30-39 años. Buscamos mujer soltera blanca bi, 25-40 para aventuras eróticas ocasionales. Proporcionada en estatura/peso, libre de drogas/enfermedades. Anuncio #6250</p> | <p>CHICA BI-CICLETISTA ¡Se busca! Pareja en sus 30 que gusta de las bi-cicletas. Ella: sensual, ardiente. Él: guapo, potente y duradero. Tú: preciosa vestida de piel o encaje. En bicis, bares o cenas románticas, como amigos que compartamos lo que más nos gusta. ¡Estamos dispuestos! Anuncio #6256;</p> |
| | | |

Blanchard, 1992). A menudo están presentes la pornografía y otros accesorios (Zaviačič, 1994).

Recientemente, se han identificado algunos casos que han implicado a mujeres (Byard *et al.*, 1993). Una reseña de ocho casos mortales entre mujeres encontró que sólo uno implicó vestuario inusual y ninguno incluía pornografía o accesorios. Dos de los casos se consideraron homicidios, uno fue suicidio y cinco fueron muertes accidentales. Los investigadores sugieren que la muerte debida a asfixiofilia puede ser mucho más común entre las mujeres de lo que nos damos cuenta, porque a menudo los investigadores reconocen menos estas muertes como causadas por esta práctica.

Los hombres y mujeres practican asfixiofilia ya que creen que la excitación y el orgasmo se intensifican por la reducción de oxígeno. No hay manera de determinar si esto es cierto. Si la experiencia es más intensa, puede deberse a un aumento en la excitación creado por el riesgo más que por la reducción del oxígeno. Algunos creen que ciertas mujeres pueden experimentar un orgasmo acompañado de eyacuación uretral; esta creencia se ha identificado como una de las razones por las que las mujeres participan en la asfixiofilia. De nuevo, no existe evidencia al respecto.

Probablemente existe un rango que va de aquellos que intentan esta actividad sólo una vez por curiosidad hasta quienes participan en ella de manera repetida y compulsiva. Como es obvio, quienes la practican no quieren matarse; la mayoría utilizan un mecanismo de autoliberación, pero estas protecciones a veces fallan.

Uso y abuso del cibersexo

Una de las principales preocupaciones en años recientes ha sido la posibilidad de que el uso de la Internet para tener acceso a materiales, chat rooms y tableros de anuncios electrónicos con contenido sexual pueda volverse compulsivo, adictivo o parafílico. Recuérdese que la conducta compulsiva implica *a)* una falta de control de impulsos, *b)* conduce a sanciones sociales y legales, *c)* interfiere en el funcionamiento interpersonal y laboral y *d)* crea riesgos de salud. La conducta adictiva implica preocupación, rituales, pérdida de control y desesperación. Las parafilias son conductas de las que se define una duración de seis meses o más y que provocan angustia significativa. Esta preocupación ha sido mencionada por terapeutas y clínicos que informan casos de uso de la Internet que conduce a pérdida del empleo, dificultades de relación o divorcio y otras consecuencias adversas (Galbreath *et al.*, 2002).

Se piensa que la Internet tiene una probabilidad especial de conducir a comportamientos adictivos o compulsivos porque se caracteriza por las tres A: anonimato, accesibilidad y asequibilidad (si usted no es pobre). A diferencia de los comportamientos como pasearse en busca de una pareja o comprar o rentar

videos pornográficos, los usuarios de Internet son anónimos. La red está disponible 24 horas los 7 días de la semana y su uso es relativamente económico; usted puede bajar casi cualquier tipo de material sexual por una cantidad tan pequeña como 2.95 dólares. Esto último aumenta su atractivo; incluso si su pareja ideal mide 1.55 m, pesa 64 kilos, es pelirrojo o pelirroja con ojos verdes y su vestimenta es de cuero negro con una abertura en los genitales, puede localizarla en línea.

La investigación sobre el uso de Internet ha utilizado muestras de conveniencia formadas por personas que responden a invitaciones en sitios de la red y están de acuerdo en responder a un cuestionario en línea. Es obvio que tales muestras consisten de individuos con acceso a computadoras y que poseen habilidades básicas en línea. Por ende, es posible que estas muestras no representen de manera adecuada a las personas de bajos ingresos o de grupos minoritarios. Las primeras investigaciones encontraron que casi la mitad de los participantes ocupaban menos de una hora por semana en asuntos sexuales en línea (Cooper *et al.*, 1999). La preocupación era el 8 por ciento que informaba ocupar 11 horas o más por semana en tal actividad. Un estudio basado en más de 40 000 usuarios evaluó la relación entre la frecuencia y la duración de su uso de Internet y su salud mental. Los resultados indicaron que el número de meses que había pasado desde que los participantes comenzaron a entrar en línea se asociaba positivamente con un historial de problemas y tratamientos de salud mental, al igual que con dificultades conductuales actuales que implicaban uso de alcohol, juegos de azar, comida y sexo. El número de horas por semana que cada uno pasaba en línea se asociaba con antecedentes de problemas y tratamiento de salud mental (Mathy y Cooper, 2003).

Una investigación en la que se utilizó una escala de compulsividad sexual buscaba determinar qué porcentaje de individuos eran usuarios compulsivos (Cooper *et al.*, 2000). El estudio encontró que 83 por ciento de los participantes no eran usuarios problemáticos. Once por ciento obtuvieron puntuaciones moderadas en la escala, 4.6 por ciento eran *sexualmente compulsivos* y 1 por ciento eran *compulsivos del cibersexo*; es decir, obtuvieron las puntuaciones más altas en compulsividad y ocupaban más de 11 horas por semana en asuntos sexuales en línea. Las personas en el grupo de compulsión al cibersexo estaban en mayor probabilidad de ser varones, solteros y que salían con parejas, y a informar que eran bisexuales; reportaron que ocupaban de 15 a 25 horas por semana en asuntos sexuales en línea. Veintiún por ciento de los respondientes informaron que sus actividades en línea habían puesto en peligro cuando menos un área de su vida, siendo la más común las relaciones personales. Los investigadores concluyeron que los bisexuales, y quizá otros grupos sexualmente marginados, pueden tener un riesgo especial de adquirir una compulsión sexual en línea.

Otras variaciones sexuales

Las variaciones sexuales que se discuten a continuación son demasiado poco comunes para haber tenido gran cantidad de investigación dedicada a ellas; sin embargo, son interesantes debido a su naturaleza extraña.

El **troilismo** o *triolismo*, se refiere a tres personas que tienen relaciones sexuales juntas.

La **saliromanía** es un trastorno que se encuentra principalmente en los hombres: un deseo de dañar o mancillar a una mujer o sus ropas o a la imagen de una mujer, como en una pintura o escultura. El hombre se excita sexualmente y es posible que eyacule durante el acto.

La **coprofilia** y la **urofilia** son variaciones que tienen que ver con la excreción. En la coprofilia, las heces son importantes para la satisfacción sexual. En el caso de la urofilia, lo importante es la orina. El urofílico puede tener el deseo de que la pareja se orine sobre él o ella como parte del acto sexual. Los conocedores denominan a la micción “lluvia dorada”.

El **frotteurismo** es la séptima parafilia identificada en el *DSM-IV-TR*. Se define como las fantasías, impulsos o conductas sexuales que implican tocar o frotar los propios genitales contra el cuerpo de una persona que no ha consentido a ello, hacer este tipo de conducta durante un periodo mínimo de seis meses y que ello provoque angustia o dificultad interpersonal notables. Las formas leves de esta actividad son comunes. Es posible que un hombre se acerque a una mujer que está de espaldas y que presione su pene contra el trasero de ella, o que una mujer se acerque de costado a un hombre y que frote sus genitales contra la pierna o cadera de él. Es posible que la persona objetivo desconozca lo que está ocurriendo si sucede en una multitud en un evento deportivo o un concierto. Antes señalamos que 35 por ciento de la muestra de hombres universitarios informaron haber realizado esta actividad.

La **necrofilia** es el contacto sexual con una persona muerta. Es una forma muy rara de comportamiento y los expertos la consideran psicótica y extremadamente desviada. Los necrofilicos derivan gratificación sexual de ver a un cadáver o de tener coito con él; es posible que después mutilen al cuerpo (Thorpe *et al.*, 1961).

La **zoofilia** es el contacto sexual con un animal; esta conducta se denomina también *bestialismo* o *sodomía*, aunque este último término también se utiliza para referirse al coito anal o, incluso, al sexo oral-genital entre humanos. Aproximadamente 8 por ciento de los varones en la muestra de Kinsey informaron haber tenido experiencias sexuales con animales. La mayor parte de esta actividad se concentraba en la adolescencia y probablemente reflejaba la experimentación y los impulsos sexuales difusos de ese periodo. No sorprende que el porcentaje fuese considerablemente mayor entre niños varones provenientes de granjas;

17 por ciento de los varones criados en granjas han tenido contacto con animales que da por resultado el orgasmo. Kinsey encontró que sólo 3 o 4 por ciento de todas las mujeres habían tenido algún contacto sexual con animales. Los terapeutas actuales informan casos de hombres y mujeres que tienen actividad sexual con mascotas. Las actividades incluyen masturbar al animal, contacto oral genital y coito.

Los investigadores publicaron un cuestionario en línea y reclutaron participantes a través de cartas enviadas a los miembros de una red de personas con intereses sexuales en los animales (como dijimos, en la red se puede encontrar de todo: eso es accesibilidad). Se pidió a aquellos que se prestaron como voluntarios que refirieran a otras personas que tuvieran intereses similares a los evaluados en el cuestionario (Williams y Weinberg, 2003). Se obtuvieron datos de 114 hombres, todos blancos, con una mediana de edad de 27 años; 64 por ciento eran solteros, nunca casados, y 83 por ciento tenían cuando menos cierta escolaridad universitaria. Sin duda, estas características reflejan en parte el hecho de que la muestra se obtuvo a través de la red. Noventa y tres por ciento se definieron como “zoofílicos” y dijeron que esta identidad implicaba una preocupación

por el bienestar de los animales y un énfasis en la actividad sexual consensual. Se compararon favorablemente contra los “bestialistas”, de quienes dijeron que no se preocupaban por el bienestar de los animales. Con base en una lista de posibles razones para el interés sexual en los animales, las dos más comunes eran un deseo de afecto y de sexo placentero. El tipo de contacto sexual informado por los hombres variaba según el tipo de animal. Recibir sexo oral y coito anal eran las actividades más frecuentes con perros, en tanto que realizar coito vaginal y anal eran más frecuentes con caballos. Sólo un hombre prefería a las ovejas.⁸ Muchos de los hombres no habían tenido una pareja humana de cualquier género en el año anterior. Los investigadores sugieren que la preferencia por la actividad sexual con animales se puede explicar a través de la teoría del aprendizaje, en

Troilismo: tres personas que tienen sexo juntas.

Saliromanía: deseo de dañar o mancillar a una mujer o sus ropas.

Coprofilia: derivar satisfacción sexual del contacto con heces.

Urofilia: derivar satisfacción sexual del contacto con la orina.

Frotteurismo: derivar satisfacción sexual de las fantasías, impulsos o conductas que implican tocar o frotar los propios genitales contra el cuerpo de una persona que no ha dado su consentimiento.

Necrofilia: derivar satisfacción sexual del contacto con una persona muerta.

Zoofilia: contacto sexual con un animal; también llamado bestialismo o sodomía.

⁸Aquí cabría el chiste de ¿Cuál es la diferencia entre Mick Jagger y un escocés?

Mick Jagger canta “Hey you, get off of my cloud?” (Oye tú, quítate de mi nube) y el escocés dice “Hey McLeod, get off of my ewe” (Oye McLeod, quítate de mi oveja).

cuanto a que las recompensas ofrecidas por el sexo con animales son inmediatas, fáciles e intensas y, por ende, extremadamente reforzantes. Sugieren que la elección de los respondientes por los animales se explica a través de su condicionamiento temprano, ya que la mayoría de los hombres preferían el tipo de animal con el que habían tenido sexo inicialmente.

Prevenición de las variaciones sexuales

Para muchas de las variaciones discutidas en este capítulo existe un continuo de la normalidad a la anormalidad. Las personas cuyas conductas caen dentro del extremo normal disfrutan de estas actividades sin perjudicarse a sí mismas o a los demás. Las personas cuyas conductas caen en el extremo anormal son causa de preocupación.

Las penurias que sufren muchas personas —por ejemplo, la persona sadomasoquista con adicción al sexo— por no mencionar el daño que pueden causar a otros (p. ej., el pederasta), constituyen una buena razón para tener el deseo de desarrollar programas que prevengan las variaciones sexuales (Qualls *et al.*, 1978). En la medicina preventiva se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria. Aplicado a las variaciones sexuales, la prevención primaria significaría intervenir en la vida hogareña o en otros factores durante la infancia para ayudar a prevenir que se desarrollen los problemas o para tratar de enseñarle a las personas cómo afrontar las crisis o el estrés de modo que no se desarrollen estas dificultades. En la prevención secundaria, la idea es diagnosticar y tratar el problema lo más temprano posible, una vez que ha surgido, de modo que se minimicen las dificultades.

Sería sumamente ventajoso realizar la prevención primaria en las variaciones sexuales; es decir, adelantarse a su desarrollo. Por desgracia, esto ha probado ser difícil por varias razones. Un problema lo constituyen las categorías diagnósticas. Las categorías para el diagnóstico de las variaciones sexuales no son tan evidentes en la vida real como pueden parecerlo en este capítulo y no es poco común que una persona reciba diagnósticos múltiples. Es decir, un hombre determinado podría practicar incesto, pedofilia y exhibicionismo. Si es poco claro cómo diagnosticar las variaciones, será bastante difícil descubrir la manera de prevenirlas. Si no se tiene la seguridad de si existe una diferencia entre la varicela y el sarampión, es bastante difícil comenzar a aplicar las vacunas.

Un abordaje alternativo que parece prometedor —en lugar de descubrir las maneras de prevenir cada variación por separado— es analizar los *componentes del desarrollo sexual*. La perturbación en uno o más de

estos componentes en el desarrollo podría conducir a variaciones sexuales diferentes. Una propuesta para estos componentes es la siguiente (Bancroft, 1978):

1. *Identidad de género*. El sentido de masculinidad o feminidad que se desarrolla en la primera infancia.
2. *Respuesta sexual*. Excitación ante los estímulos apropiados.
3. *Formación de relaciones con otras personas*.

Parece claro que en las diferentes variaciones existen perturbaciones en diferentes componentes del desarrollo. Por ejemplo, en la transexualidad la perturbación ocurre en el primer componente, la identidad de género. En el caso del fetichista, ello ocurre en el segundo componente, la respuesta sexual ante estímulos apropiados. Y en el caso del exhibicionista, puede ser que la perturbación se encuentre en el último componente, la capacidad para formar relaciones.

Entonces, la idea sería tratar de garantizar que, a medida que los niños crecen, su desarrollo en estos tres componentes sea sano. Entonces, en términos ideales, no deberían ocurrir variaciones sexuales.

El interés en el desarrollo de programas preventivos dirigidos a los niños ha aumentado como resultado de una aparente disminución en la edad de los delinquentes sexuales arrestados. El número de niños o adolescentes de 17 años o menores que han estado implicados en delitos sexuales ha ido aumentando de manera constante desde el 2001. Algunas jurisdicciones, como Montgomery County, Texas, han visto un aumento del 100 por ciento —de 25 a 49— en el número de jóvenes de 10 a 17 años de edad, de quienes se sospecha la comisión de un delito o agresión sexual agravada. Un estudio sobre adolescentes encarcelados por delitos sexuales encontró que 46 por ciento cometieron su primera ofensa antes de los 12 años de edad (Burton, 2000). La victimización durante la infancia se asoció positivamente con la agresión sexual posterior cometida por el joven, lo cual sugiere que el aprendizaje social puede ayudar a explicar el desarrollo de la delincuencia sexual.

El espacio no nos permite considerar cómo podrían ser los programas de intervención para todas las variaciones diferentes (véase Bancroft, 1978, para una discusión adicional), de modo que consideremos un ejemplo, la transexualidad, en cierto detalle (Green, 1978; véase capítulo 14 para una discusión de la transexualidad).

Supongamos que tenemos un caso típico de un niño muy femenino, Billy, cuyos padres lo llevan a terapia. Billy prefiere vestirse con ropas de niña, jugar con muñecas y a la casita, y le desagradaba jugar con niños varones porque son demasiado rudos. Podría considerarse que está en alto riesgo de volverse transexual, porque casi todos los transexuales recuerdan haberse sentido atrapados en el cuerpo equivocado desde su infancia más temprana.

Figura 16.9 En el siglo XXI algunas personas se han vuelto celebridades debido a sus actividades sexuales inusuales. Bob Crane, estrella del programa “Los héroes de Hogan”, es tema de la película biográfica *Auto Focus*; este filme presenta la obsesión del actor con documentar en cinta de video sus conquistas sexuales. Su adicción afectó tanto su vida profesional como familiar.



¿Qué tipo de terapia podría utilizarse? Se hacen algunos esfuerzos en cuanto a educación simple: asegurarse de que Billy comprenda las diferencias anatómicas entre niños y niñas y que comprenda que no se puede cambiar de género mágicamente. Se enfatizan los aspectos positivos de la masculinidad. Se encuentran compañeros de juego varones que no sean rudos. Se alienta a los padres a no realizar conductas que puedan reforzar su conflicto (por ejemplo, comentar lo lindo que se ve vestido de niña). Se alienta la relación entre padre e hijo y se utiliza un terapeuta varón para que el niño se pueda identificar con él. Por último, la intervención puede implicar simplemente ayudar al niño a aceptar su conducta atípica.

Una terapia de este tipo hace surgir una multitud de dudas éticas. ¿Es correcto convertir a un niño que simplemente podría ser andrógino en un varón tradicional, estereotipado? ¿Es correcto intervenir cuando no se tiene la seguridad de que, de otra manera, el niño se convertirá en un transexual? De hecho, en estudios longitudinales de seguimiento acerca de 26 niños

femeninos, 14 se volvieron transexuales, travestidos u homosexuales, pero 12 se volvieron heterosexuales. Por ende, no se puede tener la seguridad acerca del posible desarrollo de un niño de 5 años que tiene características femeninas. E incluso si se alienta exitosamente una conducta masculina superficial, ¿qué pasaría si una multitud de conflictos continúan gestándose por debajo de la superficie, creando un individuo con una perturbación más grave? Un investigador resumió los problemas complejos del siguiente modo:

Se puede discutir que inducir la intervención (que puede ser prevención) refuerza el sexismo de la sociedad. Lamentablemente, en cierto grado esto es así. Pero aunque tenemos la responsabilidad de reducir el sexismo, también tenemos una responsabilidad hacia el niño individual que queda atrapado en el fuego cruzado entre el idealismo del rol sexual y el mundo real en el que está situado. (Green, 1978, p. 88)

Por decir lo menos, tenemos un largo camino que recorrer en la prevención de las variaciones sexuales.

Tratamiento de las variaciones sexuales

Algunas de las variaciones sexuales analizadas en este capítulo, como los fetiches leves, se encuentran dentro del rango normal de la expresión sexual. No existe una necesidad de tratamiento. Sin embargo, otras se colocan dentro del rango anormal y provocan angustia personal al individuo y, posiblemente, un daño a víctimas renuentes. Se necesitan tratamientos para esta categoría de variaciones. Se han intentado muchos tratamientos diversos, cada uno basado en una comprensión teórica diferente acerca de las causas de las variaciones sexuales. Examinaremos cuatro categorías de tratamientos: los tratamientos médicos, las terapias cognitivo-conductuales, el entrenamiento en habilidades y los programas de 12 pasos del tipo AA.

Tratamientos médicos

Inspirados por el concepto de que las variaciones sexuales son producto de factores biológicos, en el último siglo se han puesto en práctica diversos tratamientos médicos para las variaciones sexuales. Hoy en día, algunos son más parecidos a un castigo cruel e inusual. Sin embargo, a las personas les encantaría tomar una pastilla que pudiese curar algunas de estas parafilias complejas y dolorosas o peligrosas, de modo que la búsqueda de tales tratamientos continúa.

La castración quirúrgica se empleó de manera bastante común en el siglo XIX en Estados Unidos como tratamiento para diversos tipos de impulsos sexuales incontrolables (Bullough, 1976). La idea resurgió recientemente en algunos casos judiciales en los que se propuso la castración como tratamiento para los

violadores, como se discute en el Tema central 9.4 del capítulo 9. Tales tratamientos se basan en el concepto de que la eliminación de la testosterona en un hombre a través de extirpar los testículos conducirá a una reducción drástica en el impulso sexual, que a su vez eliminará los impulsos a cometer delitos sexuales. Sin embargo, como vimos en el capítulo 9, una reducción en los niveles de testosterona en los humanos no siempre conduce a una reducción en la conducta sexual. La castración quirúrgica no se puede recomendar como tratamiento para los delincuentes sexuales ya sea debido a bases humanitarias o con base en la efectividad.

El *tratamiento hormonal* implica el uso de fármacos para reducir el deseo sexual. La excitabilidad sexual depende en gran medida de mantener el nivel de andrógeno en el torrente sanguíneo por encima de un nivel umbral. Dos maneras para reducir este nivel consisten en administrar (1) fármacos que reduzcan la producción de andrógeno en los testículos (“castración química”) o (2) antiandrógenos que se enlazan con los receptores de andrógeno en el cerebro y los genitales, bloqueando los efectos de la hormona. El uso de cualquiera de estas opciones debería producir una aguda disminución en el deseo sexual. En los últimos 40 años se han puesto a prueba varios fármacos. El que se ha utilizado de manera más común en Estados Unidos es el *acetato de medroxiprogesterona* (AMP), que se enlaza con los receptores de andrógeno. La sustancia se aplica por inyección, con frecuencia semanalmente. Una reseña de la literatura muestra que el uso de AMP da por resultado una reducción en el interés sexual y un menor nivel de fantasías sexuales, junto con disminución en las erecciones y eyaculación (Miner y Coleman, 2001). Sin embargo, “la tasa de abandono del tratamiento es extremadamente alta y se ha encontrado que las tasas de reincidencia en el delito superan el 65 por ciento en aquellos que discontinúan el tratamiento antiandrógeno” (p. 8). Hace poco tiempo, los clínicos comenzaron a utilizar acetato de leuprolida, un análogo sintético de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH; véase capítulo 5), cuyo uso continuado suprime la producción de andrógeno y reduce las fantasías y el impulso sexuales. Tiene menos efectos secundarios que el AMP. Los estudios sistemáticos acerca de su efectividad no se han publicado.

El uso de un *tratamiento psicofarmacológico* alternativo aumentó de manera notable en frecuencia durante el decenio de 1990. En este caso, los fármacos psicotrópicos, como los antidepresivos del tipo del Prozac, se administran a los delincuentes. Estas sustancias influyen en el funcionamiento psicológico y comportamiento de los pacientes debido a su acción sobre el sistema nervioso central. La novedad de los fármacos que se están utilizando significa que existe poca investigación acerca de la efectividad de esta técnica. En el caso de personas que tienen parafilia y que han recibido también diagnósticos de trastorno

obsesivo-compulsivo o depresión se están utilizando antidepresivos. Estas sustancias cambian la conducta obsesiva-compulsiva más que el deseo sexual (Gijs y Gooren, 1996). Existe gran cantidad de interés en el uso de los antidepresivos más nuevos, conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los informes de caso indican que los ISRS reducen las fantasías e impulsos parafílicos (Raymond et al., 2002). Estos fármacos se han empleado exitosamente para el tratamiento de las conductas compulsivas. Su éxito con las parafilias sugiere que estos padecimientos pueden ser un tipo de trastorno obsesivo-compulsivo (Miner y Coleman, 2001).

Tanto el tratamiento hormonal como el psicofarmacológico deberían utilizarse sólo como un elemento de un programa completo de terapia, que incluiría orientación psicológica y tratamiento para otros déficits emocionales y sociales. Los mejores resultados se obtienen con hombres que tienen gran cantidad de motivación para cambiar su conducta y, por ende, obedecen al régimen prescrito de tratamiento. Si la persona con parafilia deja de utilizar el fármaco o de participar en otros aspectos del tratamiento, el programa fallará. Por desgracia, una de las limitaciones de la investigación acerca de la efectividad de estos tratamientos es la tasa de abandono, que fue del 46 por ciento en un estudio.

Terapias cognitivo-conductuales

Algunos programas de tratamiento se basan en las terapias cognitivo-conductuales. Los programas amplios incluyen (Abel et al., 1992):

1. Terapia conductual para reducir la excitación sexual inapropiada y aumentar la excitación apropiada.
2. Entrenamiento en habilidades sociales.
3. Modificación del pensamiento distorsionado: desafío de las racionalizaciones que emplea la persona para justificar su comportamiento indeseable.
4. Prevención de recaídas; ayudar a la persona a identificar y controlar o evitar aquello que detona la conducta.

Aunque en ocasiones los medios de comunicación difunden historias sorprendentes acerca de la aplicación de terapias conductuales que implican la administración de choques eléctricos a los delincuentes sexuales si se excitan, digamos, ante la imagen de un niño desnudo, de hecho se han utilizado técnicas más leves que son efectivas. La *sensibilización encubierta* es una de tales terapias. Implica aparear imaginaria aversiva (pensamientos) con fantasías del comportamiento meta. Por ejemplo, en el tratamiento de un exhibicionista, éste practica de manera repetida una fantasía vívida en la que, al momento de imaginar que está listo para exhibirse, experimenta oleadas de náusea y vómito. Por supuesto, los detalles se individuali-

zan para la persona y para su problema particular. Los informes indican que este abordaje ha sido efectivo en casos como sadismo, exhibicionismo y pedofilia (Barlow *et al.*, 1969; Wallen y Roth, 1987).

Otro abordaje es el *recondicionamiento orgásmico* (Marquis, 1970; Wallen y Roth, 1987). Con este método, al paciente se le pide que se masturbe pensando en sus fantasías parafilicas habituales. Entonces, justo al momento del orgasmo, cambia a una fantasía aceptable. Después de practicar esto por algún tiempo, puede tener orgasmos de manera regular mientras piensa en una fantasía aceptable. Entonces se le pide que mueva de manera progresiva la fantasía a una fase anterior de la masturbación. Gradualmente se condiciona a experimentar excitación sexual en el contexto de una conducta aceptable.

Un programa dirigido a delinquentes sexuales mujeres combinó las técnicas cognitivo-conductuales con las psicodinámicas y se basó en un esquema individual en lugar de utilizar terapia grupal (Traven *et al.*, 1990). Es típico que los delinquentes varones nieguen responsabilidad de su conducta, de modo que la etapa inicial del tratamiento puede enfocarse en el reconocimiento de la propia conducta y de sus consecuencias. Las mujeres en este programa reconocieron con facilidad lo que habían hecho y estaban abrumadas por la culpa y vergüenza, de modo que su etapa inicial se

enfocó en la autoestima. Así, es posible que se requieran diferentes programas de tratamiento para las parafilias masculinas y femeninas.

Entrenamiento en habilidades

Según otra comprensión teórica, las personas con parafilias llevan a cabo la conducta debido a que tienen gran dificultad para formar relaciones y, por ende, no tienen acceso a las formas apropiadas de gratificación sexual. Muchas de estas personas no tienen habilidades para iniciar y mantener una conversación. Es posible que les resulte difícil desarrollar intimidad (véase capítulo 13) (Keenan y Ward, 2000). Existe la posibilidad de que tales personas se beneficien de un programa de tratamiento que incluya el entrenamiento en habilidades sociales. Tal entrenamiento puede incluir técnicas para llevar una conversación, para desarrollar intimidad, para tener una asertividad apropiada y la identificación de los temores irracionales que inhiben a la persona (Abel *et al.*, 1992). Estos programas también pueden incluir educación sexual básica.

Si una persona necesita aprender las habilidades de interacción sexual, un abordaje consistiría en hacer que tenga interacción con un compañero entrenado. Ésta es la base para una práctica muy polémica, el uso de sustitutos sexuales como parte de un

Figura 16.10 El elemento central de los programas de 12 pasos como Adictos Sexuales Anónimos son las reuniones de grupo en las que los participantes confrontan su adicción con el apoyo de otros miembros del grupo.



programa de tratamiento. La persona sustituta trabaja con el terapeuta, teniendo interacción social y sexual con el cliente para proporcionar oportunidades de utilizar la información y habilidades de adquisición reciente. Algunos terapeutas creen que el uso de sustitutos es ético, pero otros lo consideran como un tipo de prostitución. De la misma manera que la definición de *anormalidad* depende del propio punto de vista, también lo es la definición de *terapia sexual*.

Programas de 12 pasos del tipo AA

Como vimos en el Tema central 16.2, la teoría de la adicción sexual discute que muchas personas que tienen patrones sexuales incontrolables e inapropiados son adictas a su práctica sexual particular. Según este enfoque, el tratamiento apropiado es el programa de 12 pasos cuyo modelo es Alcohólicos Anónimos.

Los programas de tratamiento basados en este abordaje se han vuelto muy comunes en años recientes. Algunos de los programas están bajo la guía de los miembros del grupo, mientras que otros se afilian con instituciones profesionales de salud. Los programas de 12 pasos combinan la reestructuración cognitiva con la obtención de apoyo de otros miembros que tienen conductas problemáticas iguales o similares y el aumento de la espiritualidad. Este último aspecto

implica aumentar la propia conciencia en un “poder superior”, del cual se puede depender en cuanto a buscar ayuda para la propia recuperación. En general, los grupos basados en AA no están dispuestos a cooperar con los investigadores, ya que creen que hacerlo impediría que los miembros del grupo se concentren en la recuperación. Como resultado, existen pocos datos de investigación sobre estos programas.

¿Qué funciona?

Lo que se requiere es investigación controlada de manera cuidadosa acerca de la efectividad de diversos abordajes para el tratamiento de las variaciones sexuales (Miner y Coleman, 2001). La investigación hecha hasta ahora ha tendido a aplicar un método a un grupo heterogéneo de personas. Sin embargo, es probable que cada método sea más efectivo con algunas parafilias que con otras. La investigación con fármacos debería evaluar de manera sistemática los efectos secundarios; algunas sustancias tienen efectos secundarios graves en algunas personas, en especial si se utilizan por más de seis meses. La investigación debería considerar la probabilidad relativa de recaídas; algunos parafílicos representan un peligro grave para sí mismos (p. ej., los asfixiofílicos) o para los demás si vuelven a iniciar su comportamiento problemático.

RESUMEN

Parece razonable definir al *comportamiento sexual anormal* como la conducta que es incómoda para la persona, ineficiente, extraña o dañina física o psicológicamente para el individuo o para los demás. La American Psychiatric Association define las parafilias como fantasías, impulsos o conductas recurrentes, intensas y sexualmente excitantes que son obsesivas o compulsivas.

Se han utilizado cuatro enfoques teóricos para comprender las parafilias: la teoría del aprendizaje, la teoría cognitiva, el modelo de la adicción sexual y la teoría sociológica. Se han propuesto varias explicaciones para el hecho de que existan muchos más parafílicos hombres que mujeres.

Un fetichista es una persona que se vincula en sentido erótico con algún objeto que no es otro ser humano. Es más probable que el fetichismo provenga del condicionamiento y esto proporciona un buen ejemplo del continuo de normalidad a anormalidad en la conducta.

El travestido deriva satisfacción sexual de vestirse como un miembro del otro género. Como ocurre con muchas otras variaciones sexuales, el travestismo es mucho más común entre hombres que entre mujeres. Los datos de encuesta sugieren que muchos hom-

bres que posteriormente se convierten en travestidos comienzan a utilizar ropas del sexo contrario en su infancia.

Tres estilos de interacción sexual implican diferencias en el control sobre las interacciones sexuales. El dominio y la sumisión implican un intercambio consensual de poder y la actuación de representaciones gobernadas por un guión. Las ataduras y disciplina implican el uso de sujeción física u órdenes verbales de una persona para controlar a otra. Tanto el D-S como las A-D pueden ocurrir sin contacto genital u orgasmo. El sadismo y el masoquismo implican derivar la gratificación sexual de dar y recibir dolor. Ambos se reconocen como parafilias si se vuelven compulsivos.

El voyer se excita sexualmente al ver personas desnudas. El exhibicionista expone sus órganos sexuales ante otros. En general, ambos son inofensivos.

Ninfomanía y satiriasis son términos utilizados para describir a mujeres y hombres que tienen un sexual extraordinariamente elevado. Ambos términos son ambiguos y están sujetos a un uso incorrecto. La palabra *hipersexualidad* tiene el potencial de ser más precisa, en particular si se define en términos conductuales.

Otras variaciones sexuales incluyen a la asfixiofilia, la zoofilia y la necrofilia. Una preocupación reciente es el abuso del cibersexo, que se facilita por el anonimato, accesibilidad y asequibilidad de la red.

Se explora la posibilidad de programas para prevenir las variaciones sexuales. Los programas dis-

ponibles incluyen tratamientos médicos, terapias cognitivo-conductuales, entrenamiento en habilidades y programas de 12 pasos del tipo AA. Necesitamos investigaciones cuidadosas para determinar qué programas funcionan mejor en el tratamiento de ciertos comportamientos.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Qué piensa de la idea de prevenir las variaciones sexuales que se presentan en este capítulo? ¿Considera usted que las escuelas o alguna otra institución debería poner en práctica un programa para seleccionar a los niños, tratando de detectar a aquellos con características que podrían indicar que es posible que desarrollen una variación sexual posteriormente en sus vidas y entonces dar terapia a tales niños?
2. De las variaciones sexuales presentadas en este capítulo ¿cuál le parece más anormal? ¿Por qué? ¿Aquellas que usted ha elegido satisfacen los criterios de anormalidad discutidos al inicio del capítulo?
3. Un fenómeno común en la facultad de medicina es que los estudiantes de medicina piensen que han contraído una de las enfermedades que están estudiando. El fenómeno análogo sería que los estudiantes que leen este capítulo piensen que tienen una o más de las parafilias. ¿Usted notó que se excita sexualmente a medida que leía acerca de una (o más) de las variaciones? En tal caso, ¿piensa que es anormal? ¿Por qué sí y por qué no?
4. La mayoría de las personas que buscan tratamiento o a quienes se arresta en Estados Unidos por comportamientos atípicos o parafilicos son hombres blancos. ¿Piensa usted que ésta es una imagen precisa de la sociedad estadounidense o simplemente no sabemos acerca de los hombres que no son blancos y que realizan estas conductas? Con base en los datos presentados y en las causas discutidas, ¿esperaría que los hombres negros, asiáticos o hispanos realicen estas conductas? ¿Por qué sí y por qué no?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Griffin-Shelley, Eric. (1991). *Sex and Love: Addiction, treatment, and recovery*. Westport, CT: Praeger. Este libro describe el modelo de adicción según se aplica al sexo y al amor. También describe programas de tratamiento.

Wilson, Glen D. (Ed.). 1987. *Variant sexuality: Research and theory*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Los capítulos de este libro reseñan las diferentes explicaciones teóricas para las variaciones sexuales, desde las perspectivas genéticas y sociobiológicas hasta las transculturales.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.bigeye.com/sexeducation/paraphilias.htm>

Vínculos de educación sexual: parafilias.

<http://www.shef.ac.uk/~psysc/uaps/fetish.htm>

Explicación del fetichismo femenino.

<http://www.sexuality.org/fetish.html>

Narraciones personales de varios fetiches.

<http://www.sexualrecovery.com>

Sexual Recovery Institute; tratamiento para los comportamientos sexualmente adictivos.

<http://www.avitale.com/readinglistalpha.htm>

Una bibliografía de libros sobre transiciones de rol de género.

C A P Í T U L O

17

Coerción sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Violación

Estadísticas de incidencia
El impacto de la violación
Violación en citas
Violación marital
Causas de la violación
Violadores
Varones como víctimas de la violación
Violación carcelaria
Grupos étnicos y violación
Prevención de la violación

Abuso sexual infantil

Patrones del abuso sexual infantil
Patrones de incesto
Impacto psicológico sobre la víctima
Los delincuentes

Acoso sexual

Acoso sexual en el trabajo
Acoso sexual en la educación: buena calificación
por acostón
Sexo psicoterapeuta-cliente

La educación sexual básica de Eboni vino de lo que vio y de las experiencias directas que tuvo. Cuando tenía cinco años de edad, ella y su hermano estaban jugando a las luchitas con su tío. De repente, su tío sacó a su hermano de la habitación, cerró con llave, y comenzó a quitarle la ropa a Eboni. La sostuvo sobre la cama y comenzó a penetrarla, pero se detuvo abruptamente. Desde entonces, Eboni le tuvo miedo. En realidad no entendió cuáles habían sido sus intenciones o por qué lo había querido hacer, pero sabía que su conducta era inesperada y extraña.

....La abuela y padre de Eboni le insistían que no hablara con desconocidos ni que tomara dinero de ellos. Eboni entendía el por qué: sabía que ser molestada significaba ser violada. Sin embargo los desconocidos no fueron los depredadores.*

*Wyatt (1997, pp. 72-73).

El presente capítulo trata de la actividad sexual que implica coerción y que no se da entre adultos que dan su consentimiento; de manera específica, examinaremos la violación, el abuso sexual infantil y el acoso sexual en el trabajo y en la educación. Durante los últimos 20 años, estos temas se han publicitado ampliamente y ha aparecido gran cantidad de buena investigación científica acerca de ellos.

Violación

De manera típica y de acuerdo con las leyes actuales de muchos estados de la Unión Americana, la **violación** se define como “penetración oral, anal o vaginal sin consentimiento, obtenida por la fuerza, a través de amenaza de daño físico o cuando la víctima es incapaz de otorgar consentimiento” (Koss, 1993, p. 1 062). Nótese que la definición incluye no sólo el coito vaginal forzado, sino también el sexo oral o anal forzados. El punto esencial es que la actividad no es consensual, es decir, la víctima no da su consentimiento para que suceda. Un tipo de falta de consentimiento ocurre cuando la víctima es incapaz de dar su consentimiento, tal vez a causa de embriaguez, por pérdida de conciencia o por estar drogada.

Estadísticas de incidencia

En el año 2002, se informó de cerca de 95 000 violaciones —consumadas o intentadas— en Estados Unidos; esto significa que hubo 66 violaciones informadas por cada 100 000 mujeres (FBI, 2003). Sin embargo, también según el FBI, la violación forzada es uno de los crímenes de los que menos se informa. Un estudio halló que sólo una de cada 5 violaciones (21 por ciento) cometidas por un desconocido se habían reportado a la policía y que sólo se había informado del 2 por ciento de las violaciones cometidas por alguna persona conocida (Koss *et al.*, 1988). Un estudio nacional adecuadamente muestreado de mujeres estudiantes universitarias encontró que el 28 por ciento había experimentado un acto que satisfacía la definición legal

de violación (Koss *et al.*, 1987). De acuerdo con la National Violence Against Women Survey (Encuesta nacional de violencia en contra de las mujeres), una mujer tiene un 15 por ciento de probabilidades de que se le violará durante su vida (Tjaden y Thoennes, 1998). La NHLS encontró que el 22 por ciento de las mujeres habían estado implicadas en algún incidente en que se les había obligado a sostener relaciones sexuales (Laumann *et al.*, 1994). Las estadísticas varían un tanto entre un estudio y otro, pero la mayoría ha encontrado que el riesgo de que una mujer sea violada a lo largo de su vida se encuentra entre el 14 y el 25 por ciento (Koss, 1993). Más de la mitad de todas las violaciones a mujeres ocurren antes de los 18 años de edad, y el 22 por ciento ocurre antes de los 12 años de edad (Centers for Disease Control and Prevention, 2004a).

El impacto de la violación

Un gran número de investigaciones ha estudiado las reacciones psicológicas de las mujeres después de una violación (p. ej., Burgess y Holmstrom, 1974a; Frazier *et al.*, 2004; Koss, 1993). Estas investigaciones indican que una violación es un momento de crisis para la mujer y que los efectos sobre su adaptación pueden persistir durante un año o más. El término **síndrome del trauma de la violación** se ha utilizado para referirse a los efectos emocionales y físicos por los que atraviesa una mujer después de un intento de violación o de haber sido violada (Burgess y Holmstrom, 1974a).

Figura 17.1 Mary Koss, quien condujo investigaciones innovadoras acerca de la violación por conocidos en recintos universitarios (Facultad de medicina, Universidad de Arizona).



Violación: penetración oral, anal o vaginal sin consentimiento, obtenida por la fuerza, a través de amenaza de daño físico o cuando la víctima es incapaz de otorgar consentimiento.
Síndrome del trauma de la violación: efectos emocionales y físicos que atraviesa una mujer después de una violación o intento de violación.

Tema central 17.1

Una víctima de violación en citas cuenta su historia

Durante mi segundo año en la Universidad de Northwestern, me di cuenta de que quería socializar más. Rompí con mi novio de mi pueblo natal, empecé a ir a fiestas de la universidad, comencé a beber y a citarme con otros muchachos de la escuela. Yo era virgen pero ya no lo quería ser. Conocí a mi segundo novio en la clase de física. “G” era jugador de fútbol americano y era un hombre grande y guapo, el hombre mejor parecido que yo había conocido. Empezamos a salir juntos y al principio fue maravilloso. Incluso me llevó a casa cargando después de una fiesta, y yo pensé, “Éste es el indicado.” Nuestro primer intento por sostener relaciones sexuales fue difícil y empecé a rogarle que se detuviera, pero él siguió intentándolo hasta que lo logró y había sangre por todos lados. Fue horrible.

Seguí citándome con G, pero empezó a comportarse de manera muy distinta. Cuando bebía, se ponía extremadamente violento, y en diferentes ocasiones lo vi romper una máquina de golosinas, atravesar el toldo suave de un Porsche a patadas y arrancar un excusado de la pared de la casa de una fraternidad. Estaba infeliz por la manera en que lo trataban en el equipo de fútbol y yo trataba de consolarlo. Se volvió más enojado y paranoide. Exigía saber dónde había estado en todo momento y me acusaba de que le estaba siendo infiel. Yo quería romper con él, en especial porque el sexo era rudo y no siempre consensual, pero le tenía miedo. Traté de evitarlo, pero siempre me encontraba.

Una noche, G llegó muy borracho a una fiesta en la que yo estaba. Amenazó a un tipo que estaba allí hablando conmigo. Traté de escabullirme de la fiesta. Se dio cuenta de que me había ido y salió corriendo tras de mí. Otro tipo me detuvo para tratar de convencerme de que lo dejara que me llevara a casa ya que yo había estado bebiendo. G me acusó de que yo había tratado de ligar con el tipo, quien incluso ofreció llevarnos a casa a los dos. Pero G no dejó que lo hiciera y dijo que yo lo llevaría a casa. Yo no quería tener problemas de modo que lo llevé a su dormitorio. Según él, estaba demasiado borracho como para caminar hasta su dormitorio, así que lo traté de ayudar hasta su habitación. Cuando me volteé para marcharme, pegó un brinco y me encerró en la habitación. Me atacó. Traté de luchar con él, pero no me escuchaba y no se detenía. Golpeó mi cabeza contra la pared en varias ocasiones y trató de obligarme a darle sexo oral. Lo mordí y eso lo enfureció aún más. Después trató de penetrarme por el ano y luché lo más que pude. Finalmente empecé a llorar y él se detuvo cuando perdió su erección. El resto de la noche, me sentí completamente atrapada en su habitación del dormitorio. Estuve despierta toda la noche y traté de irme, pero él se despertaba y me detenía. Nunca he olvidado lo asustada que me sentí toda esa noche. Esa mañana se levantó, se bañó y actuó como si nada hubiera ocurrido. Estuvo en todas mis clases durante el resto de mi carrera universitaria.



Para aprender más acerca de la coerción sexual, vea el video “Tras las puertas cerradas” en el capítulo 17 de su CD.

Las reacciones emocionales inmediatas a la violación, en su fase aguda, pueden ser graves. Por lo general, los elevados niveles de angustia alcanzan un pico a las 3 semanas después del ataque y continúan a un nivel alto durante el siguiente mes. Después aparece una mejoría gradual que comienza a los 2 o 3 meses después de la violación (Koss, 1993; Rothbaum *et al.*, 1992). Muchas de las diferencias entre mujeres violadas y aquellas no victimadas desaparecen

después de tres meses, a excepción de que las mujeres violadas continúan informando de más temor, ansiedad, problemas de autoestima y trastornos sexuales. Estos efectos pueden persistir durante 18 meses o más

(Koss, 1993). Véase el Tema central 17.1 para la narración de una mujer acerca de estos efectos en su vida.

Algunas mujeres se culpan a sí mismas. Una mujer puede pasar horas agonizando acerca de lo que hizo para ocasionar la violación o acerca de lo que pudo haber hecho para prevenirla: “Si no me hubiera puesto ese suéter tan ajustado...”; “Si no hubiera usado esa falda corta...”; “Si no hubiera sido tan tonta como para caminar por esa calle oscura...”; “Si no hubiera sido tan estúpida como para confiar en ese tipo...” Éste es un ejemplo de la tendencia, tanto de parte de la víctima misma como de los demás, por *culpar a la víctima*.

Los investigadores están encontrando cada vez mayor evidencia del daño a la *salud física* de la mujer que puede presentarse a causa de la violación (Centers for Disease Control and Prevention, 2004a; Heise, 1993; Koss *et al.*, 1991; Koss y Heslet, 1992). Las mujeres pueden sufrir daños físicos, tales como cortadas y moretones, así como dolor y sangrado vaginales. Las mujeres

Después de eso empecé a beber mucho. Le conté a mi compañera de cuarto, J, y a otra mujer de mi piso, D. Nunca se me ocurrió reportarlo porque él era mi “novio”. Una semana después, D fue atacada por otro estudiante. Después fue con la policía de la universidad. La llevaron con el director de vivienda estudiantil. Le dijo que no era problema de él ni de la policía, sino suyo por la manera en que bebía.

Un año y medio después, empecé a oír voces. Era una voz masculina que me llamaba perra cabrona, puta y otros insultos. Pensé que me estaba volviendo loca y me deprimí mucho. Decidí que era esquizofrénica y que me iba a matar. No tuve éxito en mi intento.

Poco después, estaba haciendo unas compras en una librería feminista. Vi el título de un libro que estaba plantado directamente enfrente de mí, “Nunca lo llamé violación.” Comencé a leerlo allí mismo en la librería y empecé a llorar y a pensar, “Esto es lo que me pasó a mí.” Hablé con un miembro docente que hizo arreglos para orientación inmediata.

La primera vez que fui a ver a la orientadora, ni siquiera pude hablar. Me senté en su oficina y lloré durante la hora completa. Me decía una y otra vez, “No fue tu culpa, no fue tu culpa.” No lo podía creer. Después discutimos cómo la mayoría de las veces que G y yo habíamos tenido sexo, en realidad había sido violación, incluyendo la primera y la última. Participé en una “Marcha para retomar la noche”. Los miembros de una de las fraternidades nos arrojaron botellas.

Pasé por mis estudios de medicina y por mi residencia. Durante mi primer año de residencia, me atacaron de nuevo; esta vez fue un hombre que estaba en las escaleras durante una fiesta de Año Nuevo en un hotel. Empecé a gritar, “¡Me estás violando, me estás

violando! ¡Se detuvo y yo escapé! Pero no fui a la sala de urgencias, sólo me fui a casa y me metí en la cama. Regresó la vergüenza anterior. De nuevo empecé a beber en exceso. Una noche, bebí toda la noche y nunca me presenté a trabajar a la mañana siguiente. Finalmente, fui a la oficina de mi director, deprimida, con resaca y todavía oliendo a alcohol, y mi jefe me dijo que tenía que detenerme y arreglar mi vida de inmediato o no me dejaría regresar al año siguiente. Así que dejé de beber. También me hice de dos muy buenas amigas casi al mismo tiempo. Por medio de su apoyo, realmente cambié mi vida.

Tres años después, me mudé a Madison, Wisconsin. Estaba viviendo sola por primera vez y tenía muchísima ansiedad. Me uní a un Grupo de Apoyo de Supervivientes de Ataques Sexuales. Después, en la primavera, me invitaron a hablar en mi vieja universidad en el Día de Orientación Vocacional para estudiantes de educación media superior, así que regresé 10 años después de los incidentes. Finalmente había triunfado en mi carrera, tenía relaciones fuertes y amorosas con mis amigos y padres y me sentía feliz. Ahora veo hacia atrás a lo que pasó y pienso que realmente sobreviví a muchas cosas. Siento que me ayuda a ser mejor médico porque puedo empatizar con lo mala que puede ser la vida para la gente.

Fuente: Basado en una entrevista conducida por Janet Hyde.

que han sido forzadas a tener sexo oral pueden padecer de irritación o daños a la garganta; las mujeres forzadas a sostener coito anal han informado de sangrado y dolor rectales. Existe la posibilidad de que una mujer violada contraiga alguna enfermedad de transmisión sexual tal como VIH/SIDA o herpes. En cerca del 5 por ciento de los casos de violación, se presenta un embarazo (Koss *et al.*, 1991).¹ Las mujeres que han sido víctimas de ataques sexuales o físicos en algún momento de su pasado visitan a sus médicos con el doble de frecuencia anual que las mujeres no victimadas (Koss *et al.*, 1991).

¹ Se deberían llevar a cabo análisis rutinarios para detectar enfermedades de transmisión sexual como parte del tratamiento hospitalario de las víctimas de violación. Se pueden llevar a cabo pruebas de embarazo si se atrasa la menstruación de la mujer. Si existen probabilidades de embarazo, se pueden utilizar métodos anticonceptivos de urgencia (véase el capítulo 8).

Hoy en día, muchos expertos sugieren que utilizar el término *síndrome del trauma de la violación* no es la mejor manera de denominar y comprender los efectos de una violación; más bien, discuten algunos, deberíamos reconocer que las víctimas de la violación están experimentando el **trastorno por estrés postraumático (TEPT)** (p. ej., Koss, 1993). El trastorno por estrés postraumático es un diagnóstico oficial que originalmente se desarrolló para describir la angustia psicológica a largo plazo que padecían los veteranos de guerra, la mayoría de los cuales son varones. Los síntomas pueden incluir la reexperimentación persistente del suceso traumático (recuerdos alucinatorios, pesadillas), la evitación de estímulos asociados con éste (evitar ciertos sitios o actividades), e hiperexcitación (dificultades del dormir, dificultades para concentrarse, irritabilidad). De

Trastorno por estrés postraumático (TEPT): angustia psicológica a largo plazo que sufre una persona que ha experimentado un suceso aterradorante.

Crecimiento postraumático:

cambios vitales positivos y desarrollo psicológico posterior a la exposición a un trauma.

acuerdo con el enfoque cognitivo-conductual del TEPT, las personas que han experimentado un suceso aterradorante forman un esquema de memoria

que incluye la información acerca de la situación y sus respuestas ante ella (Foa *et al.*, 1989). Debido a que el esquema es amplio, muchas señales pueden desencadenarlo, evocando, así, los sentimientos de terror que ocurrieron en el momento; es probable que el esquema se encuentre activado a cierto nivel todo el tiempo. Los esquemas también afectan la manera en que interpretamos sucesos nuevos, de modo que las consecuencias son trascendentales y duraderas.

Es importante reconocer que la violación afecta a muchas personas en adición a la víctima. De manera rutinaria, la mayoría de las mujeres llevan a cabo un número de cosas que surgen a partir de sus temores a una violación. Por ejemplo, no se supone que una mujer soltera liste su nombre completo, sino más bien su inicial o el nombre de un varón, en el directorio telefónico, a fin de no revelar que vive sola. Muchas mujeres, al entrar en sus automóviles de noche, revisan el asiento trasero casi de forma refleja para asegurarse de que nadie se está escondiendo allí. La mayoría de las mujeres universitarias evitan caminar solas por las partes oscuras de las instalaciones. Por lo menos en alguna ocasión durante sus vidas, la mayoría de las mujeres han tenido miedo de pasar la noche a solas. Si usted es

mujer, es probable que pueda ampliar esta lista a partir de sus propias experiencias. El punto es que la mayoría de las mujeres experimentan temor a la violación, sino es que una violación en sí (Burt y Estep, 1981; Warr, 1985), y este temor restringe sus actividades.

También es posible que los cónyuges o parejas de las víctimas se vean profundamente afectados. Al mismo tiempo, pueden proporcionar un importante apoyo a la mujer a medida que se recupera (véase Tema central 17.2).

Las nuevas investigaciones en psicología indican que no todo el mundo que experimenta un grave suceso traumático desarrolla TEPT. De hecho, algunas personas presentan un **crecimiento postraumático**, es decir, cambios vitales positivos y desarrollo psicológico después de la exposición al trauma (Tedeschi *et al.*, 1998). La investigación con víctimas de violación o, de manera más precisa, con *supervivientes de violación* confirma que algunos de ellos sí informan de cambios vitales positivos, tales como un aumento en la capacidad para cuidarse a sí mismos, un mayor sentido de propósitos en la vida y una mayor preocupación por otros en situaciones similares (Frazier *et al.*, 2004).

Violación en citas

En el estudio nacional de Mary Koss con mujeres universitarias, entre aquellas que habían experimentado un acto que cubría la definición legal de violación, el 57 por ciento de las violaciones implicaban una cita y,

Figura 17.2 Orientación en crisis para víctimas de violación. Muchas mujeres experimentan una grave angustia emocional después de una violación y es importante que tengan orientación en crisis a su disponibilidad.



Tema central 17.2

¿Cómo pueden ayudar los amigos a una víctima de violación?

Lo que la víctima necesita hacer

Obtener asistencia médica.

Sentirse segura. La violación es un atentado violento en contra de la persona. Es frecuente que a las víctimas les sea difícil estar solas, especialmente al principio.

Ser creída. Especialmente en el caso de violación en citas, es necesario que se les crea a las víctimas que lo que sucedió fue, de hecho, una violación.

Saber que no es su culpa. La mayoría de las víctimas de violación se sienten culpables y sienten que el ataque es culpa suya de alguna manera.

Tomar control de su vida. Cuando se viola a una persona, es posible que sienta que ha perdido todo control de lo que le está sucediendo. Un paso importante en la vía a la recuperación es que retome la sensación de control en asuntos tanto pequeños como grandes.

Cosas que usted puede hacer para ayudar

Escuche, no juzgue. Acepte su versión de los hechos y préstele su apoyo.

Ofrézcale refugio. De ser posible, quédese con ella en el lugar en donde vive o deje que ella pase al menos una noche en el lugar donde usted habita. Este no es momento para que ella se quede sola.

Esté disponible. Es posible que ella necesite hablar a horas inusuales o que lo haga en gran medida al principio. También aliéntela a que llame a un servicio telefónico de urgencias o que acuda a algún centro de orientación. Esté disponible aun meses después.

Consuélela. Ella necesita que se le dé cariño.

Déjele saber que ella no es responsable.

Anímela a que tome medidas. Por ejemplo, sugiérela que hable a un servicio telefónico de urgencias, que vaya al hospital, que hable a la policía, o todas las anteriores. Respete su decisión si decide no levantar cargos. No tome decisiones por ella, ya que necesita retomar el control de su vida.

Deje a un lado sus propios sentimientos y manéjelos en otro sitio. Aunque sirva de apoyo que la superviviente de una violación sepa que los demás están alterados al mismo grado que ella a causa de lo ocurrido, no le sirve de nada que también tenga que lidiar, por ejemplo, con los sentimientos de rabia que usted exprese. Si usted tiene sentimientos extremos, hable con otra amistad o con un servicio telefónico de urgencias.

Fuente: Condensado de Hughes y Sandler (1987). Utilizado con permiso.

con frecuencia, una pareja de citas estable (Koss *et al.*, 1988; Koss y Cook, 1994). La violación en citas es una de las formas más comunes de violación, en especial en recintos universitarios. Los estudiantes de educación media y media superior tampoco están exentos; un estudio bien muestreado de estudiantes de último año de educación media superior encontró que el 6 por ciento de las chicas habían sido víctimas de violación en citas (Ackard y Neumark-Sztainer, 2002).

En algunos casos, la violación en citas parece ser el resultado de una inadecuada comunicación entre el varón y la mujer. La perspectiva tradicional de los hombres en cuanto a relaciones de citas ha sido que la mujer que dice que no en realidad quiere decir que sí (Osman, 2003). Es necesario que los hombres aprendan que no significa no. Considere el siguiente ejemplo de la falta de comunicación y de las diferentes percepciones en un caso de violación en citas:

Bob: Patty y yo estábamos en la misma clase de estadística. Por lo general se sentaba cerca de mí y siempre fue muy amistosa. Me gustaba y pensé que tal vez yo

le gustaba a ella. El jueves pasado decidí averiguarlo. Después de clases, le sugerí que fuera a donde vivo para que estudiáramos juntos para los exámenes de medio curso. Estuvo de acuerdo de inmediato, lo cual fue una buena señal. Esa noche, todo pareció salir a la perfección. Estudiamos un rato y después nos tomamos un descanso. Yo sentía que le gustaba y me sentía atraído hacia ella. Yo me estaba emocionando. Empecé a besarla. Yo sabía que a ella realmente le estaba gustando. Empezamos a tocarnos y se sentía muy bien. De repente, se hizo para atrás y me dijo "Detente". Supuse que no quería que yo pensara que era "fácil" o "liviana". Muchas chicas sienten que tienen que decir que no al principio. Yo sabía que después de enseñarle lo mucho que se podía divertir conmigo, y que de todos modos la iba a respetar a la mañana siguiente, todo iba a estar bien. Sencillamente ignoré sus protestas y a la larga dejó de forcejear. Creí que le había gustado, pero después estaba actuando molesta y fría. Quién sabe cuál era su problema.

Patty: Conocía a Bob de mi clase de estadística. Es mono y los dos somos buenos en estadística así que cuando programaron un examen de medio curso muy

Violación marital: la violación de una persona por parte de su cónyuge actual o anterior.

Violación precipitada por la víctima: perspectiva de que la violación es producto de que una mujer “se lo busque”.

difícil, me dio gusto que sugiriera que estudiáramos juntos. Nunca se me ocurrió que fuera otra cosa que una cita de estudio. Esa noche todo iba bien al principio; estudiamos mucho en un corto tiempo, así que cuando sugirió que tomáramos un descanso pensé que nos lo merecíamos. Pues de repente empezó a ponerse todo romántico y me empezó a besar. Me gustó la manera en que me estaba besando, pero después me empezó a tocar por debajo de la cintura. Me alejé y traté de detenerlo, pero no me hizo caso. Después de un rato dejé de forcejear; me estaba lastimando y yo tenía miedo. Era mucho más grande y fuerte que yo. No podía creer lo que me estaba pasando. No sabía qué hacer. Realmente me forzó a que tuviera sexo con él. Supongo que, si veo hacia atrás, debí de haber gritado o de haber hecho alguna otra cosa aparte de tratar de razonar con él, pero fue muy inesperado. No podía creer que estaba pasando. Todavía no puedo creerlo. (Hughes y Sandler, 1987, p. 1)

Se han propuesto diversas explicaciones acerca del porqué los varones sexualmente agresivos perciben las comunicaciones de las mujeres de forma errónea. La primera propone que los agresores sin incompetentes en cuanto a la interpretación de las emociones negativas de las mujeres; sencillamente no entienden por qué ellas están “molestas”. La segunda sugiere que los varones sexualmente agresivos no pueden hacer la distinción sutil entre las expresiones amistosas y la seducción de una mujer. La tercera propone que tienen un “esquema de sospecha” y que de manera automática dudan de que la mujer se esté comunicando de manera veraz y precisa. Las investigaciones que han sometido estas explicaciones a prueba sustentan la tercera explicación; en general, los varones sexualmente agresivos creen que las mujeres no se comunican de manera honesta, en especial cuando la mujer comunica de manera clara y asertiva que está rechazando sus propuestas (Malamuth y Brown, 1994). Estos hallazgos tienen consecuencias importantes para los programas de prevención y tratamiento para agresores sexuales. Sugieren que la sencilla capacitación en habilidades —para interpretar las emociones de las mujeres y para distinguir entre conductas amistosas y seductivas— puede no ser la clave. Es posible que la terapia cognitiva que utiliza la reestructuración cognitiva sea la más efectiva, proponiendo la meta de hacer que el varón cambie su esquema de sospecha. Tales programas se pueden utilizar con violadores encarcelados, pero también se podrían utilizar con varones universitarios o en educación media superior a quienes se ha identificado como propensos a la violación.

Uno de los problemas más atemorizantes hoy en día es la emergencia de la así llamada droga de violación en citas: Rohypnol (“roofie”, sustancia activa, flunitrazepam). Se han reportado numerosos casos en que hombres han introducido el fármaco en las bebidas de mujeres. Este medicamento causa somnolencia o pér-

didada de conciencia y el varón viola a la mujer mientras está dormida. El medicamento también ocasiona que la mujer no recuerde el suceso al día siguiente. Se han sugerido varias estrategias para evitar esta situación, incluyendo, en especial, no aceptar un trago de un desconocido y nunca dejar la bebida propia desatendida.

Violación marital

¿Qué tan común es la **violación marital**? En una muestra aleatoria de mujeres de San Francisco, 14 por ciento de aquellas que en alguna ocasión habían estado casadas habían sido violadas por sus esposos o ex-esposos (Russell, 1983). Una muestra probabilística nacional mostró que el 13 por ciento de las mujeres casadas habían sido violadas por su cónyuge actual (Basile, 2002).

Un fenómeno que emerge a partir de la investigación es la asociación entre la violencia marital y la violación marital; es decir, los hombres que golpean a sus esposas también están en probabilidades de violarlas (Centers for Disease Control and Prevention, 2004b).

Un hombre puede violar a su esposa por una diversidad de razones, incluyendo enojo, poder y dominio, sadismo o a causa de desear sexo independientemente de la disposición de su mujer (Russell, 1990). En algunos casos, el varón se encuentra enfurecido, tal vez en medio de una pelea familiar, y expresa su enojo hacia su mujer por medio de violarla. En otros casos, parece que el poder y dominio de la esposa son el motivo; por ejemplo, es posible que la esposa esté amenazando con dejarlo y la fuerza o la domina a quedarse al violarla. Por último, algunas violaciones parecen suceder porque el marido es sádico —disfruta de la provocación de dolor— y padece de algún trastorno psiquiátrico.

Causas de la violación

A fin de proporcionar una adecuada perspectiva para la discusión que sigue, podemos distinguir entre cuatro enfoques principales referentes a la naturaleza de la violación (Albin, 1977; Baron y Straus, 1989):

1. **Violación precipitada por la víctima.** Este punto de vista sostiene que la violación siempre es ocasionada porque la mujer “se lo busca”. Así entonces, se considera que básicamente la violación es culpa de la mujer. Esta perspectiva representa la tendencia a culpar a la víctima.
2. **Psicopatología de los violadores.** Este enfoque teórico sostiene que la violación es un acto cometido por un varón psicológicamente trastornado. Su desviación es responsable de que ocurra el crimen.
3. **Feminista.** Las teóricas feministas consideran que los violadores son el producto de la socialización de rol de género en la cultura estadounidense. Han teorizado acerca de los lazos complejos entre sexo y poder: en algunas violaciones, los hombres utilizan el sexo para

demostrar el poder que tienen sobre las mujeres; en otras violaciones, los hombres utilizan su poder sobre las mujeres para obtener sexo. Las feministas también destacan la erotización de la violencia en la sociedad estadounidense. Según este punto de vista, la inequidad de géneros es tanto la causa como el resultado de la violación.

4. **Desorganización social.** Los sociólogos creen que las tasas de criminalidad, incluyendo las de violación, aumentan cuando se trastorna la organización social de una comunidad. Bajo tales condiciones, la sociedad no puede imponer sus normas en contra del crimen.

Es posible que usted, en lo personal, apoye una o más de estas perspectivas. También es cierto que, en general, los investigadores en esta área han basado sus trabajos en uno de estos modelos teóricos, lo cual puede influir en sus investigaciones. Usted debería tener estos modelos en mente al leer el resto del presente capítulo.

¿Qué dicen los datos? Las investigaciones indican que un número de factores contribuyen a la violación, y van desde fuerzas a nivel cultural, hasta factores a nivel individual, incluyendo a los siguientes: valores culturales; guiones sexuales; influencias familiares tempranas; influencias del grupo de pares; características de la situación; comunicaciones erróneas; motivos de sexo y poder; y normas de masculinidad y actitudes masculinas. A continuación, se consideran los datos relativos a cada uno de estos factores.

Los *valores culturales* pueden servir de sustento a la violación. A nivel transcultural, en sociedades prealfabetizadas, la violación es significativamente más común en culturas que se caracterizan por el dominio masculino, un alto grado de violencia general, y una ideología de rudeza masculina (Sanday, 1981).

Dos sociólogos, expertos en investigaciones de violencia, realizaron un extenso estudio para someter a prueba a las últimas dos teorías, la teoría feminista y la teoría de la desorganización social (Larry Baron y Murray Straus, 1989). Ambas teorías manejan a la violación como resultado del contexto cultural. Baron y Strauss recolectaron datos extensivos para cada uno de los 50 estados de la Unión Americana, considerándolos como representativos de variaciones en el contexto cultural (piense, por ejemplo, en las diferencias culturales entre Louisiana, Nueva York y Dakota del Norte). A fin de someter a prueba a la teoría feminista, recolectaron datos acerca del grado de desigualdad de género en cada estado (por ejemplo, la brecha entre salarios de varones y mujeres); también examinaron la hipótesis feminista de que el uso de pornografía alienta la violación, por medio de la recolección de datos de la circulación de revistas pornográficas en cada estado. También obtuvieron mediciones de desorganización social, tales como el número de personas que ingresaban o abandonaban el estado, las tasas de divorcio, e incluso el número de turistas que visitaba el estado. Los datos proporcionaron una poderosa sustentación a tres

conclusiones: (1) la inequidad de género se relaciona con la violación: los estados con mayor inequidad de género tenían las tasas de violación más elevadas; (2) la pornografía le proporciona un sustento ideológico a la violación: los estados con la mayor circulación de revistas pornográficas tendían a tener las tasas de violación más elevadas; y (3) la desorganización social contribuye a la violación: los estados con la mayor desorganización social tendieron a presentar las tasas de violación más elevadas. Esta investigación enfatiza la importancia del contexto cultural en la creación de un clima social que alienta o desalienta la violación.

Los *guiones sexuales* también desempeñan un papel en la violación (Byers, 1996). Los adolescentes rápidamente aprenden las expectativas sociales relacionadas con las citas y el sexo a través de guiones sexuales culturalmente transmitidos. Estos guiones sustentan a la violación cuando comunican el mensaje de que se supone que los varones deben ser hipersexuados y que deben ser agresores sexuales. Para el momento en que llegan a la adolescencia, tanto muchachas como muchachos asumen como válidos los guiones que justifican a la violación (Koss *et al.*, 1994). Un estudio de 1 700 estudiantes de educación media reveló que aproximadamente 25 por ciento de los muchachos dijeron que era aceptable que un hombre forzara a una mujer a tener sexo si él había gastado dinero en ella (Koss *et al.*, 1994). Estos hallazgos se han duplicado en diversos estudios con estudiantes universitarios y de educación media superior (p. ej., Goodchilds y Zellman, 1984; Muehlenhard, 1988).

Las *influencias familiares tempranas* pueden desempeñar un papel al moldear a un varón de modo que se convierta en un agresor sexual. De manera específica, es probable que los varones jóvenes que son agresores sexuales hayan sufrido de abuso sexual durante su infancia (Friedrich *et al.*, 1988; Koss *et al.*, 1994).

El *grupo de pares* puede ejercer una poderosa influencia al alentar a los hombres a violar. Por ejemplo, véase el Tema central 17.3, que describe las maneras en que el grupo de pares en una fraternidad creó el clima que animó a uno de sus miembros a cometer una violación.

Las *características de la situación* desempeñan un papel. Los sitios solitarios promueven las violaciones, del mismo modo que lo hacen las fiestas en donde está implicado el uso excesivo de alcohol (Koss *et al.*, 1994). Otro factor situacional es la desorganización social, como ya se había mencionado. Un ejemplo extremo es la guerra, en donde la violación de mujeres es común (Brownmiller, 1975). En la década de 1990, pudimos observar ejemplos gráficos de esto último durante la guerra en la anterior Yugoslavia. Las mujeres bosnias —croatas y musulmanas— frecuentemente eran violadas por los atacantes serbios.

La *comunicación errónea* entre mujeres y varones es un factor. En la sección acerca de la violación en citas vimos un caso en que la mujer y el varón tenían ideas completamente diferentes de lo que había pasado.

Tema central 17.3

Violación tumultuaria universitaria

La antropóloga Peggy Sanday investigó un caso de violación tumultuaria ampliamente publicitado que sucedió en la fraternidad de una universidad en particular, así como muchos otros casos similares que se documentaron en otras universidades.

Los varones se unen a fraternidades por muchas razones posibles. Es probable que algunos anticipen la creación de redes de amistades que los ayudarán en su desempeño profesional a futuro. Pero es frecuente que los estudiantes de primer año, inseguros dentro de un nuevo y complejo ambiente, se unan a una fraternidad a fin de encontrar seguridad. De acuerdo con el análisis de Sanday, los rituales de iniciación de muchas fraternidades siguen una secuencia en que se crean elevados niveles de ansiedad en los nuevos miembros, seguidos de un ritual de vinculación masculina que los hace “hermanos”. En esencia, se mina la identidad del joven como individuo, al mismo tiempo que se exalta, e incluso impone, la lealtad al grupo.

En el caso investigado por Sanday, la fraternidad XYZ (utilizó este nombre a fin de garantizar el anonimato de la población que estaba estudiando, como lo requieren los estándares éticos de los antropólogos) tenían una práctica denominada el “expreso XYZ”, refiriéndose a un tren expreso. Implicaba una violación tumultuaria en la que una mujer, comúnmente alcoholizada u ocultamente drogada de modo que casi no estuviera consciente, era violada de manera sucesiva por una serie de hermanos que se paraban en línea para tomar su turno, del mismo modo que los vagones

de un tren están en línea. Con frecuencia esto sucedía al final de alguna fiesta, ya que los hermanos mismos estuvieran emborrachados.

Sanday señala la manera en que esta práctica tiene dos consecuencias: establece el dominio sobre una mujer y promueve lazos fuertes entre los hermanos de la fraternidad. Por supuesto, esta práctica se ajusta a la definición de violación y es ilegal. Sin embargo, muchos de los hermanos, cuando el caso se llevó a las cortes, dijeron que no habían tenido idea de que sus prácticas fuesen ilegales o incorrectas. La cultura de la fraternidad había aturcido su capacidad para hacer un juicio racional. El juez que oyó el caso estaba asombrado que las universidades toleraran, e incluso apoyaran, instituciones que crearan un ambiente en el que pudiesen ocurrir tales actos.

Sanday destacó los hallazgos antropológicos en el sentido de que, a nivel transcultural, algunas sociedades se encuentran libres de ataques sexuales, mientras que otras están propensas a la violación. Concluyó, “Las ideologías sociales, no la naturaleza humana, preparan a los hombres para abusar de las mujeres” (p. 192). La fraternidad XYZ y otras iguales a ella son, en esencia, una subcultura que socializa a los varones a tener actitudes sexistas en cuanto a las mujeres y crean un ambiente en el que es probable que se presente la violación tumultuaria.

Fuente: Sanday (1990).

Debido a que muchas personas en Estados Unidos están renuentes a discutir el sexo de manera abierta, tratan de inferir un interés sexual a partir de las sutiles claves no verbales, un proceso altamente propenso a los errores (Abbey, 1991). De manera específica, es probable que los varones interpreten la conducta amistosa de una mujer como portadora de un mensaje sexual que ella no pretendía (Abbey, 1991).

Los *motivos de sexo y poder* están implicados en la violación. Las feministas han destacado que la violación es una expresión de poder y dominio de los varones hacia las mujeres (Brownmiller, 1975). Las teorías actuales enfatizan que están implicados tanto los motivos sexuales como los motivos de poder, y que ambos interactúan entre sí. Es posible que esté implicado un número de procesos (Barbaree y Marshall, 1991). Por ejemplo, existe la posibilidad de que los violadores difieran de los no violadores en su capacidad de refrenar la excitación sexual cuando sucede bajo circunstancias inapropia-

das. Los violadores pueden ser capaces de experimentar excitación sexual y agresión hostil de manera simultánea, mientras que otros hombres encuentran que la agresión hostil inhibe su excitación sexual.

Por último, las *normas de masculinidad y las actitudes masculinas* son otro factor (Abrams *et al.*, 2003; Koss *et al.*, 1994), como veremos en la siguiente sección. En apoyo a la perspectiva teórica feminista, las investigaciones muestran que las actitudes hipermasculinas se correlacionan con un historial masculino de agresión sexual (Murnen *et al.*, 2002). La frecuencia misma de la violación, en especial de la violación en citas, es un argumento en contra de la psicopatología de los violadores. La hipermasculinidad es una causa mucho más común que la psicopatología.

Violadores

¿Cuál es el perfil del violador típico? La respuesta básica es que no existe un violador típico. Los violadores varían

enormemente en cuanto a ocupación, educación, estado civil, antecedentes criminales previos y motivación para cometer la violación

Una cosa que sí sabemos acerca de los violadores es que tienden a ser delincuentes reincidentes. En un estudio de violadores no detectados —varones que admitieron haber violado a alguien durante una entrevista pero a los que nunca se había enjuiciado— la mayoría había cometido el crimen en más de una ocasión (Lisak y Miller, 2002). Los delincuentes reincidentes tenían un promedio de cerca de seis violaciones cada uno.

Un enorme programa de investigación llevado a cabo por Neil Malamuth, Mary Koss y colaboradores identificó cuatro factores que predisponen a los hombres a participar de la coerción sexual hacia las mujeres (Malamuth, 1998; Malamuth *et al.*, 1991):

1. *Un ambiente familiar violento.* Un muchacho que crece en un ambiente familiar hostil tiene mayores probabilidades de llevar a cabo agresiones sexuales en contra de las mujeres. Los factores que crean un ambiente familiar hostil incluyen la violencia entre los progenitores o el abuso dirigido en contra del niño, ya sea golpes o abuso sexual.
2. *Delincuencia.* El participar en actos delictivos en sí se ve facilitado al provenir de un hogar hostil. Pero, a su vez, la delincuencia aumenta las probabilidades de involucrarse en la coerción sexual; por ejemplo, el muchacho se asocia con compañeros delincuentes que alientan las actitudes y racionalizaciones hostiles para cometer actos ilegales y recompensan una imagen ruda y agresiva.
3. *Promiscuidad sexual.* El varón, con frecuencia en un contexto del grupo de compañeros delincuentes, desarrolla un fuerte énfasis en las conquistas sexuales a fin de atraer la autoestima y el estatus dentro del grupo de pares. Es posible que la coerción le parezca una forma razonable de obtener conquistas.
4. *Una personalidad masculina hostil.* Esta constelación de personalidad implica una profunda hostilidad hacia las mujeres, junto con una masculinidad negativamente definida y exagerada: la masculinidad se define como el rechazo de cualquier cosa femenina, tal como el cariño, y enfatiza el poder, el control y las características machistas.

Tal vez de manera sorprendente, esta investigación no se basó en violadores encarcelados, sino más bien en una muestra representativa nacional de estudiantes universitarios masculinos. Los factores que contribuyen a la agresión sexual en contra de las mujeres pueden encontrarse presentes aun en tales poblaciones aparentemente benévolas.

Existe un factor que parece atenuar o reducir las probabilidades de que un hombre viole: la empatía (Dean y Malamuth, 1997). Es decir, es poco probable un varón que tiene varios de los factores de riesgo indicados antes, pero que también es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás y que no es egoísta se convierta en violador, en comparación con un varón

que cuenta con varios de los factores de riesgo, y carece de empatía y es egoísta (Baumeister *et al.*, 2002). Estos hallazgos de investigación tienen implicaciones importantes para los programas de terapia para violadores convictos. Se debería enfatizar el entrenamiento en empatía, como se hace en la mayoría de programas modernos (Marshall, 1993; Pithers, 1993).

Varones como víctimas de la violación

Las mujeres tienen una probabilidad mucho más elevada de ser las víctimas de una violación que los hombres; de acuerdo con la NHSLS, 22 por ciento de las mujeres habían sido objeto del sexo forzado con algún varón, en comparación con sólo cerca del 1 por ciento de varones que habían sido objeto de sexo forzado con alguna mujer (Laumann *et al.*, 1994). De hecho, es más común que un varón se vea forzado a sostener relaciones sexuales con otro varón (1.9 por ciento de los hombres) que con una mujer (1.3 por ciento de los hombres).

No obstante, sí es posible que una mujer viole a un varón; las investigaciones muestran que los varones pueden reaccionar con una erección si se encuentran en estados emocionales tales como enojo y terror. En un estudio de 115 varones que habían sido atacados sexualmente, 7 por ciento había sido atacado por una mujer o grupo de mujeres y un 6 por ciento adicional tanto por un varón como por una mujer (King y Woollett, 1997). El coito vaginal forzado había ocurrido en sólo dos de los casos. Las investigaciones muestran que los varones que han sido violados experimentan síntomas de TEPT del mismo modo que lo hacen las mujeres. Es importante que los orientadores y demás personas en el campo de las profesiones de auxilio reconozcan que existe la posibilidad de que existan víctimas masculinas de la violación.

En un estudio acerca de coerción sexual con una muestra de estudiantes universitarios, 78 por ciento de las mujeres y 58 por ciento de los varones informaron ser objeto de persistencia sexual después de negarse (Struckman-Johnson *et al.*, 2003). La persistencia sexual incluía besos y caricias, que el perpetrador se quitara su propia ropa, mentiras y el uso de ataduras físicas. Un hombre comentó,

En una fiesta, ella se me acercó y empezó a hablarme. Para ese momento yo ya estaba bebiendo algo. Durante el juego de cartas, ella me convenció de que me terminara varias de sus copas y cervezas. Me dijo que había otra fiesta y me convenció de que fuéramos. Yo estaba demasiado bebido como para manejar, de modo que ella condujo. La “fiesta” no parecía contar con otras personas. Después de como 1/2 hora de besarnos y acariciarnos, me sentí cansado y quise irme a casa. Me dijo que no y que quería tener sexo. Le dije que no, pero siguió besándome y tratando de convencerme. Cuando sacó un condón, me di por vencido... (Struckman-Johnson *et al.*, 2003, p. 83)

Algunos de estos incidentes se adecuarían a la definición legal de violación, mientras que otros no lo harían,

pero sí indican las maneras en que también se puede coaccionar a los varones a participar en actividades sexuales.

Una vez reconocida la posibilidad de que los varones sean violados por mujeres, es importante señalar que la gran mayoría de varones violados son víctimas de otros hombres, no de mujeres, y que con frecuencia ocurre en prisión (Calderwood, 1987).

Violación carcelaria

Según un estudio con 516 varones y mujeres encarcelados en un sistema carcelario estatal, 22 por ciento de los varones y 7 por ciento de las mujeres habían sido objeto de coerción sexual (Struckman-Johnson *et al.*, 1996). Los miembros del personal carcelario fueron los perpetradores en el 18 por ciento de los casos, el restante fue a manos de otros reos. Entre las víctimas masculinas, 53 por ciento había sido forzado a tener sexo anal receptivo, en ocasiones con varios perpetradores masculinos, y el 8 por ciento había sido obligado a tener sexo oral receptivo. Los varones informaron de graves consecuencias emocionales. Los reos ofrecieron un número de sugerencias para ponerle fin a la violencia sexual carcelaria. La más frecuente fue segregar a los más vulnerables: los prisioneros blancos jóvenes, no violentos, nuevos en prisión. Muchos también favorecieron el permitir las visitas conyugales.

La violación carcelaria es un ejemplo particularmente claro de la manera en que la violación es una expresión de poder y agresión; los prisioneros la utilizan como medio de establecer una jerarquía de dominio.

Grupos étnicos y violación

Hemos visto cómo el contexto cultural puede promover o inhibir la violación y afectar el significado que la gente le da a la misma. Las herencias culturales de los diversos grupos étnicos en Estados Unidos proporcionan diversos contextos culturales para las personas pertenecientes a esos grupos, de modo que es importante tomar en cuenta los patrones de violación en los grupos étnicos estadounidenses.

La violación tiene una carga de significado especial en la historia de los afroestadounidenses (Wyatt, 1992). De manera típica, en el periodo que siguió a la Guerra Civil, un varón afroestadounidense acusado de violación o de intento de violación en contra de una mujer blanca era castrado o linchado. En agudo contraste a lo anterior, no existía penalización alguna para un varón blanco que violara a una mujer negra. Además, los estereotipos que se generaron

en aquella época y que continúan hasta nuestros días describen tanto a los varones afroestadounidenses como a las mujeres del mismo origen étnico como altamente sexuales. Las mujeres negras son tan altamente sexuales, según este razonamiento, que no es posible violarlas. El resultado es que las mujeres afroestadounidenses tienen una larga historia de no divulgación de la violación, un patrón que supera incluso al de las mujeres blancas. Muchas mujeres afroestadounidenses piensan que nadie creerá que se les puede violar y que no tendrán credibilidad alguna como víctimas de violación.

Una investigación realizada con una muestra aleatoria de mujeres en Los Ángeles indica que la tasa de intentos de violación o de violaciones cometidas fue casi la misma para los dos grupos (25 por ciento para mujeres afroestadounidenses y 20 por ciento para mujeres blancas) (Wyatt, 1992). Sin embargo, sólo el 23 por ciento de las mujeres negras reportaron el incidente a la policía o a un centro de crisis de violación en comparación con el 31 por ciento de las mujeres blancas. Las mujeres negras y blancas fueron similares en su experiencia de los efectos de la violación, tales como el impacto negativo sobre su funcionamiento sexual posterior.

Otra encuesta de una muestra aleatoria de mujeres angelinas comparó las experiencias de violación de mujeres anglo y latinas (Sorenson y Siegel, 1992). Los resultados indicaron que las latinas tenían considerablemente menos probabilidades de ser víctimas de ataques sexuales (8.1 por ciento de latinas en comparación con el 19.9 por ciento de mujeres anglo). Los investigadores interpretaron esta diferencia como debida a los valores de la cultura latina, en particular entre las personas nacidas en México, que colocan un fuerte énfasis en la familia y sostienen actitudes patriarcales que insisten que los varones deberían proteger a las mujeres.

Prevención de la violación

Las estrategias de prevención de la violación caen dentro de tres categorías: (1) evitar situaciones en que existe un alto riesgo de violación; (2) si la primera estrategia ha fracasado, conocer algunas técnicas de defensa personal en caso de que se haga un verdadero intento de violación, y (3) cambiar las actitudes que contribuyen a la violación.

Por supuesto, la primera estrategia es estar alerta a las situaciones en las que existe un alto riesgo de violación a fin de evitarlas. Por ejemplo, la Association of American Colleges (Asociación de Universidades Estadounidenses) recomienda lo siguiente a fin de evitar situaciones de violación en citas (Hughes y Sandler, 1987, p. 3):

Establezca límites sexuales. Nadie tiene derecho a forzarla a hacer algo con su cuerpo que usted no desea hacer. Por ejemplo, si usted no desea que alguien la

Figura 17.3 Gail Wyatt ha estudiado el abuso sexual contra mujeres afroestadounidenses de manera extensa.



Figura 17.4 Origen étnico y violación. La violación tiene una carga de significado especial en la historia de los afroestadounidenses. En tiempos de la esclavitud, aunque no existía penalización alguna para un hombre blanco que violara a una mujer negra, de manera típica se castraba o sometía a muerte al varón negro acusado de violar a una mujer blanca.



toque, tiene el derecho de decir, “No me toques,” y de marcharse si sus deseos no se respetan.

Decida desde el inicio si desea sostener relaciones sexuales. Mientras más rápidamente comunique sus intenciones de manera firme y clara, más fácil será para su pareja comprender y aceptar la decisión que usted tome.

No dé mensajes confusos; sea clara. Diga sí cuando quiera decir que sí y no sólo cuando quiera decir que no.

Sea enérgica y firme. No se preocupe por ser cortés si se están ignorando sus deseos.

No haga nada que no quiera hacer sencillamente para evitar una escena o un mal rato. No deje que la violen sencillamente porque es demasiado cortés como para salirse de una situación peligrosa o porque le preocupa herir los sentimientos de su pareja de citas. Si las cosas se salen de control, proteste de manera estridente; aléjese y busque ayuda.

Esté conciente de que las drogas y el alcohol con frecuencia se relacionan con la violación en citas. Comprometen su capacidad —y la de su pareja— para tomar decisiones responsables.

Confíe en sus instintos. Si usted siente que la situación es riesgosa, o si siente que se le está presionando, confíe en sus instintos. Aléjese de la situación o confronte a la persona de inmediato.

Tenga cuidado cuando invite a alguien a su casa o si se le hace una invitación para ir a casa de su pareja. Estos

son los lugares más probables para que sucedan las violaciones en citas.

Si este primer conjunto de estrategias —evitar situaciones de violación— no funciona, necesita estrategias de defensa personal. Siempre recuerde que la meta es alejarse del atacante y correr a buscar ayuda.

Muchas universidades, centros YWCS o YWHA y otras organizaciones ofrecen clases de defensa personal para mujeres y creemos que toda mujer debería tomar al menos uno de estos cursos. Hay muchas técnicas disponibles. El judo (y el aikido, que es similar) enfatizan tiradas y luchas. El Tae kwon do (karate coreano) enfatiza las patadas. El jujitsu utiliza combinaciones de estas estrategias. Es probable que no importe el método exacto que elija la mujer, siempre y cuando conozca algunas técnicas. Relacionado con lo anterior está la importancia de hacer ejercicio y de mantenerse en forma; esto le da a la mujer la fuerza para pelear y la velocidad para correr rápidamente. Las investigaciones muestran que repeler el ataque —pelear, gritar, escapar— aumenta la probabilidad de que la mujer detenga un intento de violación (Ullman y Knight, 1993; Zoucha-Jensen y Coyne, 1993).

No obstante, la autodefensa es útil para la mujer sólo para poder defenderse una vez que se ha realizado un ataque. Sería mejor que la violación se pudiera exterminar mucho antes de modo que nunca suceda un ataque.

Figura 17.5 Clases de defensa personal para mujeres. Muchos expertos creen que todas las mujeres deberían tomar este tipo de clases a fin de obtener las habilidades necesarias para defenderse en caso de un intento de violación.



A fin de hacer esto, sería necesario que la sociedad estadounidense hiciera cambios radicales en la forma en que socializa a sus varones (Hall y Barongan, 1997). Si no se presionara a los niños pequeños a ser tan agresivos y rudos, tal vez nunca se desarrollarían los violadores. Si los muchachos adolescentes no tuviesen que probar que son hipersexuales, tal vez no existirían los violadores. Como señalamos anteriormente, la violación no se conoce en algunas sociedades en donde se socializa a los varones para ser cariñosos más que agresivos.

Se han hecho intentos de programas de prevención de violación durante las últimas décadas. Con frecuencia están diseñadas para públicos de género mixto de estudiantes universitarios de primer año. Es triste y frustrante que las evaluaciones de estos programas típicamente muestran sólo pequeños cambios de actitud que no son de larga duración y ningún cambio en absoluto en las tasas de violación en sí (Breitenbecher, 2000; Rozée y Koss, 2001). Los expertos en el campo están desarrollando ideas mucho mejores para crear programas de prevención efectivos tanto para mujeres como para varones; necesitamos canalizar un máximo de energía hacia estos esfuerzos (Lonsway y Kothapi, 2000; Rozée y Koss, 2001).

Abuso sexual infantil

En la presente sección discutiremos la coerción sexual de niños, incluyendo la amplia categoría del abuso sexual infantil y una subcategoría especial, el incesto, donde el abuso sexual ocurre dentro de la familia.

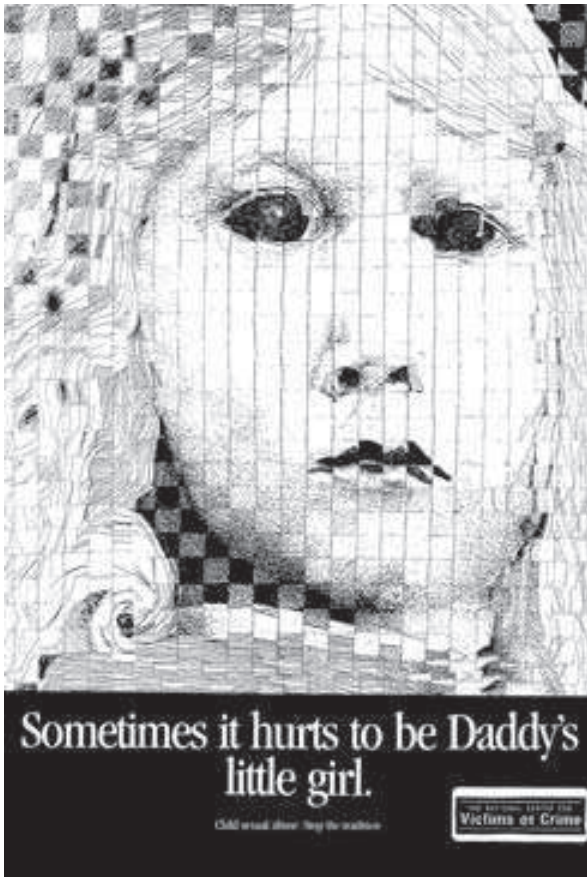
Patrones de abuso sexual infantil

¿Qué tan común es el abuso sexual infantil? Según la NHSLS, 17 por ciento de las mujeres y 12 por ciento de los varones habían tenido contacto sexual, de niños, con un adolescente (14 a 17 años de edad) o con un adulto (Laumann *et al.*, 1994). Otra encuesta encontró tasas de 15 por ciento para mujeres y 6 por ciento para varones (Finkelhor, 1984). Parece claro que el abuso sexual infantil no es inusual y que las niñas son víctimas más frecuentes que los niños.

La mayoría de los casos nunca se reporta. En la NHSLS, sólo 22 por ciento de las víctimas informó de haberle dicho a alguien.

La gran mayoría de los perpetradores del abuso sexual infantil son varones. De acuerdo con la NHSLS, para las niñas, casi todos los casos involucraron con-

Figura 17.6 El abuso sexual infantil se ha convertido en una importante preocupación, como lo ejemplifica este cartelón educativo. (Texto del cartelón: **A veces duele ser la nenita de papá.** Abuso sexual infantil. Detenga la tradición. Centro nacional de **Víctimas del Delito**)



tacto sexual con varones; para los niños, algunos casos involucraron varones y algunos implicaron mujeres, aunque los casos que implicaban a varones fueron considerablemente más comunes. En otro estudio, el 94 por ciento de los perpetradores fueron varones (Finkelhor, 1984). Es probable que diversos factores expliquen este gran desequilibrio. En la cultura estadounidense, los varones están más socializados hacia considerar a la sexualidad como centrada en actos sexuales más que como parte de una relación emocional. El guión sexual para los varones incluye parejas más pequeñas y jóvenes que ellos mismos, mientras que el guión sexual para las mujeres implica parejas más grandes y mayores que ellas.

En la gran mayoría de los casos, tanto para niños como para niñas, la actividad sexual sólo incluyó tocar los genitales (Laumann *et al.*, 1994). Sin embargo, para las niñas, 10 por ciento de los casos involucró sexo oral forzado, 14 por ciento de los casos implicó coito vaginal forzado, y 1 por ciento implicó sexo anal forzado. En el caso de los niños, 30 por ciento de los casos

Cuadro 17.1 Categorías de personas que abusan sexualmente de niños, informadas por adultos que recordaron incidentes de abuso sexual en su infancia.

| Perpetradores | Porcentaje de adultos abusados en su infancia* | |
|-------------------------------|--|---------|
| | Mujeres | Varones |
| Desconocido | 7% | 4% |
| Maestro | 3 | 4 |
| Amigo de la familia | 29 | 40 |
| Amigo mayor del respondiente | 1 | 4 |
| Hermano mayor | 9 | 4 |
| Padrastro o novio de la madre | 9 | 2 |
| Padre | 7 | 1 |
| Otro familiar | 29 | 13 |
| Otro | 19 | 17 |

*Los porcentajes no suman 100 ya que algunos respondientes informaron de abuso en múltiples categorías.

Fuente: Laumann *et al.* (1994), adaptado del cuadro 9.14, p. 343.

involucró sexo oral forzado y 18 por ciento implicó sexo anal forzado.

El abuso sexual puede ocurrir a edades sorprendentemente cortas. Por ejemplo, en las niñas, el 33 por ciento de los casos sucedió cuando tenían menos de 7 años de edad, y un 40 por ciento adicional sucedió cuando las niñas tenían entre 7 y 10 años de edad (Laumann *et al.*, 1994).

El cuadro 17.1 muestra la relación entre adultos que cometieron abuso sexual infantil y sus víctimas, de acuerdo con la NHSL. Nótese que el abuso sexual a manos de desconocidos no es inusual. La mayoría de los abusadores son amigos de la familia y familiares.

Patrones de incesto

De manera típica, el **incesto** se define como el contacto sexual entre familiares consanguíneos, aunque con frecuencia la definición se extiende para incluir el sexo entre familiares no consanguíneos; por ejemplo, entre un padrastro y su hijastra.

Incesto: actividad sexual entre familiares.

Hace cincuenta años se creía ampliamente que el incesto era un suceso inusual y extraño. Las primeras investigaciones confirmaron esta idea, indicando que la incidencia de casos de incesto perseguidos por la policía era sólo de una o dos personas por millón, por año, en Estados Unidos (Weinberg, 1955). Sin embargo, el problema es que la gran mayoría de los casos pasaban, y aún pasan, inadvertidos ya que no se reportaban a las autoridades y éstas no los enjuiciaban. Los datos de la NHSL (cuadro 17.1) muestran el gran porcentaje de casos de abuso sexual infantil perpetrados por adultos dentro de la familia. Sin embargo, debido a que especificaba que el contacto sexual tenía que ser con un adulto o con un adolescente entre los 14 y 17 años de edad, la

NHSLs no tomó en cuenta una categoría de incesto, a saber, el incesto entre hermanos. En una encuesta general de pasantes universitarios, 15 por ciento de las mujeres y 10 por ciento de los varones informaron de haber tenido una experiencia sexual con un hermano o hermana (Finkelhor, 1980). Es probable que el incesto entre hermanos sea la forma más común de incesto.

Impacto psicológico sobre la víctima

Muchos terapeutas experimentados en casos de abuso sexual infantil sienten que los efectos sobre la víctima pueden ser graves y duraderos (Herman, 1981). Considere el siguiente caso:

Una oficinista de 25 años de edad ingresó a la sala de urgencias con un ataque de ansiedad agudo. Caminaba de un lado al otro, estaba agitada, no podía comer ni dormir, y tenía una sensación de catástrofe inminente. Relató una vívida fantasía de ser perseguida por un varón armado con un cuchillo. El día anterior, su jefe la había acorralado en la oficina, haciéndole propuestas sexuales de manera agresiva. Ella necesitaba el empleo de manera urgente y no quería perderlo, pero le daba horror pensar en regresar a su empleo. Más adelante, en psicoterapia, surgió que este suceso de acoso sexual había despertado recuerdos antes reprimidos de ataques sexuales por parte de su padre. Desde los 6 años de edad y hasta mediados de su adolescencia, su padre se había exhibido frente a ella en repetidas ocasiones y le había pedido que lo masturbara. La experiencia de verse atrapada en el trabajo le había recordado sus sentimientos infantiles de indefensión y miedo. (Herman, 1981, p. 8)

Aún así, otro estudio llegó a conclusiones diferentes. En una encuesta general de 526 pasantes universitarios, 17 por ciento de los alumnos informó de haber tenido un encuentro sexual con un hermano o hermana durante la infancia (Greenwald y Leitenberg, 1989; véase también Finkelhor, 1980). No hubo diferencias entre este grupo y aquellos que no habían tenido encuentros de este tipo en diversas medidas de conducta y adaptación sexual, incluyendo incidencia de coito premarital, edad a la que se sostuvo el primer coito, número de parejas sexuales, satisfacción sexual y trastornos sexuales. Los investigadores concluyeron que las experiencias sexuales infantiles con un hermano o hermana cercanos en edad no tienen efecto, positivo ni negativo, en la adaptación sexual adulta.

En una importante reseña de estudios con niños que sufrieron abuso sexual (ya sea a manos de familiares o de personas sin parentesco alguno), los investigadores concluyeron que existe gran evidencia de un número de efectos negativos sobre estos niños, en comparación con grupos control de niños no abusados sexualmente (Kendall-Tackett *et al.*, 1993; pero véase Rind *et al.*, 1998). Los niños sexualmente abusados tienen probabilidades significativamente mayores de tener síntomas de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, depresión, autoestima deficiente, dolencias físicas,

conductas agresivas y antisociales, conductas sexuales inapropiadas, problemas escolares y problemas conductuales tales como hiperactividad. Las víctimas presentaban más síntomas severos cuando (1) el perpetrador era miembro de la familia; (2) el contacto sexual era frecuente u ocurría durante un largo tiempo, y (3) la actividad sexual implicaba penetración (vaginal, oral o anal). El género de la criatura no pareció ser un factor; es decir, no hubo diferencias en los síntomas entre niños y niñas. Sin embargo, los investigadores notaron que el género no se había investigado en muchos estudios, probablemente a causa de que aparecieron tan pocos niños varones en la mayoría de las muestras.

Los adultos que sufrieron abuso sexual en su infancia muestran más depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, y dependencia del alcohol o drogas, en comparación con grupos control (Bulik *et al.*, 2001; Kendler *et al.*, 2000). El riesgo de estas dificultades es mayor si se realizó un intento de coito o si éste se llevó a cabo, si el abuso fue a manos de un familiar y si la víctima le contó a alguien y recibió una respuesta negativa de esa persona. Los supervivientes adultos del abuso sexual infantil también están en mayores probabilidades de experimentar trastornos sexuales tales como temor al sexo (aversión sexual), falta de deseo sexual y falta de excitación (Leonard y Follette, 2002, Loeb *et al.*, 2002). Las mujeres que sufrieron de abuso sexual en su infancia también tienen mayores probabilidades de presentar obsesiones sexuales, de ser más jóvenes al momento de su primer coito voluntario y de ser madres adolescentes (Noll *et al.*, 2003). Su sexualidad es ambivalente: experimentan tanto aversión sexual como una obsesión con el sexo.

Entonces, ¿cuáles son las consecuencias psicológicas del incesto o de otros tipos de abuso sexual para la víctima? En algunos casos, el abuso sexual infantil puede no ser dañino para la víctima, en especial si es incesto entre hermano y hermana cuando ambos son cercanos en edad y es consensual. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el abuso sexual infantil es dañino en términos psicológicos y puede conducir a síntomas tales como depresión y TEPT. Diversos factores afectan qué tan graves serán las consecuencias psicológicas; son más graves cuando el perpetrador es un miembro adulto cercano de la familia y cuando existe un contacto sexual extenso que implica penetración.

En contraste, algunas mujeres que fueron objeto del abuso sexual infantil perciben ciertos beneficios a partir de esta experiencia vital adversa. Creen que las hizo mejores para proteger a sus propios hijos del abuso y que las hizo ser más fuertes (McMillen *et al.*, 1995). Éste es otro ejemplo del crecimiento postraumático.

Los delincuentes

En 1994, Leroy Hendricks fue liberado de prisión en Kansas, después de haber cumplido una sentencia de 10 años de encarcelamiento por abusar sexualmente de dos muchachos de 13 años de edad (Collins, 1997).

Sin embargo, en vez de quedar libre, se le transfirió de inmediato a un centro correccional de salud mental, donde podría pasar el resto de su vida. Una ley de Kansas de 1994, la Sexually Violent Predator Act (Ley de depredadores sexualmente violentos) permitió que se le encerrara de por vida, por el motivo de que sus problemas mentales hacían probable que atacara de nuevo. De hecho, su condena de 1994 era la quinta a lo largo de un periodo de cerca de 30 años. Hendricks impugnó la constitucionalidad de la ley, pero en 1997, la Suprema Corte respaldó la ley y el trato que se le dio bajo ella.

¿Qué dicen los datos acerca de los pederastas? ¿Es probable que repitan su delito? ¿Existen tratamientos efectivos para ellos?

La **pedofilia** (abuso sexual infantil, o pederastia) implica que un adulto sostenga actividades sexuales con un niño preadolescente, generalmente de 13 años de edad o menor (American Psychiatric Association, 2000a). A fin de satisfacer los criterios oficiales de diagnóstico, la persona debe tener intensas fantasías sexualmente estimulantes, o conductas del mismo tipo, a lo largo de un periodo de al menos seis meses, que impliquen actividades sexuales con un niño preadolescente. La pedofilia es una parafilia, si se utiliza la terminología introducida en el capítulo 16.

Los pedófilos entran en una serie de categorías, dependiendo del género de los niños hacia los cuales se sienten atraídos, y de otros factores. En un estudio de 678 pedófilos, todos ellos varones, 27 por ciento sentían atracción hacia los niños, 47 por ciento hacia niñas y 25 por ciento hacia ambos (Blanchard *et al.*, 1999). Los pederastas también difieren en cuanto a si son delincuentes de incesto, delincuentes de pseudoincesto (sexo con un hijastro/hijastra), abusadores de niños a los que conocen, o abusadores de niños a los que no conocen (Guay *et al.*, 2001). Los pedófilos tienden a ser criminales reincidentes y sus patrones de preferencia tienden a ser estables a lo largo del tiempo.

Los pederastas presentan puntuaciones bajas de competencia heterosocial (Dreznick, 2003). Es decir, carecen de las habilidades interpersonales para funcionar de manera adecuada dentro de una relación heterosexual adulta. Los pedófilos tienen mayores probabilidades que los sujetos control de haber sufrido accidentes que implican daño cefálico y pérdida de conciencia antes de los 6 años de edad (Blanchard *et al.*, 2002). Esto sugiere que algún daño al cerebro en desarrollo puede ser responsable de la creación de este trastorno.

Un estudio del Departamento de Justicia de Estados Unidos intentó resolver la cuestión de la *reincidencia* (repetición del delito) por medio de un seguimiento de tres años de una considerable muestra de pederastas liberados de prisión en 1994 (Langan *et al.*, 2003). Entre los pederastas, sólo el 3.3 por ciento fue arrestado de nuevo a causa de un crimen sexual con un niño en los tres años después de su liberación. El problema con esta estadística es que indudablemente se trata de una grave subestimación de las verdaderas tasas de

reincidencia, ya que el abuso sexual infantil no se reporta (Hanson, 2000). Además, entre aquellos que tenían un arresto

previo por pederastia, la tasa de reincidencia fue del triple que aquella para delincuentes de primera ocasión. Otro estudio encontró tasas de reincidencia del 13 por ciento para pederastas dentro de los siguientes cuatro a cinco años del delito, pero, de nuevo, es probable que ésta sea una subestimación (Hanson y Brussiere, 1998). De acuerdo con este mismo estudio, ciertos subgrupos de abusadores sexuales infantiles tuvieron tasas mucho más altas de reincidencia. Ésta fue mayor entre aquellos que habían cometido delitos sexuales anteriores, habían comenzado a perpetrar delitos sexuales a una edad temprana y que se enfocaban a víctimas masculinas. El factor de predicción más poderoso de la reincidencia fueron las mediciones falométricas de desviación sexual (recuérdese el calibrador de la tensión peniana que se discutió en el capítulo 14). A los sujetos se les muestran diapositivas de niños y se mide su excitación (erección). Aquellos que presentan la excitación sexual más intensa hacia niños tienen las tasas de reincidencia más elevadas. Por lo tanto, dependiendo del caso en particular, puede existir un riesgo muy bajo o muy elevado de volver a delinquir, y conocemos algunos de los factores que predicen la categoría a la que pudiera pertenecer un delincuente específico. También es cierto que en los estudios revisados, muchos de los delincuentes habían recibido algún tipo de tratamiento. Por lo anterior, las bajas tasas de reincidencia podrían decirnos más acerca del éxito de los programas de tratamiento que acerca de las tasas naturales de reincidencia de aquellos que no han recibido ningún tipo de rehabilitación.

Existen diversos tratamientos para abusadores sexuales infantiles en uso: castración quirúrgica, fármacos antiandrógenos, hormonas, ISRS (que se explican adelante) y terapia cognitiva conductual (Bradford y Greenberg, 1996; Hall, 1995; Marshall y Pithers, 1994). La idea que subyace a la castración quirúrgica es que la remoción de los testículos de un varón reduce de manera marcada sus niveles de testosterona, con la esperanza de que su conducta sexual y agresiva también se reduzca de manera notable. El acetato de ciproterona (CPA) es un fármaco antiandrógeno —es decir, reduce la acción de la testosterona en el cuerpo y por tanto es un tipo de castración química— que se ha utilizado en el tratamiento de pederastas. Las investigaciones indican que el ACP reduce en gran medida la excitación sexual de los pedófilos ante los niños (Bradford y Greenberg, 1996). El acetato de medroxiprogesterona (MPA) es una hormona que tiene un efecto antiandrógeno similar y se utiliza en el tratamiento de delincuentes sexuales. Sus efectos son similares a los del CPA pero, por una variedad de razones técnicas, el CPA parece ser el fármaco de preferencia. Los resultados con un nuevo medicamento inhibidor de la GnRH son bastante prometedores (Rosler y Witztum, 1998).

Pedofilia: abuso sexual infantil; un adulto que tiene actividad sexual con un niño o niña preadolescente.

Tema central 17.4

¿Síndrome de recuerdos falsos? ¿Recuerdos recuperados?

Una de las controversias profesionales más desagradables en la actualidad se refiere a la cuestión de lo que algunos denominan *recuerdos recuperados* y lo que otros llaman *síndrome de recuerdos falsos*. El asunto se refiere al abuso sexual o a otros graves traumas de la infancia y si la víctima infantil puede olvidar (reprimir) el recuerdo del suceso para después recuperarlo.

De un lado de la discusión, el lado de los *recuerdos recuperados*, psicoterapeutas tratan a clientes adultos que muestran serios síntomas de trauma anterior, tales como depresión y ansiedad graves. En ocasiones, estos clientes tienen claros recuerdos de haber padecido abuso sexual en su infancia y siempre han tenido estos recuerdos, pero nunca se lo habían dicho a nadie antes del terapeuta. En otros casos, el cliente no recuerda que haya sucedido tal abuso, pero durante el curso de la terapia, o en ocasiones de manera espontánea antes de la terapia, algo sirve como disparador en la memoria y entonces el cliente recuerda el abuso sexual. De manera comprensible, los psicoterapeutas están enfurecidos acerca del trauma psicológico que resulta del abuso sexual infantil.

Por otro lado, algunos psicólogos creen que estos recuerdos de eventos olvidados que después se recuerdan realmente son *recuerdos falsos*; es decir, los sucesos nunca ocurrieron. Discuten que ciertos terapeutas inescrupulosos o demasiado fervientes pueden inducir estos recuerdos por medio de hipnotizar a sus clientes o mediante sugerirles de manera poderosa que sufrieron de abuso en su infancia.

¿Qué dicen los datos? Primero que nada, existe evidencia a partir de estudios de laboratorio de que la información asociada con emociones desagradables tiene mayores probabilidades de olvidarse (p. ej., Bootzin y Natzoulas, 1965). La investigación directa acerca de la cuestión del abuso sexual infantil también proporciona sustentación a la idea de que el olvido sí sucede en algunos casos. En un estudio, se entrevistó a 129 mujeres que se sabía habían sufrido abuso sexual en su infancia —habían sido llevadas al hospital al momento y el abuso se había verificado médicamente— 17 años después; 38 por ciento no recordaban el abuso previo (Williams, 1994). La posible falla en este estudio es que algunas de las respondientes pueden haberlo recordado, pero no haberlo informado al entrevistador. Sin embargo, estaban informando de muchas otras experiencias sexuales íntimas, de modo que parece probable que también habrían sido precisas en sus informes de abuso. En un estudio con mujeres adultas que le informaron a un investigador que habían sido víctimas de abuso sexual infantil, 30 por ciento afirmó que había bloqueado por completo cualquier recuerdo del abuso durante un año completo o más (Gold *et al.*, 1994). En otro estudio similar, 19 por ciento de las mujeres adultas que reportaron abuso sexual infantil dijeron que habían olvidado el abuso durante un tiempo (Loftus *et al.*, 1994). En una encuesta nacional de una muestra de psicólogos, 24 por ciento informaron haber padecido abuso sexual infantil; de ellos, 40 por ciento informó de un periodo de olvido (Feldman-Summers y Pope, 1994).

Al bloquear la acción de la GnRH, se inhibe el funcionamiento pituitario y gonadal, de nuevo reduciendo los niveles de testosterona. Una clase relativamente nueva de antidepresivos (los ISRS, que incluyen al Prozac y al Zoloft) también están resultando efectivos en el tratamiento de delinquentes sexuales (Bradford y Greenberg, 1996). Su uso se basa en la suposición de que los delitos sexuales pueden deberse a un tipo específico de trastorno obsesivo-compulsivo, y tales trastornos generalmente responden bien a este tipo de antidepresivos. La terapia cognitiva conductual hace uso de un número de técnicas, incluyendo reestructuración cognitiva, recondicionamiento masturbatorio [el varón aprende a experimentar excitación ante

personas apropiadas (adultos) más que ante personas inapropiadas (niños)], *role-playing*, desensibilización y manejo del estrés (Marshall y Pithers, 1994).

Una reseña de estudios que evaluaron la efectividad de la diversidad de tratamientos encontró que en general, la tasa de reincidencia era del 27 por ciento para delinquentes sexuales sin tratamiento y del 19 por ciento para delinquentes sexuales tratados, una mejoría significativa (Hall, 1995). Los tratamientos hormonales y la terapia cognitiva conductual tuvieron la misma efectividad. Sin embargo, la terapia cognitiva conductual cuenta con ciertas ventajas debido a que una gran proporción de delinquentes sexuales se niegan a recibir el tratamiento hormonal o bien lo discontinúan.

Era más probable que se olvidara el abuso cuando era más grave. Por tanto, la evidencia parece indicar que del 19 al 40 por ciento de los casos, los recuerdos del abuso sexual infantil se olvidan durante un tiempo y después se evocan de nuevo. De hecho, se ha planteado la teoría de que la amnesia de eventos traumáticos de este tipo, en especial cuando el niño ha sido traicionado por alguien como un padre, es una respuesta adaptativa que ayuda al niño a sobrevivir dentro de una situación familiar terriblemente angustiante (Freyd, 1996).

La otra pregunta: ¿es posible “implantar” en alguien recuerdos de sucesos que nunca ocurrieron? En un estudio, el investigador pudo crear recuerdos falsos de sucesos infantiles en el 25 por ciento de los adultos en tratamiento (Loftus, 1993). Ciertas condiciones parecen aumentar las probabilidades que las personas piensen que recuerdan cosas que en realidad no sucedieron, incluyendo sugestión de parte de una figura de autoridad y sugestión bajo hipnosis.

Dos estudios recientes ayudan a aclarar el debate. Uno fue un estudio de mujeres ingresadas a una unidad hospitalaria especializada en el tratamiento de trastornos psicológicos relacionados con trauma (Chu *et al.*, 1999). Entre las mujeres que informaban de abuso sexual infantil, 26 por ciento padecía de una amnesia parcial en cuanto al suceso y 27 por ciento tuvo una amnesia total durante un tiempo antes de recordarlo. Estas pacientes también presentaban síntomas disociativos. La *amnesia disociativa* es una incapacidad para recordar información personal importante, por lo general de naturaleza traumática (American Psychiatric Association, 2000a). La gran mayoría de aquellos que sufrieron abuso sexual infantil habían podido corroborar los sucesos por medio de algún método tal como registros médicos. De manera importante, la mayoría recordó el abuso por vez primera cuando se encontraban en casa y cerca de la mitad no estaba participando en ningún tipo de tratamiento u orientación al

momento en que lo recordaron, eliminando la posibilidad de sugestión por parte de un terapeuta.

En otro estudio se realizaron exploraciones de los cerebros de participantes normales por medio de IRMf (imágenes de resonancia magnética funcional) al tiempo que reprimían recuerdos indeseados (Anderson *et al.*, 2004). Los sistemas neurales subyacentes a la represión se identificaron con claridad e incluían una región en la corteza prefrontal y en el hipocampo. A partir de este estudio podemos ver que la represión de recuerdos no es cuestión de magia, sino que tiene bases cerebrales reales.

¿Cuál es el balance final? Existe evidencia de que algunas personas sí olvidan el abuso sexual infantil y que más adelante lo recuerdan. También existe evidencia de que algunas personas pueden formar recuerdos falsos con base en sugestiones realizadas por otra persona. Parece probable que la mayoría de los casos de recuerdos recuperados de abuso sexual infantil son ciertos, pero que algunos son falsos y producto de la sugestión. A fin de poner la cuestión en perspectiva, cada año se abusa sexualmente de miles de niños; la vasta mayoría de estos casos no se reporta y los perpetradores quedan sin castigo. Probablemente, también es cierto que se hacen falsas acusaciones de abuso infantil pasado, con frecuencia de parte de una “víctima” bien intencionada altamente sugestionable ante los informes mediáticos de otros casos o quien ha sido descaminada por un terapeuta demasiado ferviente. No obstante, existen muchos más casos no reportados y perpetradores sin castigo que personas falsamente encarceladas.

Fuentes: Anderson *et al.*, 2004; Bootzin y Natzoulas (1965); Chu *et al.*, 1999; Feldman-Summers y Pope (1994); Freyd (1996); Gold *et al.* (1994); Loftus (1993); Loftus *et al.* (1994); Williams (1994).

Acoso sexual

La cuestión del acoso sexual explotó en la conciencia pública durante las audiencias dramáticas y ampliamente publicitadas que involucraron a Anita Hill y a Clarence Thomas durante la confirmación de este último a la Suprema Corte en 1992. Este asunto es poderoso; puede forzar a la víctima a abandonar su empleo, pero también podría forzar al perpetrador a abandonar su empleo.

La definición oficial de acoso sexual, según la U.S. Equal Employment Opportunity Commission (Comisión de Oportunidades Equitativas de Empleo de Estados Unidos) (EEOC, 1993), es la siguiente:

Los avances sexuales indeseados, peticiones de favores sexuales, y otras conductas verbales o físicas de naturaleza sexual constituyen acoso sexual cuando

A. La sumisión a tales conductas se hace en término o condición implícita o explícita para el avance laboral o educativo de un individuo,

B. La sumisión a, o el rechazo de tales conductas por parte de un individuo se utilizan como base para decisiones académicas o laborales que afectan a dicho individuo, o

C. Tales conductas tienen el propósito o efecto de interferir de manera irrazonable con el desempeño laboral o académico de un individuo o crean un ambiente laboral o educativo intimidante, hostil u ofensivo.

Figura 17.7 En 1992, el testimonio de Anita Hill a) en las audiencias televisadas de confirmación de Clarence Thomas b), nominado a la Suprema Corte, capturaron la atención de la nación y animaron grandes debates acerca del acoso sexual.



a)



b)

Entonces, los ingredientes clave para el acoso sexual son que los avances sexuales son indeseados y que son coercitivos en el sentido de que el puesto o calificación de la víctima se encuentran en entredicho. Esto se denomina *acoso quid pro quo* (donde *quid pro quo* significa “Yo haré algo por ti si tú haces algo por mí”). El punto C de la definición especifica que un *ambiente hostil* también constituye acoso; es decir, si un trabajador se encuentra en un ambiente laboral que es tan hostil (constantes insinuaciones obscenas, intimidación verbal y demás) que él o ella no pueden trabajar de manera eficiente, entonces concuerda con la definición de acoso, aun cuando no haya existido una propuesta sexual explícita dirigida al empleado.

La definición de la EEOC se refiere al acoso sexual en el trabajo y en la educación. El acoso sexual también se puede presentar en otros contextos, tales como dentro de psicoterapia o en la calle.

Acoso sexual en el trabajo

El acoso sexual en el trabajo puede asumir una variedad de formas. Un empleador potencial puede especificar que la actividad sexual es prerequisite para

ser contratado. Por ejemplo, las historias de este tipo de incidentes abundan entre las actrices. Una vez en el trabajo, es posible que la actividad sexual se vuelva condición para la continuación del empleo, para obtener un ascenso o para obtener otros beneficios, tales como un aumento de sueldo. Éste es un caso:

Trabajo en un restaurante familiar. Debido a que soy cantinera, con frecuencia sólo estoy yo detrás de la barra. En diversas ocasiones, he sorprendido a uno de los dueños viéndome el trasero cuando estoy sacando cosas del refrigerador detrás de la barra. También se ha quedado viendo a mis piernas de manera obvia, si estoy usando una falda, cuando trato de hablar con él. A este dueño también le gusta pararse al extremo del mostrador de modo que parcialmente obstruya el paso que me permite salir de detrás de la barra. Cuando trato de salir y le digo “Con permiso,” se inclina hacia adelante sobre el mostrador de modo que tengo que apretarme entre él y el estante de vinos. También me ha mostrado cómo limpiar la cánula que se utiliza para espumar la leche para bebidas de café, pero lo hace de tal forma que se parece mucho a alguien que está estimulando cierta parte de la anatomía masculina, y después volteo a verme con una sonrisa en la cara. Ha habido veces que la lavadora de platos no funciona y le

Figura 17.8 Acoso sexual en el trabajo: este hombre está llevando a cabo caricias inapropiadas, pero si es el supervisor, es posible que ella dude en protestar.



hizo comentarios al otro cantinero, cuando yo estaba parada ahí, como “Sé gentil con ella... debes hacerlo lentamente para que no la lastimes... necesita lubricación.” Ha llegado detrás de mí y me ha soplado en el cuello.

Todos los comentarios y acciones son muy desconcertantes. (Del ensayo de una estudiante)

Esta situación se ajusta a la definición de acoso por ambiente hostil que se proporcionó con anterioridad. Es claro qué tan psicológicamente dañinos son estos ambientes para la víctima.

Las encuestas indican que el acoso sexual en el trabajo es mucho más común de lo que la gente piensa. En un estudio de mujeres académicas y personal femenino en una universidad estatal, 53 por ciento había experimentado atenciones sexuales indeseadas y 12 por ciento había sentido la necesidad de cooperar sexualmente con un compañero de trabajo a fin de recibir un tratamiento adecuado en el empleo (O’Hare y O’Donohue, 1998). En un promedio obtenido a partir de diversos estudios, entre el 25 y el 50 por ciento de las mujeres han sido sexualmente acosadas en el trabajo, al menos cuando se incluye el acoso por parte de compañeros de trabajo y no sólo de supervisores (Ilies *et al.*, 2003; Welsh, 1999).

Víctimas tanto masculinas como femeninas informan que el acoso tiene efectos negativos sobre su

condición física y emocional, sobre su capacidad de trabajar con otros en el empleo, y sobre sus sentimientos acerca de sus trabajos (Sbraga y O’Donohue, 2000). Sin embargo, es más probable que los varones sientan que las insinuaciones de parte de mujeres hayan terminado siendo recíprocas y mutuamente placenteras. Por otra parte, las mujeres están en mayores probabilidades de informar de consecuencias dañinas, incluyendo que sean despedidas o que tengan que renunciar a sus empleos (Gutek, 1985). Existe evidencia que vincula las experiencias de acoso sexual con depresión y TEPT (Dansky y Kilpatrick, 1997).

¿Por qué ocurre el acoso sexual en el trabajo? De acuerdo a una teoría, es el resultado de una combinación entre la estereotipia de géneros y los motivos ambivalentes de los varones (Fiske y Glick, 1995). Los estereotipos acerca de las mujeres en Estados Unidos son complejos e incluyen tres agrupaciones bien diferenciadas: *sexy, no tradicional* (p. ej., feminista) y *tradicional* (p. ej., madre). Muchos varones tienen motivos ambivalentes en sus interacciones con mujeres ya que desean tanto dominio como intimidad. Los investigadores argumentan que existen cuatro tipos de acoso. En el primero, el *acoso sincero*, el varón realmente se ve motivado por un deseo de intimidad sexual, pero se niega a ser rechazado y persiste en sus avances sexuales indeseados. Él estereotipa a las mujeres como *sexy*. En el segundo tipo, el *acoso hostil*, las motivaciones del varón son el dominio de la mujer, con frecuencia debido a que percibe que ella compite con él dentro del empleo. Sostiene el estereotipo de las mujeres como no tradicionales y, por tanto, competitivas con él. Su respuesta al rechazo por parte de una mujer es un aumento en el acoso. El tercer y cuarto tipos de acoso implican combinaciones ambivalentes de los dos motivos básicos, dominio y un deseo de intimidad. En el tercer tipo, el *acoso paternalista ambivalente*, el varón está motivado por un deseo de intimidad sexual, pero también por un deseo paternalista de ser como un padre para la mujer. Este tipo de acoso puede ser especialmente insidioso ya que el varón considera que se está portando de manera benevolente hacia la mujer. Por último, se encuentra el cuarto tipo, el *acoso competitivo-ambivalente*, que mezcla una verdadera atracción sexual y el estereotipo de la mujer como *sexy* con el deseo hostil del varón de dominar a la mujer, lo cual se basa en su creencia de que ella es no tradicional y competitiva con él. Esta teoría nos brinda una excelente perspectiva de los complejos motivos que subyacen el acoso sexual de varones hacia mujeres.

Los psicólogos sociales han desarrollado un ingenioso método para estudiar el acoso sexual de manera experimental en el laboratorio, el Paradigma de Acoso Computarizado (Mass *et al.*, 2003). En un estudio se expuso a varones universitarios a una mujer confederada de los experimentadores, la cual expresó ya fuera fuertes creencias feministas (intenciones de lograr una carrera de alto nivel en un área normalmente reservada

para varones, y participación en una organización pro derechos de la mujer), o bien creencias tradicionales. Entonces se les dio la oportunidad a los varones de acosar a la mujer por medio de enviarle materiales pornográficos por computadora (la confederada nunca los recibió en realidad). Los hombres expuestos a la feminista le mandaron cantidades significativamente mayores de pornografía que los varones del grupo control. Sin embargo, no todos los varones en la condición de amenaza feminista respondieron por medio del acoso; aquellos que sí lo hicieron eran principalmente varones que se identificaban de manera poderosa con el rol masculino. Los hallazgos de este experimento son consistentes con el tipo de acoso conocido como acoso por ambiente hostil.

El acoso sexual en el trabajo es más que sólo una molestia. En especial para las mujeres, ya que ellas están en mayores probabilidades de ser acosadas por un supervisor, puede constituir la diferencia crítica en el avance de sus carreras. Para la mujer de clase laboral que mantiene a su familia, ser despedida por no someterse sexualmente es una catástrofe. El poder de la coerción es enorme.

Acoso sexual en la educación: buena calificación por acostón

El acoso sexual en la educación se reveló a la luz pública cuando, en 1977, estudiantes mujeres demandaron a la Universidad de Yale, quejándose de acoso sexual, en el importante caso de *Alexander vs. Yale*. El caso reconoció que el acoso sexual de mujeres en la educación era una violación de la Fracción IX de la Ley de Derechos Civiles.

Los datos indican que cerca del 50 por ciento de estudiantes mujeres han sido acosadas por profesores mediante actos que van desde insultos e insinuaciones hasta ataques sexuales (Fitzgerald, 1993). Las mujeres informan de renunciar a cursos, cambiar de carrera o abandonar la educación superior a causa del acoso sexual (Fitzgerald, 1993).

Tras el caso de Yale y otros, muchas universidades han establecido procedimientos de informes y quejas para casos de acoso sexual.

El acoso sexual no se limita a las universidades ni a profesores que acosan a alumnos. Una encuesta de sujetos de 14 y 15 años de edad en Holanda encontró que el 24 por ciento de chicas y el 11 por ciento de chicos habían sido objeto de acoso sexual (Timmerman, 2003). De esos casos, el 73 por ciento representaba acoso a manos de compañeros y 27 por ciento a acoso

por parte de maestros (u otros adultos relacionados con la escuela, tales como un tutor o el director). De los maestros acosadores, 90 por ciento eran varones. Las consecuencias psicológicas fueron aún más graves cuando el acosador era un maestro que cuando era un compañero. Un estudio en Estados Unidos encontró que el 79 por ciento de chicos y el 83 por ciento de chicas experimentaron acoso sexual por parte de compañeros en educación media superior (AAUW, 2001).

Sexo psicoterapeuta-cliente

Las definiciones legales del acoso sexual se centran en estos problemas cuando ocurren en el trabajo o en la educación. Sin embargo, existe otra categoría de encuentros sexuales coercitivos y potencialmente dañinos: aquellos que suceden entre un psicoterapeuta y su cliente, o entre otros profesionales, tales como médicos, y sus pacientes. Las sociedades profesionales tales como la American Psychological Association afirman claramente en sus reglamentos que tales conductas son violaciones de la ética. No obstante, ocurren, y pueden ser dañinas.

Una encuesta de una muestra de doctores en psicología licenciados encontró que el 5.5 por ciento de psicólogos varones y el 0.6 por ciento de psicólogas mujeres admitió haber sostenido relaciones sexuales con un cliente durante el tiempo en que el paciente se encontraba en terapia, y un 2.6 por ciento adicional de terapeutas varones y 0.3 por ciento de terapeutas mujeres sostuvo relaciones sexuales con sus clientes dentro de los tres meses siguientes a la terminación de la terapia (Holroyd y Brodsky, 1977). Lo más probable es que éstas se consideren como cifras mínimas ya que se basan en los autoinformes de los terapeutas y algunos pueden no haber estado dispuestos a admitir a tales actividades aun cuando el cuestionario era anónimo. De los terapeutas que tuvieron relaciones sexuales con sus clientes, 80 por ciento repitió la actividad con otros clientes.

Los expertos consideran que este tipo de situación tiene el potencial de ocasionarle graves daños emocionales a los clientes (Pope, 2001). Como en los casos de acoso sexual que se discutieron con anterioridad, es una situación de inequidad de poder, en la que la persona más poderosa —el terapeuta— impone actividades sexuales sobre la persona menos poderosa, el cliente. La situación se considera como especialmente grave ya que las personas en psicoterapia se han abierto emocionalmente ante el terapeuta y, por tanto, son extremadamente vulnerables en términos emocionales.

RESUMEN

La violación se define como la penetración oral, anal o vaginal sin consentimiento que se obtiene por la fuerza, por amenaza de daño físico o cuando la víctima es incapaz de dar su consentimiento. El riesgo vital de una mujer a la violación es de entre 14 y 25 por ciento. Es posible que las víctimas experimenten trastorno por estrés postraumático (TEPT) como resultado del ataque. La violación en citas y la violación marital son más comunes de lo que la gente piensa. Existen cuatro perspectivas teóricas en cuanto a la violación: precipitada por la víctima, psicopatología del violador, feminista y de la desorganización social. La violación tiene significados alterados de manera especial para algunos grupos étnicos dentro de Estados Unidos.

Aproximadamente 17 por ciento de las mujeres y 12 por ciento de los varones informan que, durante su infancia, tuvieron contacto sexual con un adulto o con un adolescente de más de 14 años de edad. La mayor parte del abuso sexual infantil se lleva a cabo a manos de un familiar o conocido de la familia. Los niños abusados sexualmente son más propensos que otros niños a presentar síntomas tales como ansiedad, TEPT, depresión y afecciones físicas. Es probable que se presenten mayores consecuencias psicológicas graves cuando el perpetrador es un miembro adulto cercano de la familia (parece que el incesto entre hermanos es menos grave) y cuando el contacto sexual es duradero e implica penetración. Es probable que los pedófilos sientan más atracción hacia niñas que hacia niños. Algunos tipos de pederastas tienen una baja

tasa de reincidencia, pero ciertos tipos están en elevadas probabilidades de repetir el delito. Los fármacos tales como el MPA y el CPA constituyen un tratamiento efectivo para los delincuentes sexuales, como también lo es la terapia cognitiva conductual.

Existe una polémica entre los profesionales en cuanto a si los adultos pueden recuperar recuerdos de abuso sexual infantil que han olvidado (recuerdos recuperados), o si éstos son casos de síndrome de recuerdos falsos, en que los incidentes supuestamente recordados nunca ocurrieron en realidad.

El acoso sexual, ya sea en el trabajo o en la educación, implica avances sexuales indeseados cuando se involucra algún tipo de coerción, tal como hacer que el contacto sexual sea condición para obtener un empleo o para recibir altas calificaciones en un curso. En otro tipo de acoso sexual, el ambiente laboral o educativo se torna tan hostil, en relación al sexo o al género, que el empleado no puede funcionar de manera efectiva. Las encuestas muestran que el acoso sexual en el trabajo es bastante común. En casos graves, puede conducir a consecuencias psicológicas dañinas tales como TEPT en la víctima. En la educación, los datos indican que cerca del 50 por ciento de las estudiantes mujeres han sido acosadas por sus profesores. Este abuso puede conducir a consecuencias negativas para la alumna, tales como verse forzadas a cambiar de carrera o a abandonar la universidad. El sexo entre psicoterapeuta y cliente también tiene el potencial de ocasionar daños psicológicos al cliente.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿En las instalaciones de su universidad, qué servicios se encuentran disponibles para las víctimas de violación? ¿Le parece que estos servicios son adecuados, dado lo que ha leído en el presente capítulo acerca de las respuestas de las víctimas ante la violación? ¿Qué se podría hacer para mejorar estos servicios?
2. Averigüe los procedimientos disponibles dentro de su universidad para lidiar con incidentes de acoso sexual de estudiantes a manos de algún profesor.
3. Aplique los cuatro enfoques teóricos acerca de la violación al abuso sexual infantil.
4. Anoche, en una fiesta, Angie fue violada por un hombre al que había conocido previamente en una de sus clases. ¿Debería reportarlo a la policía?
5. En el presente capítulo, hemos discutido el acoso sexual, que implica avances sexuales repetidos e indeseados o peticiones de sexo a cambio por algo como obtener un empleo o un aumento, o un ambiente que es tan sexualmente hostil que la persona tiene dificultades para trabajar. ¿Piensa usted que exista un paralelo racial al acoso sexual? Es decir, ¿cree usted que existe el acoso racial? De ser así, ¿cómo lo definiría y cree usted que debería ser ilegal? ¿De no ser así, por qué no?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Brady, Katherine. (1979). *Father's days*. Nueva York: Dell paperback. Esta autobiografía de una víctima del incesto es tanto conmovedora como perspicaz.
- Koss, Mary B., et al. (Eds.). (1994). *No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, D.C.: American Psychological Association. Una colección excelente que incluye capítulos escritos por expertos en violación y acoso sexual.
- Raine, Nancy V. (1998), *After silence: Rape and my journey back*. Nueva York: Crown. Raine, una escritora profesional, proporciona una narración intensa de las repercusiones de una violación.
- White, Jacquelyn W., y Sorenson, Susan B. (1992). Adult sexual assault. *Journal of Social Issues*, 48 (1). Toda la edición especial de esta publicación se dedica al ataque sexual de adultos y está atestada de interesantes artículos.
-

RECURSOS EN LA RED

- <http://www.nsvrc.org>
National Sexual Violence Resource Center.
- <http://www.mencanstoprape.org>
Grupo de varones activistas que están trabajando para prevenir la violación.
- <http://www.vday.org>
V-Day; movimiento global para detener la violencia en contra de mujeres y niñas.
- <http://www.rapeis.org>
“La violación es...”; recursos para supervivientes, activismo y políticas acerca de la coerción sexual.
- http://www.eeoc.gov/types/sexual_harassment.html
U.S. Equal Employment Opportunity Commission; discusión acerca del acoso sexual.
- <http://www.bigeye.com/sexeducation/violence.html>
Vínculos de educación sexual: Violencia sexual.

C A P Í T U L O

18

Sexo en venta

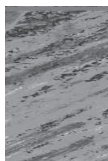
ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Prostitución

Ámbitos para el sexoservicio
Papel de los terceros
La carrera de una sexoservidora
Bienestar de las sexoservidoras
Papel del abuso temprano
Clientes
Sexoservidores varones
Turismo sexual

Pornografía

Términos
Tipos de pornografía
Los clientes
Objeciones feministas contra la pornografía
Efectos de la pornografía
¿Cuál es la solución?



La pornografía no es una expresión de los sentimientos y deseos eróticos humanos, como tampoco es amor a la vida física, sino un temor al conocimiento del cuerpo y un deseo por silenciar a Eros.*

*Griffin (1981).

El intercambio de gratificación sexual por dinero es un aspecto prominente de muchas sociedades contemporáneas. Implica cuando menos 20 mil millones de dólares al año en actividad económica (The Sex Industry, 1998). En este capítulo consideramos dos maneras en que el sexo puede comprarse y venderse: la prostitución y la pornografía. Ambas implican complejos asuntos legales y controversias públicas, pero también atraen un firme torrente de clientes dispuestos.

Prostitución

Las **prostitutas** o **sexoservidoras comerciales** (“putas”) realizan actividad o interacciones sexuales en pareja a cambio de dinero, regalos materiales o alguna otra forma de pago como drogas. Como han señalado los críticos sociales, ciertas citas amorosas, situaciones de vida y relaciones a largo plazo, incluyendo a ciertos matrimonios, también se encuentran dentro de esta categoría.

Ámbitos para el sexoservicio

Existen varios entornos o ámbitos en los que ocurre la actividad sexual comercial. La naturaleza de los ámbitos o contexto social/sexual influye en el tipo de

Prostituta/Sexoservidora

comercial: persona que realiza actos sexuales a cambio de dinero o drogas y que lo hace de manera promiscua y bastante indiscriminada.

Call girl: categoría más costosa y exclusiva de prostituta.

Burdel: casa de prostitución donde las prostitutas y clientes se reúnen para tener actividad sexual.

Casa de citas: residencia en la que las prostitutas trabajan turnos regulares vendiendo sus servicios sexuales por hora.

sexoservidor y de cliente que se encuentran allí (p. ej., raza, clase social), la actividad que ocurre y su riesgo asociado. La siguiente discusión se enfoca en las trabajadoras sexuales y sus clientes varones, pero téngase en mente que también existen sexoservidores hombres, mujeres, gay, lesbianas, bisexuales y transgénero, al igual que clientes de estos tipos.

La **call girl** —nótese el diminutivo “girl” (niña)— trabaja en su propio domicilio, haciendo citas con los clientes a través de un teléfono común o un celular. A menudo proviene de un ambiente de clase media y es posible que tenga un título universitario. Se viste con ropas caras y vive en un vecindario de clase alta. Una **call girl** en una ciudad de tamaño intermedio puede cobrar un mínimo de 100 dólares la hora y más, si realiza actividades atípicas; las **call girls** en áreas metropolitanas cobran 200 dólares

o más por hora. Una **call girl** puede ganar gran cantidad de dinero. Pero también tiene enormes gastos derivados de su negocio; una residencia cara, un vestuario amplio, facturas por pagar debido a maquillaje y peinado, honorarios médicos para conservar su salud, y propinas para conserjes y caseros.

Es posible que una **call girl** tenga varios clientes regulares y que únicamente acepte nuevos clientes por referencia. Debido a que realiza sus citas por teléfono, puede ejercer un control estrecho en cuanto a la persona que ve y en cuanto a su horario. En general recibe a los clientes en su domicilio, lo cual también le permite controlar el entorno de trabajo. Además de la gratificación sexual, puede proporcionar otros servicios, como acompañar a los clientes a reuniones de negocios y sociales. Las **call girls** tienen una autonomía considerable y sus riesgos físicos y de salud se reducen por el ambiente en el que trabajan.

Otro ámbito para el sexoservicio comercial es el **burdel**. En el siglo XIX y principios del siglo XX había muchos burdeles exitosos en EUA. Variaban desde el cabaret que servía como frente y en el que se robaban el dinero de los clientes mientras ellos estaban sexualmente ocupados, hasta elegantes mansiones donde se trataba al cliente como un distinguido invitado a una cena. Los burdeles declinaron en número después de la Segunda Guerra Mundial. Unos cuantos permanecen en sitios como Nevada, donde la prostitución es legal en cinco condados. En los últimos 20 años, se les ha reemplazado con **casas de citas**, que emplean a mujeres que trabajan turnos regulares en un departamento o condominio, dando servicio a los clientes que acuden a ese sitio. Estos servicios proporcionan gratificación sexual y cobran por hora. En las grandes ciudades, el costo es de 150 a 200 dólares la hora; a cambio, el cliente puede participar en actividad sexual estándar que incluye felación, cunilingus y coito vaginal. Muchas de las casas de citas requieren contacto inicial por teléfono, aunque otras difunden su localización en medios especializados o incluso en guías telefónicas. En este ambiente, la trabajadora sexual tiene en general menos autonomía que una **call girl**; en general existe un gerente o **madame** (véase más adelante) que determina las condiciones de trabajo y los honorarios que se cobrarán y que cobra un porcentaje sustancial por cada honorario. Las trabajadoras en las casas de citas tienen menos opciones en cuanto a la elección de los clientes y es posible que presten servicios a varios durante su turno.

Figura 18.1 Sexo en venta.



Otro entorno contemporáneo para el sexo comercial es el **salón de masajes**. Algunos salones de masajes proporcionan terapia legítima con masajes. En otros, los empleados venden servicios sexuales (Perkins y Bennett, 1985); con frecuencia anuncian “masajes sensuales” o “masajes con nudismo”, dejando bastante claro el tipo de salón en el que están. Algunos salones ofrecen una lista estándar de servicios y precios; otros permiten que el masajista o la masajista decida qué hará con un cliente particular y posiblemente cuánta “propina” se requiere por esa actividad. Los salones de masaje varían grandemente en decoración y precio. Algunos están localizados en edificios “corporativos”, decorados de manera costosa y proporcionan alimentos y bebidas además de la gratificación sexual. Los precios van desde 100 hasta 300 dólares o más. Es posible que acepten tarjetas de crédito con un cargo que aparece en el estado de cuenta como un restaurante. Al otro extremo de la escala se encuentran los salones disfrazados, que a menudo se localizan en “distritos sexuales comerciales”, no ofrecen otros servicios y cobran tarifas de 40 a 100 dólares.

Otro ámbito para el negocio sexual es el *servicio de acompañantes*. Estos servicios tienen nombres reveladores como Servicios de estilo de vida alternativo, Primera aventura, Toda tuya, Entretenimiento versátil y Mariditos en renta. La mayoría de los servicios de acompañantes emplean a hombres y mujeres que están dispuestos a tener actividad sexual; como los salones

de masajes, el servicio puede tener un menú estándar, o el acompañante puede tener autonomía en cuanto a decidir qué actividades tendrá con el cliente. La prostitución en este ambiente se conoce como **servicio a domicilio**, dado que los acompañantes acuden con los clientes. Éste es obviamente un negocio con mayor riesgo ya que el o la acompañante no puede controlar el ambiente en el que se proporcionan los servicios. En general se requiere que los acompañantes telefonen al servicio cuando hayan llegado y cuando salgan del lugar donde está el cliente. Ésto no sólo contribuye a su seguridad sino que permite que el servicio confirme cuánto tiempo ha pasado el acompañante con los clientes y, por ende, la cantidad que se adeuda al servicio.

En la mayoría de las comunidades, la sexoservidora más visible es la **callejera**. Ésta vende sus favores en las calles de las ciudades. En general es menos atractiva y se viste con menos elegancia que la *call girl* y, de manera correspondiente, cobra menos por sus servicios, quizás desde 20 dólares por un “rapidín”. Está en mayor probabilidad de imponer restricciones estrictas de tiempo al cliente. Debido a que su modo de operación es obvio, es probable que se le arreste.

En algunas grandes ciudades, la mayoría de las mujeres arrestadas y encarceladas por prostitución son callejeras y a menudo son miembros de grupos raciales o étnicos minoritarios. En parte esto refleja las limitadas perspectivas de empleo para las mujeres de color en la sociedad estadounidense; en algunos casos también refleja un prejuicio de la policía, que arresta a mujeres de minorías, pero no a las mujeres blancas, que trabajan en las calles. Debido a que las callejeras tienen un control relativamente pequeño sobre las condiciones de su trabajo, están en mayor riesgo de enfermedad y violencia a manos de sus clientes, proxenetas (véase adelante) e incluso de los oficiales de policía.

Los estudios sobre los sexoservidores comerciales han encontrado que las mismas personas pueden trabajar en diferentes ámbitos a lo largo del tiempo (Lewis *et al.*, 2004). Por ejemplo, en áreas donde hay inviernos crudos, es posible que las personas que trabajan en las calles durante el verano y el otoño encuentren trabajo en casas de cita o bares durante el invierno. Es posible que las mujeres pasen de un servicio de acompañantes a trabajar como *call girls* y viceversa.

Papel de los terceros

Muchas personas asocian a las prostitutas con un **proxeneta** (“El Hombre”), que se representa como el acompañante/patrono de la mujer. Si ella tiene un proxeneta, lo mantiene con sus ganancias y, a cambio, es posible que él le proporcione compañía y sexo, la

Salón de masajes: lugar donde los masajes, al igual que los servicios sexuales, se pueden comprar.

Servicio a domicilio: un servicio que envía a una prostituta o trabajador sexual a un lugar especificado por el cliente para proporcionar servicios sexuales.

Callejera: prostituta o trabajadora sexual de estatus inferior que camina por las calles ofreciendo sus servicios sexuales.

Proxeneta: acompañante, protector y patrono de una prostituta.

saque de la cárcel y le dé comida, abrigo, ropa y drogas. Si él la cuida mientras ella trabaja, puede darle cierta protección contra el robo y la violencia, porque una prostituta dudosamente está en posición de acudir a la policía si un cliente la ha robado. Pero el proxeneta también puede ejercer considerable control sobre la prostituta y abusar de ella verbal, física y sexualmente si no hace lo que él le ordena.

Otro tercero en el sexoservicio comercial es la *madame*, una mujer que regentea o posee una casa de citas, un servicio a domicilio, un burdel o un servicio de acompañantes. En general, una *madame* tiene experiencia y habilidad para regentear a las sexoservidoras y los negocios. En ocasiones también tiene habilidades sociales, con una red de contactos en la comunidad. La *madame* más celebrada en el decenio de 1990 fue Heidi Fleiss, apodada la “*Madame* de Hollywood” por los medios de comunicación. Se le encarceló bajo cargos de celestinaje —proporcionar *call girls*— para clientes ricos y famosos asociados con la industria del espectáculo. Se informa que sus clientes pagaban desde 200 dólares por un “trabajo rápido” hasta 1 500 dólares por una noche completa con una de las jóvenes atractivas y elegantes que trabajaban para ella (Fleming e Ingrassia, 1993). En 1995 se le multó con 1 500 dólares y sentenció a tres años de prisión.

En otros ámbitos puede haber otros terceros. Los salones de masajes emplean a gerentes que están dentro del local a toda hora y que pueden ejercer control sobre los empleados. La importancia de estos terceros es que reducen la autonomía de los sexoservidores que supervisan y es posible que los coaccionen para realizar actividades o trabajo con clientes con quienes

Madame: mujer que maneja un burdel, casa de citas, servicio a domicilio o servicio de acompañantes.

Tráfico sexual: reclutamiento y control de personas para la explotación sexual.

no quieren hacerlo. Existe una fuerte discrepancia entre los observadores en cuanto al grado en que un trabajador sexual puede ejercer su elección con respecto a sus actividades. Algunos discuten que los trabajadores eligen a quién sirven y qué actos realizarán; otros afirman que tienen poca elección si necesitan el dinero. La realidad depende, en parte, de la participación de los terceros en la vida diaria del trabajador.

Aunque existe desacuerdo acerca de si las *call girls*, sexoservidoras en casas de citas y callejeras tienen autonomía o las coaccionan a participar en el sexoservicio comercial, todos coinciden en que las niñas y mujeres atrapadas en el tráfico sexual se ven forzadas a participar en él. El **tráfico sexual** se refiere al reclutamiento y control de las personas, por amenaza o uso de la fuerza o el engaño, con propósitos de explotación sexual (Hynes y Raymond, 2002). De manera típica, se recluta a niñas y mujeres jóvenes en países del tercer mundo o países en desarrollo, a través de anuncios o de personas que les prometen un buen empleo (como bailarinas, nanas, secretarías), educación o un marido en un país desa-

rollado. Incluso, los reclutadores pueden proporcionar documentos migratorios falsos, a menudo a cambio de dinero. Cuando las mujeres llegan al país de destino es posible que se encuentren en una condición de cautiverio; con frecuencia se les retiran los documentos migratorios, el dinero obtenido de sus actividades va para aquellos que las controlan y éstos las amenazan con daño físico para ellas o sus familias si les desobedecen o huyen. A menudo, las mujeres trabajan en bares, burdeles y salones de masaje y es posible que se les mude en un plazo de pocas semanas. Una mujer entrevistada en Estados Unidos informó tener de 10 a 30 clientes por día. Cada año se estima que se trafican de 45 000 a 50 000 niñas y mujeres a los EUA, muchas para la industria sexual. Un caso comenzó con el descubrimiento de ocho niñas de 15 y 16 años que trabajaban en un burdel en Atlanta en 1998; el seguimiento reveló que este burdel era parte de una red que operaba en 14 estados y que cuando menos 500 niñas y mujeres habían pasado por la casa de Atlanta solamente, la mayoría provenientes de países asiáticos (Ellison, 1999). Es evidente que a estas mujeres se les explota, debido a que son terceras personas quienes controlan todos los detalles de sus vidas.

La carrera de una sexoservidora

El primer paso en la carrera de una prostituta es su ingreso. Las mujeres ingresan a la prostitución debido a varias razones (Vanwesenbeeck, 2001). Para las sexoservidoras en los países occidentales, la razón más importante es la económica. Algunas mujeres están motivadas por un deseo de tener dinero, bienes materiales o un estilo de vida emocionante. Estas mujeres se sienten atraídas por la imagen de la *call girl*, un estatus que algunas tienen la fortuna suficiente de obtener. Para algunas mujeres —por ejemplo, una mujer pobre pero atractiva— la prostitución puede ser un medio de lograr movilidad a un nivel económico superior. Otras mujeres entran debido a necesidad económica, para poder sobrevivir. Es posible que una madre soltera con poca escolaridad no tenga medios alternativos de ganarse la vida. Algunas mujeres se vuelven prostitutas para mantener una adicción a las drogas.

La fuerza o la coacción es otro factor. Algunas mujeres informan haber sido coaccionadas física o psicológicamente por un marido o amante para que vendan sexo por dinero. Como se señaló antes, la coacción es uno de los principales factores en el tráfico sexual. Las jóvenes de países eslavos y asiáticos responden a anuncios en los periódicos locales que les prometen riqueza y *glamour*; se les lleva a países como Israel o Tailandia con la esperanza de trabajar en restaurantes y hoteles, pero en lugar de ello se les fuerza a la prostitución (Specter, 1998). Es posible que el “empleador” destruya el pasaporte de la mujer y la amenace con la deportación si no cede a sus demandas.

Otra categoría de razones implica la obtención de poder. Por ejemplo, una mujer que trabaja como *call girl* para políticos famosos puede considerar que tiene

Figura 18.2 Ine Vanwesenbeeck ha estudiado la prostitución legalizada en Holanda
i.vanwesenbeeck@rng.nl



acceso a un verdadero poder político. Algunas mujeres ingresan a la prostitución a través de un miembro de su familia o amiga que ya es sexoservidora y que puede enseñarle los fundamentos (Miller, 1986).

Al ingresar a la prostitución, la mayoría de las mujeres pasan por un periodo como aprendices en el que se instruyen en las habilidades de la profesión. La principiante aprende técnicas sexuales, en especial felación, dado que muchos clientes quieren sexo oral. Aprenden a conseguir clientes, a negociar con éxito sus servicios y a establecer tarifas con los clientes potenciales. Aprenden a mantener control sobre la interacción de modo que pueda protegerse del daño o del robo de los clientes. Aprenden valores como “el cliente siempre tiene la razón” y una actitud de justicia hacia las otras “chicas trabajadoras”.¹ Es posible que las mujeres a las que un proxeneta recluta a la profesión reciban entrenamiento de sus “compañeras” más experimentadas. Algunas mujeres reciben entrenamiento de una *madame* experimentada, a cambio de un gran porcentaje de sus ingresos (Heyl, 1979).

Se ha hecho relativamente poca investigación sobre las sexoservidoras en el periodo intermedio de su carrera. Hemos señalado que es posible que una sexoservidora trabaje en diferentes ámbitos a lo largo del tiempo. Es posible que una mujer pase de una casa de citas a un servicio a domicilio a medida que adquiere mayor experiencia en el manejo de los clientes. Podría pasar de las calles a trabajar en bares o paradas de

autobuses en respuesta a los cambios en el clima o en su propia salud. Las sexoservidoras que tienen una adicción a las drogas pueden verse forzadas a trabajar muchas horas y servir a muchos clientes en más de un ámbito para poder mantener su hábito. De nuevo, algunos de estos cambios pueden ser resultado de la coacción o de la explotación de un proxeneta o de un traficante de sexo.

“Adecentarse” o “dejar el oficio” se refiere a dejar la prostitución. En términos económicos, esto es difícil de lograr, en particular para una mujer que no tiene otras habilidades; al reconocer esto, los analistas demandan programas amplios que proporcionen educación y entrenamiento laboral, refugios, atención médica y orientación psicológica para las mujeres (y hombres) que desean dejar el sexoservicio comercial (Hynes y Raymond, 2002). Una ex trabajadora sexual, Norma Hotaling, fundó un programa de este tipo en 1992 llamado SAGE, Standing Against Global Exploitation (Defensa contra la explotación global).

La prostituta casada simplemente puede regresar a su labor como ama de casa. La mujer soltera puede dejar el oficio a través de casarse, ya que es posible que obtenga propuestas de matrimonio de sus clientes regulares.

Otras razones para dejar la prostitución incluyen el arresto y la amenaza de una sentencia larga de cárcel, la insistencia de agencias gubernamentales en cuanto a que deben dejar a sus hijos y el conocimiento de que una amiga ha sido víctima de la violencia mientras trabajaba como prostituta (Bess y Janus, 1976). Uno de los principales peligros asociados con la prostitución es la violencia: 81 por ciento de las mujeres que trabajan en sitios externos informan haber recibido patadas, bofetadas o puñetazos de un cliente, al igual que 48 por ciento de las mujeres que trabajan al interior (Church *et al.*, 2001).

Bienestar de las sexoservidoras

Existen una variedad de imágenes acerca de la prostituta contemporánea: joven, atractiva, autónoma, sana, “la prostituta feliz”; joven, desvergonzada, agresiva, “la chica ruda”; no tan joven, con daño emocional y físico, una víctima. ¿Cuál es la imagen válida?

Según un estudio sobresaliente (Vanwesenbeeck, 1994), todas estas imágenes son precisas. En la primera fase, los investigadores reclutaron a 90 prostitutas y ex prostitutas en Holanda y realizaron amplias entrevistas con ellas acerca de sus vidas diarias. Dos años después, se reclutaron 100 mujeres que habían estado trabajando durante al menos un año, para un estudio acerca de “sexualidad y salud”; se les aplicaron entrevistas y respondieron a varias medidas sobre estilo de afrontamiento y bienestar. Las muestras incluyeron a mujeres que trabajaban en la calle, en ventanales, en clubes y burdeles, para servicios de acompañantes y en sus propios domicilios. Los resultados indicaron que una cuarta parte de las mujeres estaban en buenas condiciones. Tenían pocas afecciones físicas o psicosociales, utilizaban estrategias de afrontamiento dirigidas

¹Una película de 1986 llamada *Working Girls* (Chicas trabajadoras) proporciona una mirada realista a una casa de citas.

a problemas y estaban satisfechas con sus vidas. Otra cuarta parte estaba en el extremo opuesto. Se quejaban de cefaleas, dolor de espalda, ansiedad y depresión; sus estrategias de afrontamiento implicaban disociación (considerar que los problemas no están relacionados con ellas mismas) y negación, y estaban insatisfechas con la prostitución. Las mujeres restantes estaban en una situación intermedia.

Los riesgos para una mujer y, por ende, para su bienestar, variaban de acuerdo al ámbito de trabajo. En Holanda, donde el sexoservicio se ha legalizado, las mujeres que trabajaban en ventanales y en las calles estaban en mayor riesgo. Trabajar en las calles se asociaba con mayor riesgo de arresto y de violencia por parte de los clientes, lo cual obviamente influye en la salud física y mental. Las mujeres cuya labor es en ventanales o en las calles trabajaban más rápido, tenían más clientes y ganaban menos por cliente que aquellas que trabajaban en casas de citas o servicios a domicilio. En un estudio más reciente sobre sexoservidoras en interiores realizado en Holanda, las trabajadoras informaron tener un promedio de nueve horas laborales por día; más de un tercio de ellas trabajaban más de 40 horas por semana y la mitad no habían tomado vacaciones en el último año (Venicz y Vanwesenbeeck, 2000). Una de las principales fuentes de estrés es el hecho de que una sexoservidora no puede pronosticar o controlar el ritmo de trabajo. Las trabajadoras informaron que, en promedio, conservaban la mitad de los ingresos obtenidos de los clientes. Los riesgos son especialmente elevados para las mujeres que son víctimas de tráfico, porque están en riesgo de sufrir abuso y daño de los clientes y de sus patronos, tener enfermedades e infecciones y enfrentarse al descuido médico (Hynes y Raymond, 2002).

También existe el riesgo de exposición a las enfermedades de transmisión sexual, especialmente VIH/SIDA. Con frecuencia, las prostitutas con infección por VIH son trabajadoras que también se inyectan drogas y la investigación indica que el riesgo proviene de las inyecciones. En países occidentales, los estudios muestran que el riesgo de infección por VIH en los sexoservidores es mayor en su vida sexual privada que en su trabajo sexual. En otras partes del mundo, el riesgo varía grandemente, con tasas mayores de VIH/SIDA en algunas ciudades y países y tasas bajas en otros (Vanwesenbeeck, 2001).

Se ha sugerido que los altos niveles de violencia y angustia psicológica encontrados entre las sexoservidoras no se deben a la naturaleza de sexoservicio en sí, sino que reflejan el estigma asociado con el trabajo mismo (Vanwesenbeeck, 2001). Las prostitutas están en riesgo de violación debido a actitudes como la opinión de que no es posible violar a una prostituta, pero que no se causa gran daño si se hace (Miller y Schwartz, 1994). El riesgo de arresto y maltrato de parte del personal policiaco, y la ansiedad y angustia resultantes, reflejan el hecho de que el sexoservicio es ilegal.

Las trabajadoras sexuales utilizan una variedad de estrategias cognitivas y conductuales para afrontar los riesgos de su profesión. Algunas utilizan drogas y alcohol para incrementar su confianza y disminuir la culpa. Otras utilizan estrategias para reprimir sus sentimientos y se enfocan solamente en la tarea. Con frecuencia, las consecuencias de este distanciamiento se conocen como despersonalización (lo cual, por supuesto, no es una experiencia única del trabajo sexual). Algunas enfatizan los aspectos recompensantes de su trabajo, como quizás que éste mantiene a sus hijos. Muchas sexoservidoras utilizan como técnica de afrontamiento el manejo cuidadoso del tiempo y lugar, localizando su sexoservicio en un sitio físico y temporal independiente de sus relaciones sexuales y familiares privadas (lo cual tampoco es único del trabajo sexual). Es posible que las sexoservidoras también utilicen una red de contactos con otras trabajadoras como fuente de apoyo; en uno de tales casos, las trabajadoras de un “turno callejero” trabajaban juntas para proteger a una colega embarazada pasándole todos los clientes que deseaban una “mamada” y protegiéndola de los clientes conocidos por ser rudos (Anderson, 2004).

Papel del abuso temprano

El estudio acerca de las mujeres que trabajaban en Holanda (Vanwesenbeeck, 1994) encontró que, además de su ámbito laboral, el hecho de tener antecedentes de victimización y trauma durante la infancia o adolescencia, antes de ingresar a la prostitución, se asociaba con un bienestar más deficiente. Gran parte de la literatura de investigación anterior a 1990 informaba que un alto porcentaje de prostitutas había sufrido abuso sexual o maltrato físico en la infancia, lo cual a menudo se tomaba como causa de su ingreso al sexoservicio (Vanwesenbeeck, 2001). Con frecuencia se sugería que el abuso en la infancia las había conducido a sentimientos de estigmatización, que a su vez daba por resultado la actividad sexual temprana, el uso de drogas, o ambos; huir de sus hogares, y terminar en el trabajo sexual. No hay duda de que algunos hombres y mujeres ingresan al sexoservicio comercial por esta vía. Pero la investigación en que se basó esto utilizó a muestras de callejeras, mujeres encarceladas o ex prostitutas localizadas a través de instituciones de servicio social. Las respondientes no son representativas de todas las sexoservidoras, de modo que tales resultados no pueden generalizarse. De hecho, no sabemos qué tan importantes podrían ser los antecedentes de abuso en el ingreso de una persona al sexoservicio. Es claro que cualquier adulto que haya experimentado victimización en la infancia está en posibilidad de tener un bienestar deficiente.

La actividad sexual coaccionada en la adolescencia o primera adultez se asocia con una variedad de resultados sociales y de salud adversos (Ganju *et al.*, 2004). La coacción temprana se asocia con sexo no consensual subsecuente (p. ej., tráfico), embarazo no deseado

y aborto. Los resultados adversos en cuanto a la salud mental incluyen baja autoestima y aborto, al igual que abuso de sustancias.

Clientes

En la época de la investigación de Kinsey, cerca del 69 por ciento de todos los varones blancos habían tenido alguna experiencia con prostitutas (Kinsey *et al.*, 1948). En 1992, la NHSLS preguntó a todos los encuestados si habían tenido sexo con alguien por medio de pagarle a tal persona o de recibir pago de ella (Laumann *et al.*, 1994). Sólo 17 por ciento de los hombres y 2 por ciento de las mujeres informaron haber tenido sexo con una pareja de este tipo desde los 18 años de edad. Por ende, el uso de prostitutas ha disminuido de manera notable en los últimos 50 años. Esto refleja el aumento en la frecuencia de la actividad sexual no marital e informal durante el mismo periodo (véanse capítulos 11 y 12).

Las prostitutas se refieren a los clientes como “puteros”. Cerca del 50 por ciento de los clientes son puteros de ocasión; es posible que sean hombres de negocio respetables que sólo buscan contactos ocasionales con prostitutas, quizás mientras que están en viajes de negocios. Cerca del 50 por ciento son clientes repetitivos que buscan una relación regular con una prostituta particular o con un pequeño grupo de ellas (Freund *et al.*, 1991). Los restantes son puteros compulsivos que utilizan a las prostitutas como su principal escape sexual (véase capítulo 16). Algunos de estos hombres sólo pueden funcionar sexualmente con las prostitutas (Bess y Janus, 1976). Cerca del 40 por ciento de estos hombres son casados (Freund *et al.*, 1991).

Un estudio sobre los clientes de sexoservidores hombres y mujeres en Atlanta encontró que los dos grupos de hombres eran muy similares. En promedio, tenían 35 años de edad y habían completado estudios de uno o dos años de universidad. Cincuenta y cuatro por ciento eran blancos y los restantes eran negros. Los hombres informaron haber tenido un promedio de cuatro parejas sexuales en el mes anterior, de las cuales 2.5 habían sido a través de pago. Los clientes de los prostitutos habían estado utilizando el sexoservicio durante seis años, los clientes de las prostitutas lo habían hecho durante 7.5 años (Boles y Ellifson, 1994). Los participantes se reclutaron a través de anuncios en periódicos, de modo que probablemente no son una muestra representativa.

Los hombres utilizan los servicios de la prostitución debido a una variedad de razones. Algunos son casados pero desean tener relaciones sexuales con más frecuencia de lo que sus esposas lo hacen o quieren realizar prácticas —como la felación (Monto, 2001)— que sienten que sus esposas no estarían dispuestas a hacer (McKeganey, 1994). Algunos utilizan a las prostitutas para satisfacer necesidades sexuales exóticas, como recibir azotes o tener sexo con una mujer que finge ser un cadáver. Es posible que la motivación para el hombre soltero o para aquel que está lejos de casa

durante un largo periodo (por ejemplo, durante una guerra) sea simplemente liberarse de la tensión sexual. Otros, en particular los adolescentes, quizá tengan sexo con prostitutas para probar su hombría u obtener experiencia sexual. Por último, algunos hombres disfrutaban del sexo con prostitutas tan sólo porque está “prohibido”.

El sexoservicio comercial es común en lugares donde hay un gran número de hombres separados de sus contactos sociales comunes, como las bases militares. En el siglo XXI, con frecuencia los proveedores de sexoservidoras cerca de las bases utilizan a mujeres que son víctimas de tráfico, en especial en lugares como Corea del Sur. En 2004, el Departamento de la Defensa de Estados Unidos propuso convertir al contacto con una sexoservidora en delito militar, para ayudar a luchar contra el tráfico sexual.

Sexoservidores varones

Algunos prostitutos varones atienden a una clientela heterosexual, vendiendo sus servicios a mujeres. Estos sexoservidores trabajan en tres ambientes. Algunos de ellos laboran con servicios de acompañantes y proporcionan compañía y gratificación sexual a domicilio. Trabajar en un ambiente de este tipo es mucho menos arriesgado para los prostitutos que para las prostitutas. Algunos hombres trabajan en salones de masajes, en las mismas condiciones que sus compañeras mujeres. Estos prostitutos casi nunca trabajan en las calles, en contraste con las callejeras mujeres y los *chichifos* (véase más adelante). Esto refleja la socialización del rol de género; es poco probable que las mujeres surquen las calles y levanten a un prostituto, porque se les ha enseñado a dejar que el hombre tome la iniciativa.

Un tercer tipo es el **gigoló** (en francés, “aquel que baila”), que es un hombre que proporciona compañía y gratificación sexual de manera continua a una mujer a cambio de dinero. A menudo, aunque no siempre, un gigoló tiene sólo una cliente por vez. Existen varios tipos, incluyendo al “Niño dorado”, que es un *playboy* mimado que mantiene una mujer muy rica; el “Faldero”, que tiene una serie de matrimonios de conveniencia y el “Muñeco” o garañón, que trabaja como acompañante durante un plazo limitado (Nelson y Robinson, 1994). La demanda de gigolós refleja el hecho de que las mujeres, como los hombres, desean gratificación sexual de manera continua y pagaran a cambio de ella cuando las circunstancias lo requieran o se los permitan. Por otro lado, es frecuente que las mujeres, a diferencia de los hombres, prefieran que su actividad sexual sea parte de una relación continua.

Los **chichifos** son sexoservidores varones que atienden a una clientela homosexual. Es interesante señalar que algunos de ellos se consideran heterosexuales, no homosexuales (Coombs, 1974). Es posible que

Gigoló: varón que proporciona compañía y gratificación sexual de manera continua a una mujer a cambio de dinero.
Chichifo: trabajador sexual varón que vende sus servicios a hombres.

tengan reglas estrictas que sus clientes deben seguir, como sólo permitir que el cliente realice felación con ellos. Para indicar su masculinidad, es posible que utilicen chaquetas de cuero y pantalones ajustados de mezclilla. Existe cierto mercado para los “pollos” (chichos jóvenes) como prostitutas.

Paralelos a los patrones de prostitución heterosexual, existen servicios de acompañantes homosexuales hombres para una clientela más selecta (Salamon, 1989).

Los chichifos caen dentro de cuatro categorías (Allen, 1980). Primero se encuentran los chichifos que trabajan a tiempo completo en las calles y bares y que operan en mucho como las callejeras. En segundo lugar están los *call boys* de tiempo completo o mantenidos. Tienen a tener una clientela más exclusiva y a ser más atractivos y versátiles en un sentido sexual que los callejeros. De manera sorprendente, el grupo más amplio es el tercero: los chichifos de medio tiempo, que típicamente son estudiantes o individuos con otra profesión. En general trabajan en la prostitución sólo cuando necesitan dinero porque, a diferencia de aquellos en los otros grupos, es menos probable que provengan de familias inadecuadas. También tienen mejor probabilidad a largo plazo de adquirir una educación y un empleo estable y de lograr una adaptación social buena. Por último, el cuarto grupo está formado por delincuentes que utilizan la prostitución como una extensión de otras actividades como el asalto y el robo. Los miembros de mayor edad de las bandas delictivas les enseñan a conseguir homosexuales, a quienes después amenazan, chantajean y asaltan.

En un estudio sobre prostitutas varones adolescentes en San Francisco, la principal razón para involucrarse en la prostitución —según informa el 87 por ciento— era el dinero (Weisberg, 1985). Es más frecuente que dejasen su hogar por conflictos en la familia, abandonando típicamente su casa cuando tenían 15 o 16 años de edad, aunque algunos lo habían hecho desde que tenían 11 o 12 años. La mayoría (72 por ciento) informaron uso de drogas mientras participaban en actos de prostitución. La razón que se citó con mayor frecuencia fue que disfrutaban sentirse eufóricos. Las drogas también se empleaban para reducir los sentimientos de ansiedad o temor derivados de la naturaleza atemorizante provocada por su trabajo.

Turismo sexual

Un importante tipo de sexo comercial que ha incrementado es el **turismo sexual**, que se refiere a las variedades de viajes de placer que tienen como propósito la compra de servicios sexuales (Wonders y Michalowski, 2001). El turismo sexual se ha hecho posible por tres fuerzas sociales a gran escala: la migración de hom-

bres y mujeres de países menos desarrollados, o de áreas rurales a urbanas, en búsqueda de empleos; la *mercadización* de la intimidad sexual, que con-

vierte a todo tipo de sexo en una mercancía o servicio que se puede vender, y un aumento en los viajes con propósitos recreativos. Estas tres fuerzas están relacionadas con la mayor globalización, el movimiento de la información y el libre tránsito de las personas a través de las fronteras nacionales.

La migración de las personas en búsqueda de oportunidades económicas proporciona un gran grupo de hombres y mujeres jóvenes que buscan trabajo. En algunas localidades, los proxenetas u otras personas vinculadas con el tráfico sexual los reclutan de manera agresiva. En otros lugares, ingresan a esta profesión más o menos en forma voluntaria, a menudo debido a que existen pocas oportunidades adicionales para las personas de su origen étnico o racial. En Amsterdam, donde la actitud hacia el sexoservicio se puede describir como de *tolerancia regulada*, unos cuantos individuos controlan gran parte del sexoservicio comercial, reclutando a inmigrantes extranjeros para que trabajen en ventanales y burdeles. En la Habana, Cuba, el trabajo sexual comercial está descentralizado, con muchos hombres y mujeres que trabajan de manera independiente. Entran en contacto con los clientes potenciales en hoteles, bares y en la calle, con la esperanza de conectarse con alguien que les dé trabajo varios días. En algunos países, el turismo sexual es el sector económico de crecimiento más rápido y una de las principales fuentes para obtener divisas; en tales lugares, los gobiernos tienen pocos incentivos para hacer el intento de reducirlo o eliminarlo. Se estima que el valor de la industria sexual global es de 20 mil millones de dólares anuales.

Es obvio que los turistas que pueden adquirir los servicios sexuales tienen la suficiente riqueza para viajar, lo cual significa a su vez que son ciudadanos de países desarrollados y miembros de las clases media y alta de sus sociedades de origen. A menudo, los trabajadores sexuales provienen de un origen nacional y étnico diferente. Una de las atracciones para el turista es el sexo con “alguien de piel oscura”, quizás proveniente de un grupo estereotipado como sexualmente libre y desinhibido. El encuentro es atractivo porque entra en agudo contraste con la experiencia sexual común del turista (Frank, 2003). Por desgracia, uno de tales atractivos para los hombres es el sexo con una niña y en algunas ciudades asiáticas, las niñas desde los 12 o 13 años están disponibles en burdeles controlados de manera firme por quienes los regentean.

Pornografía

Por más de cuatro décadas ha habido un vehemente debate acerca de la pornografía. Los fundamentalistas religiosos y algunas feministas (sin duda, extraños compañeros de batalla!) están de acuerdo en que algunos tipos de pornografía deberían ser ilegales, mientras que los grupos de los derechos civiles y algunas otras feministas están de acuerdo en que la libertad

Turismo sexual: viaje de placer con el propósito de comprar servicios sexuales.

de expresión, garantizada por la Constitución, debe preservarse y que, por ende, la ley no debería restringir la pornografía. En tanto, Juan Pueblo se detiene en su tienda local de video, compra *Sexo sin límite, 46a parte* y se va a casa para pasar una divertida tarde. En la siguiente parte examinaremos cuáles son los temas de importancia, prestando atención particular a la investigación de los científicos sociales sobre los efectos de la pornografía sobre las personas expuestas a ella. Primero, necesitamos aclarar ciertos términos.

Términos

Podemos distinguir entre pornografía, obscenidad y erótica. El término *pornografía* proviene de las palabras griegas *porneia*, que significa simplemente “prostitución”, y de *graphos*, que significa escritura. En general, en la actualidad **pornografía** se refiere a la literatura, películas y demás que tienen el propósito de excitar sexualmente (Malamuth, 1998)

En terminología legal, la palabra que se utiliza es *obscenidad*, en lugar de pornografía. **Obscenidad** se refiere a aquello que es vil, impúdico o licencioso. Se utiliza como término legal para aquello que ofende a las autoridades o a la sociedad (Wilson, 1973). La Suprema Corte de Estados Unidos ha tenido muchas dificultades para definir con exactitud qué es obsceno y qué se puede regular legalmente, una cuestión que se discutirá con mayor detalle en el capítulo 22.

En el debate acerca de la pornografía, algunos distinguen entre ésta (que es inaceptable para ellos) y la erótica (que es aceptable). Por ejemplo, un connotado sociólogo define a la *pornografía* como “las representaciones explícitas, verbales o pictóricas, de comportamiento sexual que tienen como característica distintiva la degradación o representación denigrante de los seres humanos, en especial las mujeres” (Russell, 1980, p. 218). En contraste, la **erótica** se define como diferente de la pornografía “en virtud de no degradar o denigrar a las mujeres, hombres o niños” (Russell, 1980, p. 218). Según esta distinción, una película sobre la violación de una mujer sería pornografía, mientras que una película sobre dos adultos que consienten mutuamente y que disfrutan ambos del coito se consideraría erótica.

Más allá de estas definiciones dadas por los académicos en el área, es interesante observar la manera en que los estadounidenses típicos definen a la pornografía. La investigación muestra que existe gran diversidad en lo que la gente considera como pornografía. Una encuesta sobre el tema, realizada por la revista *Time* con una buena muestra (21 de julio de 1986), mostró que 56 por ciento de los estadounidenses consideran que los libros que describen actos sexuales son pornográficos; esto significa que cerca de la mitad de los estadounidenses consideran que tales libros son pornográficos, pero la otra mitad no. Existen también diferencias sustanciales de género. Cincuenta y dos por ciento de las mujeres encuestadas consideraban pornográficas las fotografías de desnudos en las revistas, mientras

que sólo 39 por ciento de los hombres coincidieron con esta perspectiva. No existe un consenso claro en cuanto a lo que es pornografía, un problema difícil cuando el tema a debatir es qué leyes deberíamos tener o no acerca de este tema. Esta misma encuesta también mostró que la mayoría de los estadounidenses se han visto expuestos a diversos tipos de materiales sexualmente explícitos.

Tipos de pornografía

La pornografía es un negocio multimillonario en EUA. En este negocio se incluyen diversos productos: revistas dirigidas a varios públicos, películas, videos con clasificación X y porno infantil. Parte de esta actividad es legal (p. ej., la publicación de la revista *Penthouse*); parte es ilegal (p. ej., producir películas que presenten a niños que participan en actos sexuales) y la legalidad del resto es motivo de fuertes debates. Es imposible obtener datos precisos sobre los índices económicos de la pornografía. Según un informe de la revista *Forbes* (2001), es una industria con ganancias anuales de 4 mil millones de dólares, mientras que ABC News (2004) estima que es una industria que obtiene 10 mil millones de dólares anuales.

Pornografía: arte, literatura o películas sexualmente excitantes.
Obscenidad: algo que es ofensivo según los estándares aceptados de decencia; término legal para la pornografía.
Erótica: material sexualmente excitante que no es degradante o denigrante para mujeres, hombres o niños.

Revistas

Una porción más grande del mercado de la pornografía lo cubren las revistas, que van desde *Playboy* y *Penthouse* —pornografía blanda— hasta *Hustler* y cientos de otras revistas de pornografía dura con nombres menos conocidos. Las revistas de pornografía blanda florecieron durante el decenio de 1970. En el decenio de 1990 el mercado era amplio, incluyendo tanto las revistas

Figura 18.3 Revistas pornográficas diseñadas para un público masculino. Abarcan la gama desde la relativamente blanda *Playboy* hasta la más vulgar y sexualmente explícita *Hustler*.



Tema central 18.1

Tras bastidores: filmación de un video con clasificación X

Dave Cummings salta de la cama. Hoy va al trabajo, de modo que sigue su rutina; se baña, se afeita con cuidado para obtener un rostro liso, se corta las uñas de los dedos y el vello púbico, aplica loción a sus genitales y termina con crema para las manos. Se viste de manera informal y se dirige en automóvil a una enorme y costosa casa en Beverly Hills, rentada para el rodaje. Al llegar, saluda a los otros actores, la mayoría mujeres y hombres jóvenes de veinte y treinta años. En este grupo, Dave no encaja. Tiene 59 años, es calvo y parece un médico, no el actor típico de un video pornográfico. La apariencia es lo que le da trabajo. Dave proporciona el realismo al video; es creíble como médico, abogado, juez o maestro de escuela, en papeles donde un joven veinteañero con cuerpo firme y bronceado no es creíble. La apariencia de Dave lo llevó a la industria; eso y otra característica, su vigor sexual. En sus propias palabras, puede “pararlo, mantenerlo, no venirme antes de que se [me] indique y alcanzar el clímax cuando se dé la señal” (Kikuras, 2004).

Dave representa una de las cualidades más importantes de un actor varón en el mundo de los videos con clasificación X: la capacidad para el desempeño sexual. Muchos videos tienen un presupuesto para filmarse en tres días. El guión demanda seis a nueve episodios de sexo, cada uno de los cuales requiere uno o más penes erectos y la mayoría deben terminar en una eyacuación visible. En otras palabras, estos videos dan pre-

ponderancia al desempeño sexual masculino, lo cual quizá no es sorprendente en una cultura orientada al desempeño (véase capítulo 10). Cuesta dinero y frustra a todos si un actor tiene un periodo refractario largo (véase capítulo 9). Para tener éxito en la industria, un hombre debe demostrar que está a la altura de las circunstancias. Dave es afortunado; tiene buenos genes y vigor. En años anteriores, un hombre sin los talentos de Dave no hubiese durado en esta área laboral. Pero un avance farmacéutico —el Viagra— ha cambiado todo eso. Los actores hombres en las películas pornográficas utilizan regularmente Viagra, que les permite levantar y mantener su erección. Algunos actores se inyectan el fármaco directamente en el pene; las heridas resultantes de las jeringas apagan el interés de algunas de las actrices. Como resultado, existen cientos de hombres que compiten por los trabajos disponibles.

Una consecuencia de esta competencia es la presión para realizar actos y asumir riesgos que el actor preferiría evitar. Incluso en esta época de conocimiento extenso acerca de la infección por VIH y SIDA, el uso del condón es poco común en la industria porno, ya que algunos espectadores no querrían verlos, algunos directores y productores no los permiten, y algunos actores y actrices no gustan de la molestia o cambio en sensación que resultan de su uso. El riesgo se volvió muy real en mayo del 2004 cuando se anunció que cinco actores y actrices habían tenido pruebas positivas de VIH. Darren James se vio expuesto al VIH

generales como aquellas dirigidas a gustos especiales. *Playboy* tiene una circulación reportada de 3.2 millones de ejemplares por número, *Penthouse* tiene una circulación de 980 000 ejemplares y *Hustler*, una circulación de 1 millón (Ulrich, 2001).

Gran parte de la pornografía está diseñada para el lector heterosexual varón. Sin embargo, en el decenio de 1970 apareció la revista *Playgirl*, que presentaba imágenes provocativas dirigidas a atraer a las mujeres heterosexuales. Actualmente tiene una circulación de 575 000 ejemplares por mes. También existe una gran variedad de material impreso diseñado para varones gay, lesbianas, personas interesadas en el sexo interracial, *swingers* y otros grupos.

Las revistas de pornografía dura tienen una perspectiva sin límites en cuanto a lo que presentan. Las fotografías pueden incluir desde coito vaginal hasta coito anal, sadomasoquismo, ataduras y sexo con animales. Un estudio sobre los títulos de revistas y libros encontrados en las librerías “para adultos” reveló que 17 por ciento se referían a una parafilia o variación sexual (Lebeque, 1991). De ellos, 50 por ciento presentaban sadomasoquismo. Un 21 por ciento adicional trataban sobre incesto.

De nuevo, en este caso la ganancia es grande. Los márgenes de ganancia bruta pueden ser tan elevados como 600 por ciento y se estima que existen aproximadamente 20 000 tiendas en Estados Unidos que venden

mientras estaba en Brasil. Tres actrices infectadas, Lara Roxx, Jessica Dee y Miss Arroyo, habían trabajado con James después de que éste regresó de Brasil; las tres mujeres habían participado en escenas anales dobles con James y otro actor y el coito es la ruta principal de transmisión del VIH (véase capítulo 20). Para el 2 de junio de 2004, 54 intérpretes de videos adultos que se habían visto expuestos, fueron puestos en cuarentena (Miller y Kernes, 2004).

Otra consecuencia de la competencia la representan los bajos salarios. Es posible que a los hombres se les pague tan poco como 500 dólares por un video. La industria está construida principalmente alrededor de las mujeres. Son las mujeres las que alcanzan una especie de estrellato, cuyos nombres aparecen en la publicidad y en las envolturas del video y cuyos cuerpos aparecen en los videos. Las actrices relativamente nuevas pueden recibir de 350 a 1 000 dólares por película en la que se presente sexo convencional. Participar en sexo no convencional o rudo tiene honorarios más altos. Es innecesario decir que a los intérpretes no se les pagan regalías. La película típica tiene un presupuesto de 5 000 a 35 000 dólares (Huffstutter y Frammolino, 2001). Un estreno típico vende de 1 000 a 2 000 copias; la película exitosa de rara aparición obtiene 1 millón de dólares (*Forbes*, 2001). Por ende, existe una presión constante por mantener los costos al mínimo.

Señalamos que existe una variedad de vías al sexo-servicio comercial. Dave Cummings ingresó voluntariamente a la industria a los 54 años de edad. Una vez que había demostrado su destreza, se encontró con una continua demanda. De hecho, ahora produce su propia línea de videos. Cummings dice que lo hace porque disfruta el sexo y por la oportunidad de tener sexo con gran cantidad de jóvenes atractivas. Una

debutante de 21 años, Sienna, llegó por casualidad a los videos adultos. Trabajaba en una tienda de comida rápida y *bagels*; vio un anuncio en el periódico para “modelos de desnudos” e hizo una prueba. Durante el primer año realizó fotografías fijas, obteniendo de 350 a 400 dólares por unas cuantas horas. Después cambió a trabajar para una empresa de Internet, realizando masturbación mientras que los clientes la veían a través de la red. Luego de unos cuantos meses pensó “si voy a hacer esto, más me serviría hacer pornografía y obtener un poco más de dinero”. Sienna dice que es posible que deje pronto la industria; “me han cogido tanto en estas películas que estoy comenzando a cansarme” (Petkovich, 2004). Algunos intérpretes informan que se les ha coaccionado para prestarse a aparecer en fotografías o películas a través del uso de alcohol o drogas o a través de utilizar la fuerza física frente a cámaras.

La industria de los videos con clasificación X en Estados Unidos refleja nuestra sociedad. La demanda de videos se ha creado por un enfoque dentro de la educación sexual que promueve sólo la abstinencia y por los tabúes en las representaciones de las actividades y relaciones sexuales en otros medios. La producción de un estimado de 11 000 videos anuales (ABC, 2004) refleja el desarrollo de la tecnología del video, lo cual permite que el productor los produzca y que el comprador los adquiera a menor precio. El énfasis en el desempeño sexual refleja la cultura más amplia y a menudo se aumenta por medios químicos como muchos otros desempeños en el mundo contemporáneo. La distribución y venta de los videos refleja la comercialización del sexo, volviendo el acceso a las imágenes sexuales y a la gratificación sexual en una mercancía que se puede vender en efectivo o a crédito.



revistas de pornografía dura. Repetimos, los consumidores frecuentes representan una gran parte de las ventas en las tiendas. Sin embargo, una mayor ganancia proviene de clientes que tienen suscripciones regulares por correo a las revistas pornográficas.

Películas, videos y DVD

Aunque las películas sexualmente explícitas se hicieron desde 1915, sólo ha sido en las últimas cuatro décadas que estas películas han sido producidas de manera ingeniosa y con buena calidad. La industria de las *películas de pornografía dura* comenzó a surgir con gran auge alrededor de 1970. Dos películas fueron particularmente importantes. *I am Curious, Yellow* (Tengo Curiosidad,

Amarillo), mostraba coito de manera explícita. En parte debido a que era una película extranjera con tono intelectual, se volvió moda que la gente, incluyendo parejas casadas, la viera. La otra de las primeras películas importantes fue *Deep Throat (Garganta Profunda)*, que apareció en 1973. Con su humorismo y trama creativa, se volvió respetable y popular entre la clase media. Linda Lovelace, la estrella femenina, obtuvo reconocimiento nacional en Estados Unidos y posteriormente apareció en la portada de la revista *Esquire*.

Después del éxito de *Garganta Profunda*, pronto aparecieron muchos largometrajes bien realizados en sentido técnico. *Garganta Profunda* dejó en evidencia que se podían obtener grandes ganancias. Costó 24 000

Figura 18.4 El contenido sexual de muchos videos musicales proyectados por MTV es inconfundible.



dólares y para 1982 había producido 25 millones de dólares en ganancias.

Los *cortos* son películas breves (diez minutos) de pornografía dura. Se presentan a través de proyectores operados con monedas en cabinas privadas que generalmente se encuentran en librerías para adultos. El cliente puede entrar y ver la película en privado y quizá masturbarse mientras lo hace (Jewksbury, 1990).

A inicios del decenio de 1980, los videocasetes para llevar a casa comenzaron a reemplazar a los cines pornográficos. Por ejemplo, *Garganta Profunda* comenzó a venderse en video en 1977, para 1982, se habían vendido 300 000 copias (Cohn, 1983). La televisión por cable ha entrado en este negocio, con canales porno que prosperan en algunas áreas de EUA. El último avance es el DVD.

Muchas películas de pornografía dura y videos y DVD con clasificación X se realizan para un público masculino. Según los datos de la General Social Survey (Encuesta social general), 24 por ciento de los adultos estadounidenses informaron haber visto una película pornográfica en 1997 (GSS, sin fecha). A nivel nacional, los “videos adultos” obtienen ganancias anuales de 4 mil millones de dólares y representan 700 millones de rentas de video por año (Rich, 2001). Presentan a parejas que realizan sexo oral activo masculino y activo femenino y coito vaginal en diversos ambientes y posiciones corporales. Un análisis de contenido de 50 videos producidos entre 1979 y 1988 identificó varios cambios a lo largo del periodo de 10 años (Brosius *et*

al., 1993). Hubo aumentos en representaciones de actividad sexual dentro de relaciones casuales, actividad sexual entre un hombre y una mujer en posición superior (p. ej., con su jefa), encuentros en los que la mujer persuade al hombre de realizar actividad sexual, y felación. Sin embargo, las representaciones de hombres que tienen actividad sexual con una compañera de trabajo o prostituta declinaron en frecuencia. Con menos frecuencia, las películas y videos presentan actividad sexual en la que participan tres o más personas o dos mujeres (Davis y Bauserman, 1993).

Un sector de rápida expansión en la industria pornográfica es el video “aficionado”. El desarrollo de la cámara de video personal ha permitido que cualquier persona con una pareja, amigos o vecinos dispuestos produzca pornografía casera. Tales videos tienen un costo casi prácticamente nulo y los distribuidores están más que dispuestos a comprarlos. Estas películas representan cuando menos 20 por ciento de todos los videos para adultos hechos en Estados Unidos (The Sex Industry, 1998).

En el decenio de 1990, varias empresas comenzaron a comerciar videos diseñados para educar a las personas acerca de diversos aspectos de la sexualidad humana. Con nombres como la serie de video “Better Sex” (Mejor sexo), éstos incluyen representaciones explícitas de una amplia variedad de actividades heterosexuales consensuales. Como tales, son materiales eróticos y no pornográficos. A menudo incluyen comentario de un psicólogo o terapeuta sexual que tranquiliza a los

espectadores de que las actividades representadas son normales. Estas series se anuncian en revistas de circulación nacional y en algunos periódicos diarios.

El continuo señalado para las revistas desde lo sutil hasta lo explícito también existe en los videos. El extremo sutil se puede ver en los *videos musicales*. El contenido sexual de muchos videos proyectados en MTV es inconfundible. Un equipo de investigadores analizó 40 videos de MTV, codificando el contenido en intervalos de 30 segundos. Encontraron que en estos videos, los hombres participaban en comportamiento significativamente más agresivo, las mujeres participaban en comportamiento sexual significativamente más implícito y las mujeres eran el objeto de insinuaciones sexuales implícitas, explícitas y agresivas (Sommers-Flanagan *et al.*, 1993).

Espectáculos sexuales en vivo

Los espectáculos sexuales en vivo son otra parte de la industria sexual. Por supuesto, los espectáculos de desnudismo tienen una larga tradición en la cultura estadounidense. Recientemente han disminuido en popularidad, pero los desnudistas varones, que complacen a un público femenino, se han vuelto comunes. En los distritos sexuales de muchas ciudades, también existen espectáculos de sexo en vivo que presentan a parejas o grupos que participan en actos sexuales en escena.

Sexo telefónico

El sexo telefónico proporciona otro ejemplo del uso de la tecnología para vender provocación sexual. De inicio, la pornografía por teléfono estaba disponible a través de servicios de números 900 (con costo), pero después de que la Comisión Federal de Comunicaciones hizo más estrictos los reglamentos de tales servicios en 1991, la mayoría del sexo telefónico cambió a números 800 (sin costo) o servicios de larga distancia regular (Glascok y LaRose, 1993).

Un estudio hecho en 1991 acerca de una muestra de mensajes pregrabados identificó varios patrones (Glascok y LaRose, 1993). La grabación típica era una voz femenina que describía una serie de actividades sexuales en las que la persona que llamaba era un participante. Quienes llamaban a los números 900 generalmente escuchaban descripciones de abrazos y besos. Quienes llamaban a números 800 o de larga distancia estaban en mayor probabilidad de escuchar fantasías acerca de masturbación, coito vaginal o sexo oral. Pocas de las descripciones incluían violencia o violación. Es más frecuente que fuesen descripciones de actividades en las que la mujer dominaba y degradaba al hombre.

También existen servicios de sexo telefónico que proporcionan conversaciones en vivo. En algunos casos, es posible que grandes cantidades de trabajadoras se encuentren en el mismo local hablando con quienes les telefonan. En otros casos, la sexoservidora telefónica recibe las llamadas en casa. Un hombre describió una conversación:

Le digo, "Cuando le mamas a un tipo, ¿cuál es tu forma favorita de hacerlo?" Ella me contesta, "Bueno, me encanta estar de rodillas, porque de rodillas con él de pie es una posición tan sumisa", Le digo "¿Te gusta verle el pito en los pantalones, eso realmente te excita?" Ella contesta, "Eso me encanta". Yo digo "Me encantaría pararme enfrente de ti". Ella responde, "Oh, eso realmente me excitaría". "¿Te gusta que te manoseen los pechos mientras das una mamada?" "Sí, me gusta mucho. También me gusta que me metan los dedos" "¿Cuántos dedos quieres que te metan?" "Me encanta que sean dos dedos" "¿Y por qué te gusta tanto mamar?" "Porque lo estoy excitando y sé que no puedo esperar a que me coja". "¿Te gusta coger durante mucho tiempo?" "Sí, me pierdo en eso". Entonces le digo, "Bueno, realmente estoy imaginándote arriba de mí y mientras me montas, te daría de nalgadas". Ella me responde, "¡Dios mío, me encanta eso!" Mientras tanto, me estaba masturbando y me vine. Fue fabuloso. (Maurer, 1994, 349-350)

Pornografía por computadora

En los últimos 15 años, la red mundial y la Internet han puesto a disposición una amplia variedad de servicios pornográficos para toda computadora con un módem o una línea dsl, ya sea en el trabajo, en la escuela o en casa. Estos servicios incluyen *chats* o conversaciones en línea; intercambio de mensajes entre personas que comparten puntos de vista a través de grupos de discusión; acceso a historias, fotografías, videos y películas sexualmente excitantes; y acceso a una amplia disposición de bienes y servicios a través de sitios especializados.

Chat rooms Los *chat rooms*, o grupos de conversación a través de Internet, proporcionan un lugar donde los individuos pueden reunirse y llevar conversaciones por vía electrónica. Con frecuencia, estas salas están orientadas hacia personas con intereses sexuales particulares que a menudo se representan en sus nombres. En junio de 2004, una guía de recursos de Internet proporcionaba vínculos con 153 *chat rooms* orientados al sexo. Con frecuencia las conversaciones implicaban descripciones gráficas de actividades o fantasías sexuales. La conversación telefónica sexual reproducida antes podría haber ocurrido de manera electrónica, con las palabras presentadas en la pantalla de la computadora en lugar de habladas a través de una línea telefónica. Algunas personas han dejado sus relaciones, incluyendo matrimonios, por alguien a quien sólo conocen por medio de conversaciones electrónicas. En este contexto, una característica interesante de estos *chats* es que la otra persona no puede verlo a usted. Esto le permite presentarse de cualquier manera que lo desee, ensayar o poner en práctica un amplio rango de identidades.

Doug es un estudiante del primer año de universidad proveniente de la zona del medio oeste de EUA. Representa a cuatro personajes... una es una mujer seductora. Uno es un macho, tipo vaquero, cuya auto-descripción destaca que es "una especie de tipo de los que llevan los Marlboro enrollados en la manga de la camiseta". El tercero es un conejo de género no especi-

Figura 18.5 La innovación más novedosa en el negocio de la pornografía es la pornografía por computadora.



ficado... un personaje al que llama Zanahoria. (Turkle, 1995, p. 13)

Doug no describe al cuarto personaje más allá de decir que era peludo. Recuérdese que es posible que el personaje con el que usted está conversando no sea quien parece ser.

Foros de discusión Las personas también pueden ingresar a páginas de noticias orientadas al sexo o foros de discusión, leer los mensajes colocados por otras personas y colocar mensajes ellos mismos. Los mensajes pueden incluir información personal o pueden ser una historia o archivo que contiene fotografías pornográficas en formato digital. El usuario puede imprimir las historias; los archivos con imágenes pueden bajarse y verse a través de un “plug in”. A menudo, los mensajes simplemente son anuncios de sitios en la red orientados al sexo, o vínculos para esos sitios, los cuales venden material pornográfico. La guía de recursos de junio del 2004 que se mencionó antes tenía vínculos para 706 grupos de noticias orientados al sexo. Un equipo de investigación de la Carnegie-Mellon University estudió la actividad de los usuarios de la red en 1994 (Rimm, 1995). Sólo 3 por ciento de todos los grupos incluían contenido sexualmente explícito, pero se tenía acceso a ellos con mucha más frecuencia que a los grupos no sexuales.

Tableros de anuncios comerciales Existen numerosos tableros de anuncios comerciales que contienen fotografías sexualmente explícitas en forma digital. La guía de recursos de Internet de junio del 2004 que ya mencionamos lista 45 tableros de anuncios orientados al sexo. Los usuarios pueden ingresar a estos tableros de anuncios y bajar imágenes a cambio de una cuota. Cada imagen se lista en un catálogo electrónico con una descripción breve. Los investigadores de Carnegie-Mellon estudiaron el contenido de estas imágenes mediante clasificar 5.5 millones de descripciones de imágenes. El cuadro 18.1 presenta los resultados. Las imágenes de pornografía dura (descripción muestra: “Chica con grandes tetas a la que se coge un tipo”) for-

Cuadro 18.1 Archivos totales de usuarios “adultos” encuestados y archivos bajados según clasificación.

| Clasificación | Archivos totales | Total de archivos bajados |
|--------------------|------------------|---------------------------|
| Pornografía dura | 133 180 (45.6%) | 2 102 329 (37.9%) |
| Pornografía blanda | 75 659 (25.9) | 760 009 (13.7) |
| Parafilia | 63 232 (21.6) | 1 821 444 (32.8) |
| Pedofilia | 20 043 (6.9) | 864 333 (15.6) |

Fuente: Rimm (1995), cuadro 5, p. 1891.

maban el 38 por ciento de las imágenes bajadas. Otro 33 por ciento eran imágenes de parafilias (“Chica con grandes tetas a la que se coge un caballo”). De preocupación particular es la popularidad de las imágenes de pedofilia, que formaban el 15.6 por ciento de las imágenes bajadas. Tales imágenes son ilegales y no están fácilmente disponibles en otro lugar. Los investigadores concluyeron que “el mercado de los tableros de anuncios sexuales para adultos está impulsado en gran medida por la demanda de imágenes parafilias y pedófilas. La disponibilidad, y la demanda, de imágenes de sexo vaginal es relativamente pequeña” (Rimm, 1995, p. 1890). El Congreso de Estados Unidos y diversas instituciones de gobierno continúan debatiendo si se puede hacer algo para regular el flujo de estos materiales en las redes de cómputo.

Sitios para adultos en la red Los sitios para adultos en la red venden una variedad de servicios pornográficos y materiales sexuales. La guía de recursos de Internet de 2004 incluye vínculos con 647 de tales sitios, con nombres como Bizar, Honey’s Hot Horny Spot, House of Sin, IISome y Smutland. Cada sitio incluye típicamente miles de fotografías pornográficas organizadas por contenido, videos pornográficos que pueden verse en

la pantalla de la computadora, historias, vínculos con espectáculos sexuales en vivo y vínculos con cámaras de video en vivo en sitios como vestuarios de gimnasios para hombres y mujeres. Algunos también venden videos, CD-ROM, auxiliares sexuales como consoladores y otros dispositivos y disfraces sexuales. Asimismo, algunos incluyen espectáculos sexuales interactivos, donde el espectador puede pedir a los actores que ejecuten actos específicos. Muchos de estos sitios se especializan en presentar a “adolescentes” (si los actores tienen menos de 18 años, los materiales violan la ley), mujeres negras, asiáticas o hispanas, varones gay, lesbianas, mujeres embarazadas y así sucesivamente. Cada sitio cobra una “cuota de membresía” diaria, semanal o mensual para permitir el acceso; en general, la cuota puede pagarse a través de un número válido de tarjeta de crédito.

La pornografía por computadora es causa de preocupación por varias razones. Una es el enorme y cada vez mayor número de *chat rooms*, grupos de noticias y sitios en la red que facilitan que una persona se vuelva dependiente de ellos o adicta a este tipo de contenido sexual (véase el capítulo 16). Ninguno de ellos implica interacción social frente a frente, que es esencial para la mayoría de las relaciones sexuales y el riesgo es que se

Figura 18.6 Aunque existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su respuesta a la pornografía, algunas mujeres disfrutaban de ver a un desnudista tanto como lo hacen los hombres. Las escenas finales de *The Full Monty* (Todo o Nada) presentan el placer que experimentan tanto los intérpretes como el público femenino.



conviertan en un sustituto. También existe gran preocupación de que los niños tengan acceso a estos materiales. Todos los sitios incluyen un anuncio impreso de que el usuario debe tener más de 18 años para tener acceso al sitio y que la persona que se siente ofendida por el material sexualmente explícito no debería ingresar al sitio. Este “sistema basado en el honor” no es un control efectivo. Es verdad que para acceder a un sitio en la red o para bajar fotografías de los tableros de anuncios, el usuario debe proporcionar un número válido de tarjeta de crédito, pero este no es un obstáculo importante para muchos adolescentes. En el capítulo 22 discutiremos los reglamentos legales sobre el acceso a la Internet.

Porno infantil: fotografías o películas de actos sexuales en los que participan niños.

Porno infantil

El **porno infantil** presenta fotografías o películas de actos sexuales en los que participan niños. Se considera como la parte más reprobable de la industria pornográfica porque produce una víctima tan obvia, el niño o niña que actúan como modelos. Los niños, en virtud de su nivel de desarrollo, no pueden otorgar un consentimiento realmente informado para la participación en tales actividades y el potencial para causarles daño psicológico o físico es grande. Muchos estados han procedido a prohibir el porno infantil, haciendo ilegal que se fotografíe o posea tal material; a partir de 1984, 49 estados prohibieron la producción de pornografía infantil y 36 prohibieron su distribución (Burgess, 1984, p. 202). A partir de 1994, 38 estados prohibieron la posesión de pornografía infantil (Posner y Silbaugh, 1996).

De nuevo, los motivos de ganancia son fuertes. Un anuncio en la revista *Screw* ofreció 200 dólares para que niñas pequeñas aparecieran en filmes pornográficos y docenas de padres respondieron. Un reportero que cubría la escena dijo,

Algunos padres y madres aparecieron en la película con sus hijos; otros simplemente permitieron que sus hijos tuvieran relaciones sexuales. Una niña de 11 años, que salió corriendo del dormitorio después de que se le dijo que tuviera sexo con un hombre de 40 años, protestó “Mami, no puedo hacerlo”. “Tienes que hacerlo”, respondió su madre. “Necesitamos el dinero”. Y, por supuesto, la niña lo hizo. (Anson, 1977)

Algunas películas importantes y conocidas podrían clasificarse fácilmente como porno infantil. *Taxi Driver* presentaba a Jodie Foster como una prostituta de 12 años y *Pretty Baby* impulsó la carrera de Brooke Shields, quien representaba el papel de una prostituta de 12 años en un burdel de Nueva Orleans. La propia Shields tenía 12 años cuando se realizó la película.

Uno de los principales estudios acerca de los infractores, las personas que producen pornografía infantil, y las víctimas proporcionó la siguiente imagen sobre el infractor: todos los 69 infractores estudiados eran varones. Sus edades abarcaban de los 20 a los 70 años,

con una edad promedio de 43 años. Y 38 por ciento ya tenían establecida una relación con el niño antes de que comenzara la actividad ilícita: eran amigos de la familia o parientes, vecinos, maestros u orientadores (Burgess, 1984). Para un perfil de un pornógrafo infantil, véase el Tema central 18.2.

Un estudio en el que se utilizaron entrevistas con una muestra nacional de personal policiaco identificó 2 577 arrestos desde el 1 de julio del 2000 hasta el 30 de junio de 2001, por delitos sexuales en Internet que involucraban a menores. Treinta y seis por ciento implicaron posesión, distribución o tráfico de pornografía infantil. Más del 90 por ciento de los delincuentes eran hombres blancos mayores de 26 años; 97 por ciento actuaron solos (Wolak *et al.*, 2003)

Publicidad

Cerremos nuestra discusión sobre la pornografía considerando una unión entre sexo y dinero que todos enfrentamos a diario: *el sexo en la publicidad*. Las promesas sexuales tanto sutiles como obvias se emplean para vender una amplia variedad de productos. Un joven musculoso que viste unos *jeans* a la cadera y sin camisa vende pantalones Calvin Klein. Los catálogos de

Figura 18.7 El sexo en la publicidad. Muchos anunciantes, incluyendo a Calvin Klein, utilizan imágenes sexuales para vender sus productos.



Tema central 18.2

Ernie: un pederasta y pornógrafo infantil

En un estudio sobre el abuso sexual infantil y la pornografía infantil, los investigadores informaron la siguiente descripción de un pederasta:

Se hizo contacto con Ernie, un hombre del norte de Indiana, y se realizaron arreglos para encontrarnos con él para compartir colecciones de pornografía infantil. Ernie llegó a la habitación del motel llevando un pequeño maletín que contenía aproximadamente 75 revistas y un archivero de metal que contenía 12 películas en súper 8 mm. La caja de metal también estaba llena de numerosas fotografías. A continuación, Ernie comenzó a discutir su colección. Se describió como pedófilo y mostró una serie de instantáneas que había tomado de su sobrina de 7 años mientras ésta dormía. Las fotografías revelaban el dedo medio de Ernie insertado en los genitales descubiertos de la pequeña y describió la manera en que hacía entrar su dedo dentro de la niña. Otras fotografías mostraban a la niña mientras Ernie abusaba sexualmente de ella de diversos modos mientras que la niña estaba dormida.

A pesar del hecho de que había participado en numerosos incidentes de abuso infantil, Ernie no había sido descubierto porque sus víctimas permanecían dormidas. Había abusado y explotado tanto a varones como a mujeres, a sus propios hijos, nietos y niños del vecindario. Para fotografiar los genitales descubiertos de sus víctimas durmientes, Ernie había diseñado un mecanismo de cuerdas y ganchos. El gancho se ajustaba a la entrepierna de las pantaletas y así descubría los genitales de sus víctimas dormidas mientras las fotografiaba con una cámara de revelado instantáneo.

Ernie desplegó su colección con el orgullo de un hombre dedicado a un pasatiempo. Exhibió las fotografías que había reproducido de revistas; había copiado una y otra vez estas mismas fotografías y había participado en el negocio de la pornografía infantil desde su residencia.

Mientras mostraba sus revistas y películas, Ernie fue arrestado. Se obtuvo una orden de cateo para su casa y el material obtenido de su departamento de una recámara llenó dos camionetas. Se confiscaron numerosas películas, fotografías, revistas y anuncios sexualmente explícitos, así como ropa interior infantil manchada. Las pantaletas estaban guardadas en plástico y, dentro de la bolsa, se incluía la fotografía escolar del niño. También se confiscaron nueve cámaras y un proyector.

Pasaron varios meses antes de que los investigadores encontraran pruebas de que Ernie había procesado, a través de un laboratorio fotográfico del centro de Indiana, aproximadamente 1 500 fotografías por semana. Se cree que Ernie vendió estas fotografías a 2 dólares cada una, obteniendo ganancias estimadas de 3 000 dólares semanales.

Fuente: Burgess (1984), pp. 26-27.

Abercrombie y Fitch presentan fotografías de jóvenes hombres y mujeres desnudos en camas o en albercas. Los perfumes prometen que, de manera instantánea, volverán sexualmente atractivas a las mujeres. Una marca de café parece garantizar una noche cálida, romántica y sensual para la pareja que lo beba.

¿Qué tanto contenido sexual hay en la publicidad? Un estudio analizó el contenido sexual de la publicidad impresa en revistas en 1964 y en 1984 (Soley y Kurzbard, 1986). El porcentaje de anuncios con contenido sexual no había aumentado a lo largo del periodo de 20 años, pero las ilustraciones se habían vuelto más explícitas. En 1984, 23 por ciento de los anuncios tenían contenido sexual y, en esos anuncios, era más probable la aparición de modelos femeninos (41 por ciento) que de modelos masculinos (15 por ciento) mostrados parcialmente descubiertos o desnudos.

La conducta sexualmente provocativa es otro aspecto del sexo que se encuentra en la publicidad de

revistas; en los anuncios que presentan parejas heterosexuales que tienen contacto sexual (besos apasionados; coitos simulados) aumentó de 21 por ciento en 1983 a 53 por ciento en 1993 (Reichert, 2002).

La publicidad televisiva utiliza no sólo la demostración de cuerpos o desnudos y de interacciones sexualmente sugerentes, sino también un contexto (una playa del Caribe; un lecho o un dormitorio) y un lenguaje que incluye doble sentido (un mensaje con dos significados, uno de los cuales es sexual) y conversaciones acerca de actividad sexual. Algunos anunciantes, como Victoria's Secret y Calvin Klein, cultivan una imagen sexualmente sugerente. Un estudio sobre los comerciales de horario estelar proyectados por la cadena NBC encontró que 12 por ciento de las modelos mujeres y 2 por ciento de los varones estaban vestidos de manera sugerente en un sentido sexual. Era más probable que los anuncios promocionales de la cadena incluyeran contenido sexual. El contacto sexual aumentó de 12

por ciento en 1990 a 21 por ciento en 1998. Una reseña de la investigación sobre los efectos de la publicidad concluye que la información sexual atrae la atención y que los espectadores tienen mayor probabilidad de recordar la imagen sexual; no obstante, de manera paradójica, están en menos probabilidad de recordar el nombre de la marca (Reichert, 2002).

Más allá de los efectos de los anuncios sobre las imágenes y compra de las marcas, existe la preocupación de que la exposición continua a los anuncios que contienen ideas e imágenes con estereotipos de género —como mujeres delgadas y atractivas y hombres con cuerpos firmes y bronceados— pueda afectar las actitudes hacia el propio cuerpo. A estudiantes universitarios hombres y mujeres se les mostraron 20 anuncios sexistas, 15 de los cuales eran sexistas y 5 neutros, o ningún anuncio. Los resultados indicaron que la exposición a los anuncios sexistas se asoció con insatisfacción con el propio cuerpo *tanto* en los hombres *como* en las mujeres (Lavine *et al.*, 1999).

Los clientes

¿Qué se sabe acerca del consumidor de la pornografía? Los estudios encuentran de manera consistente que el cliente típico en una librería de pornografía es un varón educado, de clase media, entre los 22 y 34 años de edad

(Mahoney, 1983). Es decir, el uso de los materiales vendidos en esas tiendas es “típico” o “normal” (en términos estadísticos) entre los varones. Pero el rango es amplio. Como dijo el gerente de una tienda:

Nos llega de todo, desde millonarios hasta la peor ralea. Llegan a comprar las cintas desde los obreros hasta los ejecutivos. Las parejas casadas vienen por cosas para ayudar a su vida sexual. La gente gay busca con quien liarse en los cubículos de atrás. Los grupos de mujeres vienen para comprar cosas de broma. (“Porn shop”, 1994).

Las mujeres compran y ven videos pornográficos. Una investigación realizada en Australia en 1999 informó que eran mujeres o parejas heterosexuales quienes compraban el 65 por ciento de los videos con clasificación X. En los datos provenientes de 280 mujeres, 20 por ciento dijeron que ellas seleccionaban el video, 50 por ciento dijeron que ambos miembros de la pareja lo seleccionaban, 18 por ciento dijeron que su pareja lo seleccionaba teniendo en mente las preferencias de ambos y 9 por ciento dijeron que su pareja lo seleccionaba (Contessini, 2003). El interés de las mujeres en la erótica fue reconocido hace 20 años por Candida Royale, entonces una estrella de películas, quien se volvió productora y directora y que ha hecho más de una docena de películas dirigidas a las muje-

Figura 18.8 No todos los productores de pornografía son hombres. Las mujeres participan cada día más en la producción de videos y materiales para Internet con contenido sexualmente explícito.



res. Un creciente número de hombres y mujeres están intentando crear un mercado para la mujer, produciendo lo que se denomina entretenimiento adulto *empoderado para la mujer*, que incluye películas, programas de televisión por cable, tiendas de juguetes sexuales y sitios en la red.

Las encuestas también sugieren que muchos estudiantes utilizan materiales sexualmente explícitos. En una encuesta, 59 por ciento de los estudiantes universitarios varones y 36 por ciento de las estudiantes mujeres, todos ellos blancos, dijeron que habían ido a películas con clasificación X o habían leído libros pornográficos (Houston, 1981). Más del 5 por ciento de las mujeres y 9 por ciento de los hombres dijeron que lo hacían de manera frecuente o muy frecuente.

Los clientes constantes son una parte crucial para el éxito del negocio de la pornografía. “Existen personas que vienen aquí de tres a cinco veces por día para satisfacerse. Antes de entrar al trabajo. A la hora del almuerzo. Tarde en las noches. Su adicción no es a la perversión de esto, simplemente a la pornografía” (“Porn Shop”, 1994).

La pornografía por computadora atrae a una clientela más variada. Los *chat rooms* y los grupos de noticias atraen tanto a hombres como a mujeres de diversas edades (suponiendo que aquellos que se describen a sí mismos lo hagan de manera precisa). Algunas de estas personas son casadas. Ha habido informes de un hombre o mujer que abandonan a su cónyuge o pareja para vivir con alguien a quien ha conocido a través de la Internet. Dependiendo del tema del *chat room* o grupo, los participantes pueden ser de antecedentes raciales o étnicos diversos. Es probable que los tableros de anuncios y sitios para adultos en la red atraigan a los mismos tipos de clientes que las librerías para adultos —hombres blancos, de mediana edad y de clase media— aunque algunos enfatizan materiales orientados a otros clientes.

Objeciones feministas contra la pornografía

Algunas, aunque no todas, las feministas son sumamente críticas de la pornografía (p. ej., Griffin, 1981; Lederer, 1980; Morgan, 1978). ¿Por qué las feministas, quienes se precian de ser liberales sexualmente, se opondrían a la pornografía?

Existen tres razones básicas por las que las feministas están en contra de la pornografía. Primero, discuten que degrada a las mujeres. En las versiones más leves y de pornografía blanda, se representa a las mujeres como objetos sexuales cuyos senos, piernas y nalgas pueden comprarse y después comerse con los ojos. En las versiones de pornografía dura, es posible que se muestre que a las mujeres se les orina encima o se les encadena. Esto raramente representa una actitud respetuosa hacia las mujeres.

En segundo lugar, la pornografía asocia el sexo con la violencia en contra de las mujeres. Como tal, contribuye a la violación y a otras formas de violencia contra mujeres y niñas. Una escritora feminista lo ha

dicho de manera ruda: “la pornografía es la teoría y la violación es la práctica” (Morgan, 1980, p. 139). Ésta es una cuestión que puede someterse a prueba con datos científicos, produciendo evidencia que se cubrirá en la siguiente sección.

Tercero, la pornografía muestra, y de hecho ensalza, la relación desigual de poder entre mujeres y hombres. Un tema común en la pornografía es el de los hombres que fuerzan a las mujeres a tener sexo, de modo que se enfatizan el poder de los hombres y la subordinación de las mujeres. Consistente con este elemento, las feministas no objetan los materiales sexuales que representan a las mujeres y hombres en relaciones iguales y humanizadas (lo que se definió como *erótica*).

Las feministas también señalan la relación íntima entre la pornografía y los roles tradicionales de género. La pornografía implica tanto la causa como el efecto. Es decir, la pornografía es un resultado, en parte, de los roles tradicionales de género que hacen que sea socialmente aceptable que los hombres usen y requieran de la hipersexualidad y de la agresividad como parte de su rol masculino. Un estudio sobre la androginia y el uso de la pornografía entre estudiantes universitarios encontró que los usuarios más probables de pornografía son, por tradición, varones estereotipados en cuanto a género y masculinos, así como mujeres andróginas (Kenrick *et al.*, 1980). A su vez, la pornografía puede servir para perpetuar los roles tradicionales de género. Al ver o leer sobre varones dominantes y mujeres sumisas y deshumanizadas, se socializa a cada nueva generación de varones adolescentes a que acepten estos roles.

Efectos de la pornografía²

Algunas de las aseveraciones resumidas antes —por ejemplo, que el uso de la pornografía violenta puede predisponer a los hombres a cometer delitos violentos contra las mujeres— se pueden someter a prueba utilizando los métodos de las ciencias sociales. Varios psicólogos sociales han estado recolectando datos durante 30 años para examinar estas afirmaciones.

Se pueden hacer cuatro preguntas acerca de los efectos del uso de pornografía. Primero, ¿produce excitación sexual? Segundo, ¿afecta las actitudes de los usuarios, en particular acerca de la agresión hacia las mujeres y la violación? Tercero, ¿afecta la conducta sexual de los usuarios? Cuarto, ¿afecta la conducta agresiva o criminal de los usuarios, en particular el comportamiento agresivo hacia las mujeres?

Más de 40 estudios han examinado el efecto del material sexualmente explícito sobre la excitación sexual. Esta investigación ha encontrado de manera consistente que la exposición a *material que resulta aceptable para el espectador* produce excitación (Davis y Bauserman, 1993). La exposición a representaciones

²Nótese que esta discusión se refiere a la pornografía violenta. Existen muchas otras imágenes sexuales que no son fuente de preocupación.

que para el espectador resultan objetables produce una reacción negativa. La mayoría de las personas desapruban las conductas parafilicas (véase capítulo 16), la violación y la actividad sexual que involucra a niños, de modo que reaccionan en forma negativa hacia la pornografía dura y el porno infantil. La única excepción son los hombres que informan, antes de ver el material pornográfico, que cometerían violación bajo ciertas circunstancias, los cuales se excitan ante representaciones de violación.

Existen diferencias de género en los autoinformes de respuesta ante los materiales sexualmente explícitos. Los hombres informan mayores niveles de excitación ante tales representaciones en comparación con las mujeres (Malamuth, 1998). Las diferencias son mayores en respuesta a la pornografía que ante la erótica, y la diferencia es mucho más amplia entre estudiantes universitarios que entre personas mayores (Murnen y Stockton, 1997). A menudo, esta diferencia entre hombres y mujeres se atribuye al hecho de que la mayoría de la erótica y la pornografía están orientadas a los varones. El centro de atención se coloca casi de manera exclusiva en el comportamiento sexual, como poco desarrollo de los personajes o preocupación por las relaciones. Se da una atención limitada a los preámbulos eróticos al igual que a los desenlaces de la relación sexual; típicamente el varón eyacula en alguna parte del cuerpo de la mujer (la "toma de venida") en lugar de hacerlo dentro de ella. Como señalamos antes, la ex estrella de filmes pornográficos, Candida Royale, produce videos para mujeres. Un experimento encontró que los estudiantes universi-

tarios varones respondieron positivamente y sintieron excitación ante los videos hechos para hombres y para mujeres; las mujeres informaron respuestas negativas hacia los videos dirigidos a los hombres y respuestas positivas, así como excitación sexual, ante los videos diseñados para mujeres (Mosher y MacLan, 1994).

¿Qué hay con respecto al efecto de la pornografía en las actitudes? La investigación indica que una sola exposición a historias, fotografías o videos tiene poco o ningún efecto. La exposición masiva, como ver videos durante cinco horas, conduce a actitudes más permisivas. En esta situación, los espectadores se vuelven más tolerantes de la conducta observada y están menos a favor de ejercer restricciones sobre ella (Davis y Bauserman, 1993). ¿Qué sucede con las actitudes hacia la agresión contra las mujeres? Algunos estudios muestran que la exposición a representaciones de violación conduce a los hombres a ser más tolerantes hacia la agresión sexual, pero otros estudios no encuentran una relación entre la exposición y las actitudes (Fisher y Grenier, 1994). Los hombres expuestos a representaciones de agresión sexual contra las mujeres no informan una mayor disposición a violar a una mujer (Davis y Bauserman, 1993).

Con respecto al comportamiento sexual, la investigación muestra que, en respuesta a las representaciones eróticas de actividad heterosexual consensual, es posible que tanto los hombres como las mujeres informen un aumento en los pensamientos y fantasías sexuales y en conductas como la masturbación y el coito. La exposición a representaciones de conducta

Figura 18.9 La controversia acerca de la pornografía ha colocado a algunos miembros del izquierdismo político en el mismo lado que los derechistas. a) La feminista Gloria Steinem protesta contra la pornografía. b) Los conservadores han alentado a los ciudadanos a manifestarse frente a los negocios "adultos" dentro o cerca de vecindarios residenciales.



a)



b)

en las que la persona no ha participado de manera personal no conduce a un aumento en tales conductas (Davis y Bauserman, 1993).

Por último, ha habido un gran interés en determinar si la exposición a representaciones de agresión sexual (que casi siempre implican a hombres que se comportan de manera agresiva hacia las mujeres) aumenta la conducta agresiva. En estudios de laboratorio, los hombres que reciben insultos o provocaciones de una mujer responderán de modo agresivo hacia ella si se les da oportunidad. Los hombres que se han expuesto a pornografía violenta son significativamente más agresivos hacia una mujer en esta situación, en comparación con los hombres expuestos a material sexualmente explícito pero no violento. Si el grupo de comparación lo forman hombres a los que se ha expuesto a películas no sexuales violentas, muchos estudios no encuentran diferencias entre los dos grupos, pero algunos encuentran que la exposición a la violencia sexual aumenta más la agresión contra una mujer que la exposición solamente a la violencia (Davis y Bauserman, 1993).

Entonces, en resumen, podemos concluir que la exposición a material sexualmente explícito que resulta aceptable para el espectador es excitante tanto para hombres como para mujeres. La exposición a la pornografía agresiva aumenta la agresión de los varones hacia las mujeres y puede afectar las actitudes de éstos, haciendo que acepten más la violencia dirigida a las mujeres. (Para una reseña excelente, véase Linz, 1989).

¿Cuál es la solución?

Éstas son conclusiones perturbadoras. ¿Cuál es la solución? ¿Se debería censurar o penalizar la pornografía? ¿O esto sólo la volvería algo prohibido y, por ende, más atractivo, que seguiría estando disponible en el mercado negro? ¿O todas las formas de pornografía deberían ser legales y estar fácilmente disponibles y deberíamos depender de otros métodos —como la educación de los padres y estudiantes a través del sistema escolarizado— para abolir su uso? ¿O deberíamos adoptar alguna estrategia intermedia, haciendo que algunas formas de pornografía —digamos

el porno infantil y la pornografía violenta— sean ilegales mientras que se permite el libre acceso a la erótica?

Nuestra opinión es que las restricciones legales, conocidas de manera menos amable como censura, probablemente no sean la solución. Estamos de acuerdo con el punto de vista expresado por un grupo de investigadores acerca de que una mejor solución es la educación (Donnerstein *et al.*, 1987; Linz *et al.*, 1987). En sus experimentos, proporcionaron información aclaratoria para los participantes varones al momento de concluir los procedimientos. Después transmitieron a los participantes que las representaciones de los medios de comunicación son irreales y que la representación de que las mujeres disfrutaban del sexo forzado es ficticia. Aclararon mitos comunes acerca de la violación, en especial cualquiera que se hubiese mostrado en la película que se utilizó en el experimento. Los participantes sometidos a la información aclaratoria mostraron menos aceptación de los mitos sobre la violación y mayor sensibilidad hacia las víctimas de violación que los participantes a quienes se mostró una película neutra (Donnerstein *et al.*, 1987).

De manera subsecuente, algunos investigadores introdujeron una *aclaración previa* para los participantes en investigación que implicara la exposición a materiales sexualmente explícitos. La aclaración típica —previa o posterior— consiste de una breve grabación de audio o un folleto impreso que indica que el material es ficticio. Recuerda a los participantes que las mujeres no disfrutaban del sexo forzado y que la violación es un delito grave. Los investigadores identificaron 10 estudios que incluyeron aclaraciones previas o posteriores y midieron los efectos de la exposición al material. Los 10 estudios encontraron que no hubo efectos negativos de la exposición acompañada por una aclaración educativa. En seis de los estudios, los participantes fueron menos aceptantes de los mitos asociados con la violación al momento de concluir el estudio que al inicio del mismo (Allen *et al.*, 1996). Esta investigación proporciona evidencia sólida de que la educación puede eliminar cuando menos los efectos negativos sobre las actitudes.

RESUMEN

El sexo comercial es una industria de gran importancia en Estados Unidos y cada vez lo es más en todo el mundo. Dos aspectos prominentes son la prostitución y la pornografía.

Los sexoservidores comerciales participan en actividad sexual en pareja a cambio de un pago, como dinero, regalos o drogas. Existen diversos ámbitos en los que laboran en los EUA, incluyendo sus propios hogares, servicios de casas de citas, servicios a domicilio y salones de masaje. Las condiciones, riesgos e ingresos laborales de una sexoservidora dependen del entorno.

Existen terceros que pueden participar en ello y que incluyen al proxeneta, a la *madame* o a un administrador; la participación de estas personas generalmente limita la autonomía de una sexoservidora. El tráfico sexual implica explotación y es un problema de gran importancia.

La investigación sugiere que el bienestar de una sexoservidora depende del nivel de riesgo del entorno en el que trabaja, la razón por la que ingresó al sexoservicio y el hecho de que haya experimentado victimización cuando niña o adolescente.

Los datos indican que el uso de las prostitutas ha declinado de manera sustancial en Estados Unidos en los últimos 50 años. Cerca de la mitad de los clientes de las sexoservidoras son ocasionales; el otro 50 por ciento son clientes constantes. Algunos hombres utilizan a las trabajadoras sexuales como su único desahogo sexual.

Algunos sexoservidores varones trabajan para una clientela femenina. Es posible que trabajen como acompañantes, empleados de salones de masaje o gigolós. Los chichifos atienden a una clientela de varones homosexuales.

Se hacen distinciones entre la pornografía (arte, literatura o películas sexualmente excitantes), la obscenidad (material ofensivo para las autoridades o la sociedad) y la erótica (material sexual que muestra a hombres y mujeres en relaciones iguales y humanas). Las revistas, películas y videos pornográficos, tanto de pornografía blanda (erótica) como de pornografía dura, son un negocio multimillonario. La pornografía por computadora ha crecido como la espuma en los últimos 20 años; las personas pueden discutir en línea acerca de actividad sexual, leer historias sexualmente excitantes, bajar imágenes explícitas en sentido sexual o comprar una variedad de bienes y servicios en sitios

para adultos en la red. Los niños, a menudo aquellos que han huido de sus casas, son las víctimas principales del porno infantil.

Algunas feministas están en contra de la pornografía por considerar que denigra a las mujeres, alienta la violencia contra ellas y representa relaciones desiguales entre hombres y mujeres.

La investigación sociopsicológica indica que la exposición a representaciones que el espectador considera aceptables es excitante tanto para los hombres como para las mujeres. Es más probable que los hombres informen excitación en comparación con las mujeres. La exposición masiva conduce a actitudes más favorables hacia el comportamiento observado. Algunos estudios han encontrado que la exposición a pornografía violenta crea actitudes más tolerantes hacia la violencia contra las mujeres, pero otros no encuentran este efecto. La exposición a representaciones de actividad heterosexual consensual conduce a un aumento en pensamientos y conducta sexuales. La exposición a representación de violencia sexual o no sexual dirigida a mujeres aumenta la agresión de los hombres contra las mujeres. Es probable que la educación sobre los efectos de la pornografía sea la mejor solución para los problemas creados por ella.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. ¿Cuál es su posición en cuanto al tema de la censura de la pornografía? ¿Piensa usted que toda la pornografía debería ser ilegal? ¿O toda la pornografía debería ser legal? ¿O algunos tipos —como el porno infantil y la pornografía violenta— deberían ser ilegales, pero no los demás tipos? ¿Qué razonamiento le conduce a tener esa postura?
2. La prostitución se está volviendo más evidente dentro de su comunidad. Algunas personas están demandando leyes más estrictas y sentencias más largas de cárcel para las mujeres que intercambian sexo por dinero. Estas personas afirman que esto disuadirá a las mujeres de entrar a la prostitución. Con base en lo que usted sabe sobre la razón por la que las mujeres ingresan a la prostitución, sus estilos de vida diversos y los riesgos que enfrentan estas mujeres, ¿tal afirmación es plausible? En caso contrario, ¿qué abordaje alternativo sugeriría?
3. Muchas de las callejeras en las principales ciudades de Estados Unidos son mujeres negras o asiáticas. Con frecuencia, los sitios para adultos en la red presentan de manera prominente fotografías, historias y videos sobre “sexo interracial”. Sin embargo, la mayoría de los clientes tanto de las prostitutas como de los sitios para adultos en la red son hombres blancos. ¿Por qué los hombres blancos se sienten atraídos hacia materiales que presentan a mujeres de otros grupos étnicos? ¿Por qué no hay más hombres negros entre los clientes de los servicios sexuales?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Albert, Alexa. (2001). *Brothel: Mustang Ranch and Its Women*. Nueva York: Random House. Este libro se basa en un estudio cualitativo del Mustang Ranch. Incluye las historias de algunas de las mujeres que trabajan allí, sus actitudes, circunstancias y su sentido de profesionalismo.
- Bullough, Vern y Bullough, Bonnie. (1987). *Women and prostitution: A social history*. Buffalo, NY: Prometheus Books. Una historia fascinante sobre la profesión más antigua, desde las antiguas Grecia y Roma, a través de la época medieval, India y China, hasta nuestros días.
- Rimm, Marty. (1995). Marketing pornography on the information superhighway. *Georgetown Law Journal*, 83, 1849-1925. Este artículo informa los hallazgos del primer estudio sistemático acerca de la pornografía por computadora.
- Vanwesenbeeck, Ine. (1994). *Prostitutes' well-being and risk*. Amsterdam: VU University Press. Un excelente estudio empírico sobre los determinantes del bienestar psicológico entre las prostitutas.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.bigeye.com/sexeducation/commerce.html>

Vínculos de educación sexual: comercio y sexo.

<http://www.scarletletters.com/current/index.html>

Erótica para mujeres.

<http://www.goodvibes.com>

Cooperativa, tienda en línea y revista de Good Vibrations.

<http://www.spectacle.org/musm.html>

Free Speech Museum (Museo de libertad de expresión); información sobre la censura y la Internet.

<http://www.bayswan.org>

Sitio en Internet de la Bay Area Sex Worker Advocacy Network (Red de defensa del sexoservicio en el área de la Bahía); información sobre derechos de las sexoservidoras y temas relacionados con ellas.

<http://www.prostitutionresearch.com>

Prostitution Research and Education (Investigación y educación sobre prostitución), un proyecto de los San Francisco Women's Centers (Centros de las mujeres en San Francisco).

C A P Í T U L O

19

Trastornos sexuales y terapia sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Tipos de trastornos sexuales

Trastornos del deseo
Trastornos de la excitación
Trastornos orgásmicos
Trastornos asociados con dolor

¿Qué causa los trastornos sexuales?

Causas físicas
Fármacos
Causas psicológicas
Factores cognitivos y fisiológicos
combinados
Factores interpersonales

Terapias para los trastornos sexuales

Terapia conductual
Terapia cognitiva conductual
Terapia de pareja
Tratamientos específicos para problemas
específicos
Terapias biomédicas

Críticas a la terapia sexual

Terapia sexual en la era del SIDA

Algunos consejos prácticos

Evitar los trastornos sexuales
Elección de un terapeuta sexual

Lo único que tenemos que temer es al temor mismo.*

*Franklin Delano Roosevelt, Discurso de toma de posesión, 4 de marzo de 1933.

Los trastornos sexuales —como la **eyaculación precoz (temprana)** en los hombres y la incapacidad de orgasmo en las mujeres— causan gran cantidad de angustia psicológica a los individuos perturbados por ellos, por no mencionar a sus parejas. Hasta el decenio de 1960, el único tratamiento disponible era el psicoanálisis a largo plazo, que es costoso e inaccesible para la mayoría de las personas. Una nueva época de comprensión y tratamiento se inició con la publicación, en 1970, del libro *Human Sexual Inadequacy (Insuficiencia sexual humana)* de Masters y Johnson. Este libro informó la investigación realizada por el equipo acerca de los trastornos sexuales, al igual que su programa de tratamiento rápido a través de terapia conductual. Desde entonces, muchos otros avances adicionales han ocurrido en el área, incluyendo terapia cognitiva conductual y tratamientos médicos (farmacológicos). Los trastornos sexuales y los tratamientos para ellos son el tema de este capítulo.

Comenzamos con la definición del término *trastorno sexual*. Un **trastorno sexual** es un problema con la respuesta sexual que provoca angustia mental a la persona. También se emplea el término *disfunción sexual*. Ejemplos de ello son la incapacidad de un hombre para tener una erección y la incapacidad de una mujer para tener un orgasmo. Esta definición parece bastante simple; sin embargo, como veremos, en la práctica puede ser difícil determinar exactamente cuándo algo constituye un trastorno sexual. Además, existe una tendencia a pensar en términos de únicamente dos categorías, las personas con trastorno sexual y las personas “normales”. De hecho, existe un continuo muy similar a la escala Kinsey de graduaciones en cuanto a orientación sexual, que analizamos en el capítulo 15. La mayoría de nosotros hemos tenido, en un momento u otro, un problema que desapareció en un día o en unos cuantos meses sin tratamiento. Estos casos forman las tonalidades grises que se encuentran entre un funcionamiento sexual totalmente adecuado y las dificultades a largo plazo que requieren terapia sexual.

Los trastornos sexuales pueden clasificarse adicionalmente. Un **trastorno sexual permanente** es aquel que ha estado presente desde que la persona se volvió sexual; un **trastorno sexual adquirido** es una disfunción que se desarrolla después de un periodo de funcionamiento normal.

Primero consideraremos los tipos de trastornos sexuales. A continuación, revisaremos las causas de estos trastornos y, luego, los tratamientos para ellos.

Tipos de trastornos sexuales

En esta sección consideraremos las cuatro categorías de trastornos sexuales: trastornos del deseo (deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo), trastornos de la excitación (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos orgásmicos (trastorno orgásmico femenino, trastorno orgásmico masculino, eyaculación precoz) y trastornos sexuales asociados con dolor (dispareunia, vaginismo). Nótese que las primeras tres categorías corresponden a los componentes del ciclo de la respuesta sexual que se analizó en el capítulo 9.

Trastornos del deseo

Deseo sexual hipoactivo

El *deseo sexual*, o *libido*, se refiere al interés en la actividad sexual, que conduce al individuo a buscar la actividad sexual o a ser receptivo de manera placentera hacia tal actividad (Kaplan, 1995). Cuando el deseo sexual se inhibe, de modo que el individuo no está interesado en la actividad sexual, éste es un trastorno que se denomina **deseo sexual hipoactivo (DSH)**; el prefijo *hipo* significa “bajo” (Basson *et al.*, 2004; Beck, 1995). En ocasiones, también se le denomina *deseo sexual inhibido* o *deseo sexual bajo*. Este trastorno se encuentra tanto en mujeres como en hombres.

Típicamente, las personas con TSH evitan las situaciones que evocarán sentimientos sexuales. Si, a pesar de sus esfuerzos, se encuentran en una situación excitante, experimentan una rápida inhibición, de modo que no sienten nada. La inhibición puede ser tan intensa que informan sentimientos negativos y desagradables; incluso pueden informar *anestesia sexual*; es decir, ninguna sensación en absoluto, aunque puedan responder al grado de tener un orgasmo.

La identificación del deseo sexual bajo como un trastorno sexual surgió del estudio de personas a quienes la terapia sexual tradicional no había podido ayudar. De manera típica,

Eyaculación precoz (temprana): trastorno sexual en el que el hombre eyacula demasiado pronto y siente que no puede controlar el momento de la eyaculación.

Trastorno sexual: problema con la respuesta sexual que produce angustia mental a la persona.

Trastorno sexual permanente: trastorno sexual que ha estado presente desde el momento en que la persona comenzó su funcionamiento sexual.

Trastorno sexual adquirido: un trastorno sexual que se desarrolla después de un periodo de funcionamiento normal.

Deseo sexual hipoactivo (DSH): trastorno sexual en el que existe falta de interés en la actividad sexual; también se denomina *deseo sexual inhibido* o *deseo sexual bajo*.

se había diagnosticado erróneamente a estos pacientes dentro de una de las categorías analizadas después. Los terapeutas llegaron a darse cuenta de que estaban viendo un trastorno nuevo, y cada vez más frecuente, del deseo en lugar de un trastorno de la excitación o del orgasmo (p. ej., Kaplan, 1979; LoPiccolo, 1980). Las encuestas en la población general indican que la falta de interés en el sexo es común. En la NHSLs, 15 por ciento de los hombres y 30 por ciento de las mujeres informaron experimentar la (Laumann *et al.*, 1999).

Como ocurre con otros trastornos sexuales, el TSH plantea dificultades complejas de definición. Existen muchas circunstancias en las que es perfectamente normal que el deseo sexual de una persona esté inhibido. Por ejemplo, no puede esperarse que cada pareja potencial provoque excitación.

También, a menudo es cierto que el problema no se encuentra en el nivel absoluto de deseo sexual del individuo sino en una discrepancia

entre los niveles de los miembros de la pareja (Zilbergeld y Ellison, 1980). Es decir, si un miembro de la pareja desea tener relaciones sexuales con una frecuencia considerablemente menor que el otro, existe un conflicto. Este problema se denomina **discrepancia del deseo sexual**.

Entre aquellos que buscan terapia para el TSH, aparecen algunas diferencias de género (Donahay y Carroll, 1993). En general, las mujeres informan TSH al inicio de su tercera década de vida, mientras que generalmente los hombres

lo informan a la mitad o al final de su cuarta década de vida. Existen varias razones posibles para esta diferencia de edad. Puede ser simplemente que las mujeres están dispuestas a informar este problema antes. Otra posibilidad es que sus parejas masculinas, que son jóvenes, quizá estén en mayor probabilidad de considerar que la falta de deseo es un problema y que insistan en que se haga algo al respecto. Las mujeres con TSH también estaban en mayor probabilidad que los hombres con TSH de sentirse insatisfechas con la calidad de sus relaciones y, en particular, con la expresión de afecto. Como vimos en el capítulo 14, las expresiones de amor y afecto son particularmente importantes para las mujeres. Puede ser que cuando la pareja no satisface las necesidades emocionales de la mujer, su deseo sexual disminuya.

Trastorno de aversión al sexo

En el trastorno de aversión al sexo, la persona tiene una fuerte aversión que implica ansiedad, temor o asco hacia la interacción sexual y evita de manera activa cualquier tipo de contacto general con una pareja (American

Psychiatric Association, 2000). Este problema causa gran dificultad en la relación de la persona. La frecuencia de este trastorno en la población general no se ha documentado en estudios con muestras adecuadas, pero los expertos piensan que es poco común (Heiman, 2002). Sin embargo, es bastante común entre las personas que tienen trastorno de angustia (Figueira *et al.*, 2001).

Trastornos de la excitación

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

El **trastorno de la excitación sexual en la mujer (TESM)** se refiere a la falta de respuesta ante la estimulación sexual, incluyendo una falta de lubricación (American Psychiatric Association, 2000a). El trastorno implica tanto un componente subjetivo, psicológico, como un elemento fisiológico (Basson *et al.*, 2004). Algunos casos se definen por la propia sensación subjetiva de la mujer en cuanto a no sentirse excitada a pesar de la estimulación adecuada y otros se definen por las dificultades con la lubricación vaginal.

Las dificultades de lubricación son comunes y las informa el 19 por ciento de las mujeres en la NHSLs (Laumann *et al.*, 1999). Estos problemas se vuelven particularmente frecuentes entre las mujeres durante y después de la menopausia: a medida que disminuyen los niveles de estrógeno, se reduce la lubricación vaginal. El uso de lubricantes estériles es una manera fácil de lidiar con este problema. La ausencia de sentimientos subjetivos de excitación es más compleja de tratar.

Trastorno de la erección

El **trastorno de la erección** es la incapacidad para tener una erección o para mantenerla. Otros términos son *disfunción eréctil*, *excitación sexual inhibida* e *impotencia*. Un resultado del trastorno eréctil es que el hombre no puede tener coito. Utilizando la terminología que se discute antes, un caso de trastorno de la erección puede ser permanente o adquirido. En el **trastorno eréctil permanente**, el hombre nunca ha podido tener una erección que sea satisfactoria para el coito. En el **trastorno eréctil adquirido** el hombre tiene dificultad para obtener o mantener una erección, pero en otro tiempo ha tenido erecciones suficientes para el coito.

Según la NHSLs, cerca del 10 por ciento de los hombres han experimentado un problema de erección en los últimos 12 meses (Laumann *et al.*, 1999). Este dato estadístico varía en gran medida según la edad: sólo es del 7 por ciento entre los varones de 18 a 29 años de edad, pero es de 18 por ciento para los hombres de 50 a 59 años. Otra encuesta nacional encontró tasas del 19 por ciento en los hombres de 50 a 59 años y del 39 por ciento en los hombres de 60 años y mayores (Carson *et al.*, 2002). Estudios en Alemania y Francia han encontrado resultados similares (Braun *et al.*, 2000; Giuliano *et al.*, 2002). El trastorno de la erección es el más común de los trastornos entre los hombres que buscan terapia sexual, en particular desde la introducción del Viagra.

Discrepancia del deseo sexual: trastorno sexual en el que los miembros de la pareja tienen niveles considerablemente diferentes de deseo sexual.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer (TESM): trastorno sexual en el que existe una falta de respuesta ante la estimulación sexual.

Trastorno de la erección: incapacidad para tener o mantener una erección.

Trastorno eréctil permanente: casos de trastorno eréctil en los que el hombre nunca ha tenido una erección suficiente para tener coito.

Trastorno eréctil adquirido: casos de trastorno eréctil en los que el varón pudo tener en algún momento erecciones satisfactorias pero que ya no es capaz de tenerlas.

Las reacciones psicológicas hacia el trastorno de la erección pueden ser muy severas. Para muchos hombres, es una de las cosas más vergonzosas que puedan imaginar. Es posible que después de varios episodios se presente depresión. También puede causar vergüenza o preocupación a la pareja de ese hombre.

Las causas del trastorno de la erección y su tratamiento se discutirán posteriormente en el capítulo.

Trastornos orgásmicos

Eyaculación precoz

La eyaculación precoz (o EP, si se desea estar en términos familiares con ella) ocurre cuando un hombre eyacula demasiado pronto. En casos extremos, la eyaculación puede ocurrir tan poco tiempo después de la erección, que sucede incluso antes de que pueda comenzar el coito. En otros casos, el hombre puede demorar en cierto grado, pero no tanto como quisiera y no lo suficiente para satisfacer las preferencias de su pareja. Algunos expertos prefieren los términos *eyaculación temprana* o *eyaculación rápida* por tener menos connotaciones negativas (Grenier y Byers, 2001; Lewis *et al.*, 2004).

Aunque la definición dada antes—tener un orgasmo y eyacular demasiado pronto—parece suficientemente sencilla, en la práctica es difícil especificar cuándo es que un hombre tiene eyaculación precoz (Grenier y Byers, 1995; Metz *et al.*, 1997). ¿Cuál debería ser el criterio para “demasiado pronto”? ¿El hombre debería durar cuando menos 30 segundos después de la erección? ¿Doce minutos? ¿Dos minutos después de la inserción del pene en la vagina? Las definiciones utilizadas por las autoridades en el campo varían ampliamente. Una fuente define la “precocidad” como la ocurrencia del orgasmo menos de 30 segundos después de que el pene se ha insertado en la vagina. Otro grupo lo ha extendido a 1.5 minutos; para un tercer grupo, el criterio es la eyaculación antes de que se hayan efectuado 10 movimientos pélvicos. Masters y Johnson definen la eyaculación precoz como la incapacidad para demorar lo suficiente la eyaculación como para que la mujer tenga un orgasmo cuando menos el 50 por ciento de las ocasiones. Esta última definición tiene mérito porque destaca la importancia de la interacción entre los dos miembros de la pareja: sin embargo, lleva consigo la pregunta de qué tan fácilmente se estimula a la mujer hasta que tenga un orgasmo. La psiquiatra y terapeuta sexual Helen Singer Kaplan (1974; véanse también Grenier y Byers, 2001; McCarthy, 1989) consideraba que la clave para definir al eyaculador precoz es la ausencia de control voluntario sobre el orgasmo; es decir, el verdadero problema es que el eyaculador precoz tiene poco o ningún control sobre el momento en que tiene el orgasmo. Otra buena definición es la propia del individuo: si un hombre descubre que ha llegado a preocuparse grandemente acerca de su falta de control sobre su eyaculación o acerca de que esto

interfiere con su capacidad para formar relaciones íntimas, o si una pareja concuerda en que existe un problema en su relación, entonces es posible llamarlo de manera razonable eyaculación precoz.

La eyaculación precoz es un problema común entre la población masculina general. En la NHSLS, 29 por ciento de los hombres informaron haber tenido problemas en los últimos 12 meses en cuanto a llegar al clímax con demasiada prontitud (Laumann *et al.*, 1999). Es probable que la gran mayoría de los hombres no busquen terapia para el problema, ya sea porque desaparecen por sí solo o porque tienen demasiada vergüenza.

Como en el caso de los trastornos de la erección, la eyaculación precoz puede crear una red de problemas psicológicos relacionados. Debido a que la capacidad para posponer la eyaculación y “satisfacer” a una pareja es tan importante en nuestro concepto de un hombre que es un amante competente, la eyaculación precoz puede causar que un hombre sienta ansiedad acerca de su competencia sexual. Lo que es más, es posible que la pareja se frustre porque no está obteniendo tampoco una experiencia sexual satisfactoria. De modo que el padecimiento puede crear una fricción en la relación.

Los efectos psicológicos negativos de la eyaculación precoz se ilustran con el caso de un joven estudiante de una de nuestras clases de sexualidad que nos hizo llegar una pregunta anónima. Se describía como eyaculador precoz y dijo que después de varias experiencias humillantes durante el coito con sus parejas, ahora estaba convencido de que ninguna mujer lo querría en esa condición. Ya no tenía el valor de invitar a salir a las mujeres, de modo que había dejado de tener citas por completo. Quería saber cómo reaccionarían las mujeres dentro de la clase ante un hombre con un problema como este. La pregunta se discutió dentro del grupo de alumnos y la mayoría de las mujeres estuvieron de acuerdo en que su reacción al problema dependería en gran medida de la calidad de la relación que tuviesen con él. Si les importaba mucho, se mostrarían compasivas y pacientes y le ayudarían a superar la dificultad. No obstante, la cuestión es que la eyaculación precoz había creado problemas tan graves que el joven no sólo había dejado de tener sexo sino que había dejado de salir con mujeres.

Trastorno orgásmico masculino

El **trastorno orgásmico masculino**, también llamado en ocasiones *eyaculación retrastada*, es el opuesto de la eyaculación precoz. El hombre es incapaz de tener un orgasmo, o éste se demora grandemente, incluso aunque tenga una erección sólida y haya tenido estimulación más que adecuada (Apfelbaum, 2000). La gravedad del problema puede ir desde dificultades ocasionales para

Trastorno orgásmico masculino: trastorno sexual en el que el varón no puede tener un orgasmo, aunque esté sumamente excitado y haya tenido gran cantidad de estimulación sexual.

tener un orgasmo hasta un historial de nunca haber experimentado un orgasmo. En la versión más común, el hombre es incapaz de tener un orgasmo durante el coito, pero puede tener un orgasmo como resultado de estimulación manual o bucal.

El trastorno orgásmico masculino es bastante menos común que la eyaculación precoz. En la NHLS, 8 por ciento de los respondientes varones habían tenido un problema en los últimos 12 meses en cuanto a ser incapaces de tener un orgasmo (Laumann *et al.*, 1999). La incidencia varía sólo de manera leve en función de la edad: era del 7 por ciento entre los hombres de 18 a 29 años y del 9 por ciento entre los hombres de 50-59 años. También varía en cierto grado en función del origen étnico, siendo más común entre los estadounidenses de origen asiático (19 por ciento) que entre los blancos o los negros. Entre los hombres que acuden a terapia sexual, constituye cerca del 3 al 8 por ciento de los casos (Rosen y Leiblum, 1995b).

El trastorno orgásmico masculino es, por decir lo menos, una experiencia frustrante para el hombre. Se pensaría que cualquier mujer estaría extasiada de tener coito con un hombre que tenga una erección permanente que no termina por el orgasmo. Sin embargo, de hecho algunas mujeres reaccionan de manera negativa a este padecimiento, considerando que la incapacidad de su pareja para tener un orgasmo es muestra de rechazo personal. Algunos hombres, al anticipar estas reacciones negativas, han adoptado la práctica de fingir el orgasmo. En algunos casos también, el trastorno orgásmico masculino puede crear un coito doloroso en la mujer, debido a que la relación sexual simplemente prosigue durante demasiado tiempo.

Trastorno orgásmico femenino

El **trastorno orgásmico femenino** es la incapacidad para tener un orgasmo. Este padecimiento recibe una variedad de otros nombres, incluyendo *disfunción orgásmica*, *anorgasmia* y *orgasmo femenino inhibido*. Los legos lo llaman *frigidéz*, pero los terapeutas sexuales rechazan este término porque tiene connotaciones derogatorias y es impreciso. La *frigidéz* puede referirse a una variedad de padecimientos que abarcan desde la falta total de excitación sexual hasta la excitación sin orgasmo. Por ende, se prefiere el término *trastorno orgásmico femenino*.

Como en otros trastornos sexuales, los casos de trastorno orgásmico femenino pueden clasificarse en permanentes y adquiridos. El **trastorno orgásmico permanente** se refiere a los casos en los que la mujer

nunca ha experimentado un orgasmo durante su vida (American Psychiatric Association, 2000). El **trastorno orgásmico adquirido** se refiere a los casos en los que la mujer ha tenido orgasmos en algún momento de su vida, pero ya no los tiene. Un patrón común es el **trastorno orgásmico situacional**, en el que la mujer tiene orgasmos en algunas situaciones pero no en otras. Por ejemplo, puede tener orgasmos mientras se masturba, pero no mientras realiza el coito.

Los trastornos orgásmicos son comunes entre las mujeres. Según la NHLS, 24 por ciento de las respondientes informaron dificultad en los últimos 12 meses en cuanto a tener orgasmos (Laumann *et al.*, 1999). El trastorno orgásmico femenino explica del 25 al 35 por ciento de los casos de mujeres que acuden a terapia sexual (Spector y Carey, 1990).

De nuevo, estas definiciones se vuelven más complicadas en la práctica que en la teoría. Consideremos el caso de la mujer que tiene orgasmos como resultado de la masturbación o de la estimulación manual o bucal de su pareja, pero no durante el coito vaginal. ¿En realidad éste es un trastorno sexual? El concepto de que es un trastorno puede localizarse en los guiones y creencias sexuales acerca de la existencia de una forma “correcta” de tener sexo —con el pene dentro de la vagina— y una manera “correcta” correspondiente de tener orgasmos. Debido a que este patrón de trastorno orgásmico situacional es tan común, algunos expertos consideran que está dentro del rango normal de la respuesta sexual femenina (Wincze y Carey, 1991). Quizá la mujer que tiene orgasmos como resultado de la estimulación manual o bucal, pero no por los movimientos del pene, simplemente está teniendo orgasmos cuando se le estimula de manera adecuada y no los tiene cuando se le estimula de manera inadecuada.

Sin embargo, debería darse oportunidad de una definición personal de los trastornos. Si una mujer tiene trastorno orgásmico situacional, en verdad le angustia que no pueda tener orgasmos durante el coito vaginal y desea recibir terapia, entonces puede ser adecuado clasificar su padecimiento como un trastorno y proporcionarle terapia. Sin embargo, el terapeuta debería ser cuidadoso de explicarle los problemas de definición que se enuncian antes, para asegurarse de que su solicitud de terapia provenga de su propia insatisfacción con su respuesta sexual en lugar de ser resultado de un guión sexual demasiado irreal. En tales casos, probablemente sea mejor considerar a la terapia como un intento por enriquecer la experiencia de la paciente en lugar de arreglar un problema.

Trastornos asociados con dolor

Coito doloroso

El coito doloroso, o **dispareunia**, se refiere simplemente al dolor genital experimentado durante el coito (American Psychiatric Association, 2000). En general se considera como un trastorno sexual femenino, pero

Trastorno orgásmico femenino: trastorno sexual en el que la mujer es incapaz de tener un orgasmo.

Trastorno orgásmico permanente: caso de trastorno orgásmico femenino en el que la mujer nunca en su vida ha tenido un orgasmo.

Trastorno orgásmico adquirido: caso de trastorno orgásmico femenino en el que la mujer era capaz en algún momento de su vida de tener orgasmos pero que ya no puede tenerlos.

Trastorno orgásmico situacional: caso de trastorno orgásmico en el que la mujer es capaz de tener un orgasmo en algunas situaciones (p. ej., al masturbarse), pero no en otras (p. ej., durante el coito).

Dispareunia: coito doloroso.

en ocasiones los hombres también lo experimentan. En la NHSLs, 14 por ciento de las mujeres informaron sufrir dolor durante el sexo, en comparación con 3 por ciento de los varones (Laumann *et al.*, 1994). En tanto que las quejas de dolor ocasional durante el coito son bastante comunes entre las mujeres, la dispareunia persistente no es muy común. En las mujeres, el dolor puede presentarse en la vagina, alrededor de la entrada vaginal y del clítoris, o a un nivel profundo dentro de la pelvis. En los hombres, el dolor se percibe en el pene o los testículos. Por decir lo menos, la dispareunia puede disminuir el disfrute de la experiencia sexual e incluso puede conducir a la abstinencia de la actividad sexual.

Según otra perspectiva, en realidad este trastorno se refiere al dolor que ocurre en los genitales; es decir, fundamentalmente se refiere al dolor, no al sexo (Binik *et al.*, 2002). Según este razonamiento, muchas personas tienen dolor de espalda, algunas de ellas debido a lesiones relacionadas con el trabajo y otras por lesiones debidas al deporte. Sin embargo, no hablamos de un dolor de espalda inducido por el trabajo o a un dolor de espalda inducido por los deportes, sino que nos enfocamos en el dolor de espalda en sí. De manera similar, en el caso del coito doloroso, la atención debería colocarse en el dolor genital que sufren aquellas personas que tienen este trastorno.

El coito doloroso puede relacionarse con una variedad de factores físicos que se discutirán después.

Vaginismo

El **vaginismo** (el sufijo *ismo* significa “espasmo”) es una contracción espástica del tercio externo de la vagina; en algunos casos es tan grave que la entrada de la vagina se cierra y la mujer no puede tener coito (Leiblum, 2000). El vaginismo y la dispareunia pueden estar asociados. Es decir, si el coito es doloroso, un resultado puede ser los espasmos que cierran la entrada de la vagina.

El vaginismo no es un trastorno sexual muy común en la población general. Sin embargo, es relativamente común entre las mujeres que buscan terapia sexual, al explicar del 12 a 17 por ciento de los casos (Spector y Carey, 1990). Es posible que las mujeres estén en mayor probabilidad de buscar tratamiento para el vaginismo que para otros trastornos, porque puede imposibilitar el coito y crear enormes dificultades en la relación de pareja.

Vaginismo: trastorno sexual en el que existe una contracción espástica de los músculos que rodean la entrada de la vagina, en algunos casos es tan grave que se imposibilita el coito.

Factores orgánicos de los trastornos sexuales: factores físicos, como enfermedades o lesiones, que provocan trastornos sexuales.

¿Qué causa los trastornos sexuales?

Existen muchas causas de los trastornos sexuales, las cuales varían de una persona a otra y de un trastorno a otro. Varias categorías de factores pueden relacionarse con los trastornos sexuales: factores físicos (factores orgánicos y fármacos), factores psicológicos individuales, factores cognitivos y fisiológicos combinados y factores interpersonales. A continuación se analizan cada una de estas categorías.

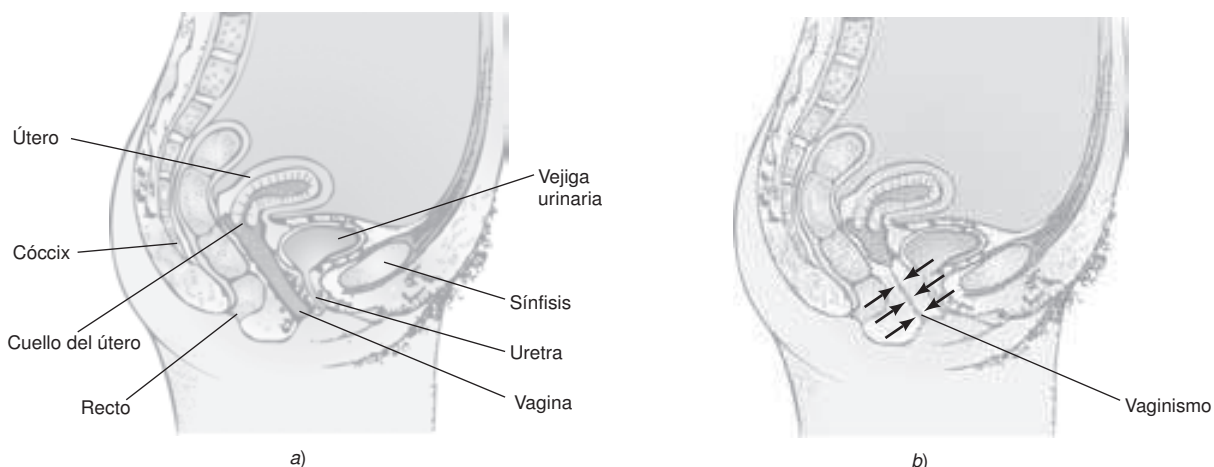
Causas físicas

Los factores físicos que causan trastornos sexuales incluyen **factores orgánicos** (como enfermedades o lesiones) y drogas. En primer lugar se discuten los factores orgánicos que han estado implicados en diversos trastornos y después se analizan los efectos de las drogas.

Trastorno de la erección

Quizá el 50 por ciento o más de los casos de trastorno de la erección (TD) puedan deberse a factores orgá-

Figura 19.1 Vaginismo. a) Una vagina normal y otros órganos pélvicos, vistos de lado y b) Vaginismo, o contracción involuntaria del tercio externo de la vagina.



nicos o a una combinación de factores orgánicos y de otro tipo (Buvat *et al.*, 1990; Richardson, 1991).

Las enfermedades asociadas con el corazón y el sistema circulatorio tienen una probabilidad particular de asociarse con este padecimiento, dado que la erección misma depende del sistema circulatorio (Jackson, 1999). Cualquier tipo de patología vascular (problemas con los vasos sanguíneos que irrigan al pene) puede producir dificultades de erección. La erección depende de una gran cantidad de sangre que fluya al pene a través de las arterias, con una constricción simultánea de las venas, de modo que la sangre no pueda salir con tanta rapidez como la que tiene al ingresar. Por ende, el daño ya sea a las arterias o venas puede producir trastorno eréctil.

El trastorno de la erección se asocia con diabetes mellitus. En ello participan varios aspectos de la diabetes, incluyendo problemas circulatorios y daño a los nervios periféricos (Sáenz de Tejada *et al.*, 2004). De hecho, en algunos casos el trastorno eréctil puede ser el primer síntoma de un caso de diabetes en evolución. Por supuesto, no todos los hombres diabéticos tienen trastornos de la erección; en realidad, en la mayoría no ocurre esto. Un estimado es que 28 por ciento de los hombres con diabetes tienen un trastorno de la erección (Sáenz de Tejada *et al.*, 2004).

El hipogonadismo —un funcionamiento deficiente de los testículos, de modo que los niveles de testosterona son muy bajos— se asocia con el TE (Morales y Heaton, 2001). El TE también se asocia con un padecimiento llamado hiperprolactinemia, en el que existe una producción excesiva de prolactina (Johri *et al.*, 2001).

Cualquier enfermedad o lesión que dañe la parte baja de la médula espinal puede causar trastorno eréctil, dado que esa es la localización del centro del reflejo para la erección (véase capítulo 9). El trastorno de la erección también puede ser resultado de estrés o fatiga extremos. Por último, algunos, aunque no todos, los tipos de cirugía de próstata pueden causar este padecimiento.

Con los trastornos de la erección, al igual que en muchos otros trastornos sexuales, es importante reconocer que la distinción entre las causas orgánicas y las causas psicológicas es demasiado simple (Buvat *et al.*, 1990). Muchos trastornos sexuales son resultado de la interacción compleja de las dos causas. Por ejemplo, es probable que un hombre que tiene problemas circulatorios que de inicio le provocan dificultades de erección, desarrolle ansiedades sobre la erección, que a su vez pueden crear problemas adicionales. Este concepto de las causas duales tiene implicaciones importantes para la terapia. Muchas personas con estos trastornos requieren tanto de tratamiento médico como de psicoterapia.

Eyaculación precoz

Es más frecuente que la causa de la eyaculación precoz sean los factores psicológicos más que los físicos. Sin embargo, en los casos de trastorno adquirido, en los que el hombre podía tener en algún momento un control eyaculatorio pero después lo perdió, es posible

que estén implicados factores físicos. Una infección local, como una prostatitis, puede ser la causa, al igual que la degeneración de partes relacionadas del sistema nervioso, que puede ocurrir en los trastornos neurológicos como la esclerosis múltiple.

Una explicación fascinante para la eyaculación precoz proviene de los sociobiólogos (Hong, 1984). Su idea es que la eyaculación rápida ha sido determinada por selección natural en el proceso de la evolución y que podríamos denominarla “supervivencia del más rápido”. Según este argumento, en los monos y simios, la cópula y la eyaculación veloces darían una ventaja en cuanto a que la hembra estaría en menor probabilidad de alejarse y el macho estaría en menor probabilidad de ser atacado por otros machos sexualmente excitados mientras que está copulando. De este modo, los machos que eyaculaban con rapidez, estaban en mayor probabilidad de sobrevivir y reproducirse. Es interesante que, entre los chimpancés, que algunos consideran como nuestros parientes más cercanos en términos evolutivos, el tiempo promedio desde la intromisión (inserción del pene en la vagina) hasta la eyaculación es de 7 segundos (Tutin y McGinnis, 1981). En la sociedad estadounidense moderna, la eyaculación rápida no es particularmente ventajosa y podría incluso conducir a que un hombre tuviese dificultades para encontrar parejas. Sin embargo, según los sociobiólogos, sigue habiendo una gran cantidad de genes de la eyaculación rápida debido a la selección natural que ocurrió hace miles de años. (Para una crítica de esta hipótesis, véase Bixler, 1986.)

Trastorno orgásmico masculino

El trastorno orgásmico masculino, o eyaculación retrasada, puede asociarse con una variedad de padecimientos médicos o quirúrgicos, como la esclerosis múltiple, la lesión a la médula espinal y la cirugía de próstata (McMahon *et al.*, 2004). No obstante, se le asocia de manera más común con factores psicológicos.

Trastorno orgásmico femenino

El trastorno orgásmico en la mujer puede ser producido por diversas enfermedades, problemas generales de salud física o fatiga extrema. La lesión a la médula espinal puede causar problemas de orgasmo (Sipski *et al.*, 2001). Sin embargo, la mayoría de los casos son producto de factores psicológicos.

Coito doloroso

Es frecuente que la dispareunia en las mujeres sea causada por factores orgánicos. Éstos incluyen:

1. *Trastornos de la entrada de la vagina.* Residuos irritados del himen; cicatrices dolorosas; quizás por una episiotomía o una agresión sexual; o infección de las glándulas de Bartholin.
2. *Trastornos de la vagina.* Infecciones vaginales, reacciones alérgicas a cremas espermicidas o al

látex de los condones o diafragmas; un adelgazamiento de las paredes de la vagina, que ocurre de manera natural con la edad; o cicatrización del techo de la vagina, que puede ocurrir después de una histerectomía.

3. *Trastornos pélvicos.* Infección pélvica como enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tumores, quistes o desgarramiento de los ligamentos que soportan al útero.

El coito doloroso en los hombres también puede ser el producto de una variedad de factores orgánicos. Para un hombre no circuncidado, la falta de higiene puede ser una causa; si el pene no se lava adecuadamente retrayendo el prepucio, puede almacenarse material debajo del mismo, lo cual provoca infección. La fimosis, un padecimiento donde el prepucio no puede retraerse, también puede causar coito doloroso. También puede estar implicada una reacción alérgica a

las cremas espermicidas o al látex de los condones. Por último, diversos problemas de próstata pueden causar dolor al momento de la eyaculación.

Vaginismo

A veces el coito doloroso causa vaginismo y, por ende, son factores orgánicos los que causan este padecimiento. Sin embargo, es más frecuente que lo causen factores psicológicos individuales o factores interpersonales (Rosen y Leiblum, 1995b).

Fármacos

Algunos fármacos pueden tener efectos secundarios que causan trastornos sexuales (Segraves y Balon, 2003). Por ejemplo, algunos medicamentos utilizados para el tratamiento de la presión arterial elevada aumentan los problemas de erección en los hombres y de disminución del deseo sexual tanto en hombres como en muje-

Cuadro 19.1 Fármacos y drogas que pueden alterar —o mejorar— la respuesta sexual

| <i>Fármaco o droga</i> | <i>Cómo afecta el funcionamiento sexual</i> | <i>Usos médicos comunes</i> |
|--|--|--|
| 1. Fármacos psicoactivos | | |
| Ansiofíticos/tranquilizantes | | Ansiedad, trastornos de angustia |
| Buspirona | Aumento del deseo, orgasmo | |
| Benzodiacepinas (Librium, Valium, Ativan) | Disminuye el deseo hipoactivo, mejora la eyaculación precoz | |
| Antodepresivos I: | Trastornos del deseo, problemas de erección, problemas de orgasmo, problemas de eyaculación | Depresión |
| Tricíclicos e inhibidores de la MAO | Puede tratar la hipersexualidad, eyaculación precoz | |
| Antidepresivos II: | Trastornos del deseo, problemas de erección, problemas de orgasmo | Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de angustia |
| Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Paxil, Prozac, Zoloft) | | |
| Litio | Trastornos del deseo, problemas de erección | Trastorno bipolar |
| Antipsicóticos | Trastornos del deseo, problemas de erección, problemas de orgasmo, problemas de eyaculación | Esquizofrenia |
| Torazina, Haldol | | |
| 2. Antihipertensivos | | |
| Reserpina, Metildopa | Problemas del deseo, problemas de erección, demora o bloqueo del orgasmo | Presión arterial elevada |
| Inhibidores de la ECA (Vasotec) | Dificultades de erección | |
| 3. Uso y abuso de sustancias | | |
| Alcohol | A dosis bajas, aumenta el deseo A dosis altas, disminuye la erección, la excitación y el orgasmo El alcoholismo crea muchos trastornos y atrofia de testículos, infertilidad | |
| Nicotina | Disminuye el flujo sanguíneo al pene, crea trastornos de erección | |
| Opioides | Sensación de bienestar y relajación | |
| Endógenos; Endorfinas | Disminución del deseo, orgasmo, eyaculación reemplaza al sexo | |
| Heroína | | |
| Mariguana | Mejora el placer sexual, pero no el desempeño real: el uso crónico disminuye el deseo | |

Fuente: Crenshaw y Goldberg (1996); Segraves y Balon (2003).

res. Aunque sería imposible listar todos los efectos de los fármacos en todos los aspectos del funcionamiento sexual, en el cuadro 19.1 se proporciona una lista de los principales fármacos y drogas que pueden causar trastornos sexuales. Aquí consideraremos los efectos del alcohol, de las drogas ilícitas y de los fármacos de venta restringida.

Alcohol

Los efectos del alcohol sobre la respuesta sexual varían de manera considerable. Podemos considerar que estos efectos caen dentro de tres categorías: (1) efectos farmacológicos a corto plazo, (2) efectos de la expectativa y (3) efectos a largo plazo del abuso crónico del alcohol. En cuanto a la última categorías, los alcohólicos, en particular en las últimas etapas del alcoholismo, con frecuencia tienen trastornos sexuales que típicamente incluyen trastornos de la erección, trastornos orgásmicos y pérdida del deseo (Segraves y Balon, 2003). Estos problemas sexuales pueden ser resultado de cualquiera de diversos efectos del alcoholismo a largo plazo. Por ejemplo, el alcoholismo crónico en los hombres puede causar perturbaciones en la producción de hormonas sexuales debido a atrofia de los testículos. También, el abuso crónico del alcohol tiene en general efectos negativos sobre las relaciones interpersonales del individuo que pueden contribuir a trastornos sexuales.

¿Qué hay con respecto a la persona que no es alcohólica pero que toma una o más copas en una noche particular y después tiene interacción sexual? Como se señaló antes, existe una interacción de dos efectos: los efectos de la expectativa y los efectos farmacológicos en sí (George y Stoner, 2000). Muchas personas tienen la expectativa de que el alcohol los hará sentirse más relajados, haciéndolos ser más sociables y sexualmente desinhibidos. Estos efectos de la expectativa producen en sí mismos un aumento de la excitación fisiológica y en la sensación subjetiva de excitación. Sin embargo, los efectos de la expectativa interactúan con los efectos farmacológicos y funcionan principalmente a bajas dosis; es decir, cuando sólo se consume una pequeña cantidad de alcohol. A niveles más altos de dosificación, el alcohol actúa como un depresor y la excitación sexual se suprime de manera notable, tanto en los hombres como en las mujeres.¹

Drogas ilícitas o recreativas

Existe la creencia muy extendida de que la *mariguana* tiene propiedades afrodisiacas. Se ha realizado poca investigación científica acerca de sus efectos reales y la mayoría de los que se han hecho son antiguos y se basan en muestras reducidas. Por ende, sólo podemos proporcionar ideas tentativas acerca de los efectos de la mariguana en el funcionamiento sexual. En las encuestas con usuarios, muchos de los respondientes

informan que aumenta el deseo sexual y hace que las interacciones sexuales sean más placenteras. En cuanto a los efectos negativos potenciales, sólo uno de los primeros estudios indicó que el uso de mariguana a largo plazo reduce los niveles de testosterona y la cuenta de espermatozoides en los varones (Kolodny *et al.*, 1974). Los usuarios crónicos informan una disminución en el deseo sexual (Segraves y Balon, 2003). En estudios de la población general, el uso de mariguana se ha asociado con trastorno orgásmico (Johnson *et al.*, 2004).

Entre los usuarios de drogas, se informa que la *cocaína* es la droga de elección para intensificar las experiencias sexuales. Se dice que aumenta el deseo sexual, aumenta la sensualidad y demora el orgasmo. Sin embargo, el uso crónico de cocaína se asocia con pérdida del deseo sexual, trastornos orgásmicos y trastornos de la erección (Segraves y Balon, 2003). Los efectos también dependen del medio de administración, ya sea que la cocaína se inhale, fume o inyecte. Los efectos más negativos sobre el funcionamiento sexual ocurren entre aquellos que regularmente se inyectan la droga (MacDonald *et al.*, 1988).

En algunos estudios, las drogas estimulantes, en particular las *anfetaminas*, se asocian con un aumento en el deseo sexual y mejor control del orgasmo (Segraves y Balon, 2003). La inyección de anfetaminas provoca una sensación física que algunos describen como un orgasmo de todo el cuerpo. Pero en algunos casos el orgasmo se vuelve difícil o imposible cuando se usan anfetaminas.

Los *cristales de metaanfetamina* (“hielo”) son la droga recreativa más popular y novedosa. Esta droga es fuente importante de preocupación porque, cuando la gente se droga con ella, tiene una tendencia a realizar comportamientos sexuales de riesgo (Semple *et al.*, 2004; Urbina y Jones, 2004; Wohl *et al.*, 2002). Un estudio con adultos heterosexuales, VIH negativos y que utilizaban metaanfetaminas, indicó que, a lo largo de un periodo de dos meses, tuvieron un promedio de 22 actos de sexo vaginal sin protección y 9 parejas sexuales diferentes (Semple *et al.*, 2004). Los cristales de metaanfetamina también pueden conducir a paranoia, alucinaciones y conducta violenta (Brecht *et al.*, 2004). No podemos recomendarla.

Los *opiáceos* o narcóticos, como la morfina, heroína y metadona, tienen fuertes efectos de supresión sobre el deseo y la respuesta sexual (Segraves y Balon, 2003). En particular, el uso a largo plazo de la heroína conduce a una disminución en los niveles de testosterona en los hombres.

Fármacos de venta restringida

El cuadro 19.1 proporciona una lista parcial de fármacos de venta restringida que pueden afectar la respuesta sexual.

Algunos *medicamentos psiquiátricos* —es decir, fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos psicológicos— pueden afectar el funcionamiento

¹ Algunas personas denominan “pito borracho” a los problemas de erección resultantes.

Figura 19.2 El alcohol y la cocaína son drogas recreativas populares que muchas personas piensan que mejoran la experiencia sexual. Sin embargo, la investigación muestra que los altos niveles de alcohol suprimen la excitación sexual y el uso repetido de cocaína se asocia con pérdida del deseo sexual, trastornos del orgasmo y problemas de erección.



a)



b)

sexual (Segraves y Balon, 2003). En general, estas sustancias tienen efectos psicológicos benéficos porque alteran el funcionamiento del sistema nervioso central. Pero, a su vez, estas alteraciones del SNC afectan el funcionamiento sexual. Por ejemplo, los fármacos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia pueden causar demora en el orgasmo u “orgasmo seco” en los hombres; es decir, orgasmo sin eyaculación. Es frecuente que los tranquilizantes y los antidepresivos mejoren la respuesta sexual como resultado de mejorar el estado mental de la persona. Sin embargo, también pueden tener efectos negativos. Por ejemplo, algunos de los antidepresivos se asocian con problemas tanto en la excitación como en la demora del orgasmo en hombres y mujeres. Unos cuantos antidepresivos —de manera más notable el bupropion (Wellbutrin)— tienen pocos efectos secundarios sobre la sexualidad y se están volviendo populares por esa misma razón.

La lista de otros fármacos de venta restringida que pueden afectar el funcionamiento sexual es larga, de modo que solamente mencionaremos dos ejemplos. Los antihistamínicos pueden reducir la lubricación vaginal. Algunos de los medicamentos antihipertensivos (utilizados para tratar la presión arterial elevada) pueden causar problemas de erección en los hombres (Segraves

y Balon, 2003). La mayoría de las investigaciones con antihipertensivos se ha realizado con hombres, de modo que tenemos menos conocimientos sobre estos efectos en las mujeres, aunque entre las mujeres que utilizan estos medicamentos se han informado problemas sexuales. Algunos de los fármacos empleados para el tratamiento de la epilepsia parecen causar problemas de erección y disminución del deseo sexual, aunque la epilepsia en sí también parece asociarse con trastornos sexuales.

Causas psicológicas

Causas psicológicas inmediatas

Las fuentes psicológicas de los trastornos sexuales incluyen causas inmediatas y aprendizaje previo. El **aprendizaje previo** se refiere a las cosas que las personas han aprendido antes —por ejemplo, en la infancia— y que ahora inhiben su respuesta sexual. Las **causas inmediatas** son diversas cosas que suceden en el acto mismo de hacer el amor y que inhiben la respuesta sexual.

Aprendizaje previo: cosas que las personas han aprendido antes —por ejemplo en la infancia— y que ahora afectan su respuesta sexual.

Causas inmediatas: diversos factores que ocurren en el acto de hacer el amor y que inhiben la respuesta sexual.

Los siguientes cuatro factores se han identificado como causas psicológicas inmediatas de los trastornos sexuales: (1) ansiedades como temor al fracaso, (2) interferencia cognitiva, (3) incapacidad de los miembros de la pareja para comunicarse y (4) incapacidad para participar en comportamiento efectivo y sexualmente estimulante.

Masters y Johnson expresaron la teoría de que la *ansiedad* durante el coito puede ser una fuente de trastornos sexuales. La ansiedad puede ser causada por el temor al fracaso; es decir, el temor a ser incapaz de tener un desempeño adecuado. Pero la ansiedad misma puede bloquear la respuesta sexual en algunas personas. Con frecuencia, la ansiedad puede crear el círculo vicioso de una profecía autocumplida en la que el temor al fracaso produce un fracaso, que

a su vez provoca mayor temor, el cual produce otro fracaso, y así sucesivamente. Por ejemplo, es posible que un hombre tenga un episodio de disfunción eréctil, quizás por haber bebido demasiado en una fiesta. En la siguiente ocasión en que tiene sexo, se pregunta ansiosamente si “fallará” de

nuevo. Su ansiedad es tan grande que no puede tener una erección. En este momento, se convence de que la situación es permanente y toda la actividad sexual futura está marcada por un temor tan intenso al fracaso que el resultado es un trastorno de la erección. La profecía se ha cumplido.

La **interferencia cognitiva** es la segunda causa inmediata de trastornos sexuales. Se refiere a los pensamientos que distraen a la persona de enfocarse en la experiencia erótica. Básicamente el problema tiene que ver con la atención y con el hecho de si la persona está centrando su atención en pensamientos eróticos o en pensamientos distractores (¿Esta técnica será suficientemente buena para complacerla? ¿Mi cuerpo es suficientemente hermoso como para excitarlo?). El **rol de espectador**, un término acuñado por Masters y Johnson, es un tipo de interferencia cognitiva. La persona se comporta como un espectador o juez de su propio “desempeño” sexual. Las personas que hacen esto se alejan constantemente (en sentido mental) del acto sexual en el que están participando, para evaluar su desempeño y hacen comentarios mentales como “buen trabajo” o “lo estoy haciendo muy mal” o “podría mejorarlo”. Estas ideas sobre la importancia de la cognición en el trastorno sexual se derivan de las teorías cognitivas de la respuesta sexual que se analizan en los capítulos 2 y 9.

El investigador sexual David Barlow (1986) llevó a cabo una refinada serie de experimentos para evaluar las maneras en que la ansiedad y la interferencia cognitiva afectan el funcionamiento sexual. Estudió a hombres que funcionaban bien en sentido sexual y a hombres con trastornos sexuales, en particular, trastor-

nos de la erección. Llamaremos a estos grupos *funcionales* y *disfuncionales*. Este investigador encontró que los funcionales y disfuncionales respondían de modo muy diferente a los estímulos en las situaciones sexuales. Por ejemplo, la ansiedad (inducida por la amenaza de recibir un choque eléctrico) *umentaba* la excitación de los hombres funcionales, pero *disminuía* la excitación de los disfuncionales mientras veían películas eróticas. Las demandas relacionadas con el desempeño (p. ej., que el experimentador le dijera al participante de la investigación que debía tener una erección o recibiría un choque) aumenta la excitación de los funcionales, pero distrae (crea interferencia cognitiva) y disminuye la excitación, de los disfuncionales. Cuando se utilizan autoinformes de la excitación así como medidas fisiológicas de la misma (calibrador de la tensión peniana), los hombres disfuncionales subestiman de manera consistente su excitación física, mientras que los hombres funcionales son precisos en sus informes.

A partir de estos resultados de laboratorio, Barlow construyó un modelo que describe la manera en que la ansiedad y la interferencia cognitiva actúan en conjunto para producir los trastornos sexuales como el trastorno eréctil (véase figura 19.3). Cuando los disfuncionales están en una situación sexual, existe una demanda de desempeño. Esto causa que sientan emociones negativas como ansiedad. Entonces experimentan interferencia cognitiva y enfocan su atención en pensamientos no eróticos, como pensar qué horrible será cuando no tengan una erección. Esto aumenta la excitación de su sistema nervioso autónomo. Para ellos, esto se siente como ansiedad, mientras que una persona funcional la experimentaría como excitación sexual. Para los disfuncionales, la ansiedad crea mayor interferencia cognitiva y, finalmente, el desempeño sexual es disfuncional: no logran tener una erección. Esto los conduce a evitar encuentros sexuales futuros o, cuando se encuentran en uno, a experimentar sentimientos negativos, y el círculo vicioso se repite.

Este análisis es perspicaz y se sustenta en numerosos experimentos bien controlados. No obstante, no nos dice cómo es que los disfuncionales empezaron a presentar este patrón. Quizá la explicación tenga que ver con el aprendizaje previo (véase después).

También es importante señalar que la ansiedad causa problemas sexuales sólo en algunos hombres (los disfuncionales). Para la mayoría de los hombres, que tienen un funcionamiento sexual adecuado, la ansiedad no perjudica la respuesta sexual. Lo mismo es cierto en el caso de las mujeres (Elliott y O'Donohue, 1997).

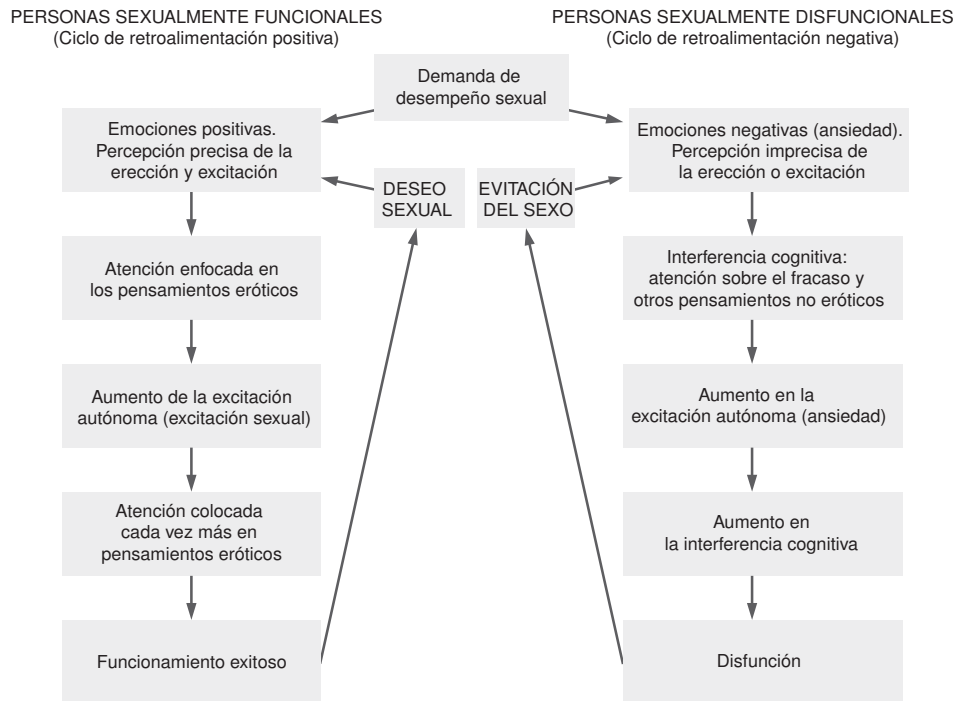
En tercer lugar, la *incapacidad para comunicarse* es una de las causas inmediatas más importantes de los trastornos sexuales. Muchas personas esperan que sus parejas tengan percepción extrasensorial en cuanto a sus propias necesidades sexuales. Usted es el principal experto en el campo de lo que le agrada a usted y su pareja nunca sabrá qué le resulta excitante, a menos que usted se lo haga saber, ya sea de manera verbal o

Interferencia cognitiva:

pensamientos negativos que distraen a la persona de enfocarse en la experiencia erótica.

Rol de espectador: término de Masters y Johnson para el hecho de observar o juzgar la propia conducta sexual; la hipótesis es que esto contribuye a los trastornos sexuales.

Figura 19.3 Este modelo muestra la manera en que la ansiedad y la interferencia cognitiva pueden producir una disfunción eréctil y otros trastornos sexuales (Barlow, 1986).



no verbal. Pero muchas personas no comunican sus deseos sexuales. Por ejemplo, es posible que una mujer que necesita gran cantidad de estimulación del clítoris para tener un orgasmo nunca le diga esto a su pareja; como resultado, no obtiene la estimulación necesaria y, en consecuencia, no tiene un orgasmo.

Una cuarta causa inmediata de los trastornos sexuales es una *incapacidad para participar en comportamiento efectivo y sexualmente estimulante*. Con frecuencia, esto es resultado de simple ignorancia. Por ejemplo, es posible que algunas parejas acudan a terapia sexual debido a que la esposa es incapaz de tener orgasmos; el terapeuta descubre en poco tiempo que ni el marido ni la esposa conocen la localización del clítoris, mucho menos su fantástico potencial erótico. A menudo tales casos pueden remediarse con técnicas educativas sencillas.

Aprendizaje previo

Otra categoría principal de fuentes psicológicas de los trastornos sexuales es el *aprendizaje previo*. Esta categoría incluye diversas cosas que hemos aprendido o experimentado en la infancia, adolescencia o, incluso, en la adultez.

En algunos casos de trastornos sexuales, el primer acto sexual de la persona fue traumático. Un ejemplo sería el del joven que no pudo tener una erección la primera vez que intentó tener coito y cuya pareja se rió

de él. Tal experiencia determina el escenario para un trastorno futuro de la erección.

Las conductas seductoras de los padres y el abuso sexual infantil cometido por los padres u otros adultos son las experiencias traumáticas tempranas más graves que conducen a trastornos sexuales posteriores. Con frecuencia, las mujeres que buscan terapia para problemas relacionados con el deseo, excitación o aversión sexual informan antecedentes de abuso sexual (Leonard y Follette, 2002). Los hallazgos son similares para los hombres que tienen problemas de deseo o excitación (Loeb *et al.*, 2002; McCarthy, 1990).

En algunos otros casos de trastornos sexuales, la persona se crió en una familia religiosa muy estricta y se le enseñó que el sexo es sucio y pecaminoso. Es posible que dicha persona haya crecido pensando que el sexo no es placentero, que debería pasarse por él de la manera más rápida posible y que su propósito es únicamente la procreación. Tal aprendizaje inhibe el disfrute de una respuesta sexual plena; de hecho, para utilizar la terminología de Byrne (capítulo 8), esto puede crear una personalidad erotofóbica.

Otra fuente de trastornos que se originan en la familia ocurre cuando los padres castigan severamente a los niños por actividades sexuales como la masturbación. Un ejemplo es la niña a la que descubren masturbándose y a quien se castiga de manera severa y se le dice que nunca se vuelva a "tocar" de nuevo; en la adultez,

descubre que no puede tener orgasmo por medio de la masturbación o como resultado de la estimulación manual de su pareja.

Los padres que enseñan a sus hijos el doble estándar pueden estar contribuyendo a los trastornos sexuales, en particular de sus hijas. En las mujeres cuya respuesta sexual está inhibida en la adultez es frecuente que, cuando niñas, se les haya enseñado que una dama no se interesa en el sexo o lo disfruta.

Factores emocionales

Aunque los investigadores y terapeutas se han enfocado principalmente en las cogniciones, como los pensamientos negativos o distractores, como fuentes psicológicas de los trastornos sexuales, las emociones también pueden representar un papel y ahora se les está investigando. Por ejemplo, la depresión se asocia con trastorno de la erección y otros trastornos sexuales (Araujo *et al.*, 1998; Frohlich y Meston, 2002). Las emociones como el enojo y la tristeza pueden interferir con la respuesta sexual (Araujo *et al.*, 2000). Como vimos antes, la ansiedad puede ser un poderoso impedimento para el funcionamiento sexual.

Factores conductuales o de estilo de vida

El tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad se asocian con tasas mayores de trastornos sexuales y todos implican conducta (Derby *et al.*, 2000; Segraves y Balon, 2003). Como tales, tienen gran potencial de modificarse. Un estudio sobre hombres de mediana edad y mayores mostró que el ejercicio físico regular reducía el riesgo de trastorno eréctil (Derby *et al.*, 2000).

Factores cognitivos y fisiológicos combinados

En el capítulo 13 discutimos los dos componentes de la teoría del amor, que sustenta que experimentamos amor cuando están presentes dos condiciones: la excitación fisiológica y una etiqueta cognitiva de "amor" vinculada a dicha excitación (Berscheid y Walster, 1974). También se ha propuesto un modelo cognitivo-fisiológico análogo para el funcionamiento y la disfunción sexuales (Palace, 1995a, 1995b). Según este modelo, funcionamos bien en términos sexuales cuando estamos excitados fisiológicamente e interpretamos eso como excitación sexual (en lugar de otra cosa, como nerviosismo). Como vimos en la investigación de Barlow, las personas con trastornos sexuales tienden a interpretar esa excitación como ansiedad. Además, los procesos fisiológicos y las interpretaciones cognitivas forman un ciclo de retroalimentación (véase discusión de las teorías cognitivas en el capítulo 2). Es decir, interpretar que la excitación es sexual, aumenta adicionalmente la propia excitación.

En un inteligente experimento basado en este modelo, en un ambiente de laboratorio se expuso a mujeres con trastornos sexuales a una película de miedo, que aumentaba su excitación autónoma general (Palace, 1995b). Después se les mostró un breve

video erótico y se les proporcionó retroalimentación (de hecho, falsa) acerca de que sus genitales habían mostrado una fuerte respuesta de excitación ante él. Esta retroalimentación creó una interpretación cognitiva para la manera en que se estaban sintiendo. La combinación de la excitación autónoma general y la creencia de que estaban respondiendo con fuerte excitación sexual, condujo a estas mujeres, en comparación con un grupo control, a mayores respuestas de excitación vaginal y a más informes subjetivos de excitación en sesiones subsecuentes. Esta demostración de la efectividad de los factores fisiológicos y cognitivos combinados es muy sorprendente porque las mujeres comenzaron con problemas de respuesta sexual.

Factores interpersonales

Las perturbaciones en una relación de pareja son otra de las causas más importantes de los trastornos sexuales (Althof *et al.*, 2004). El enojo y el resentimiento hacia la pareja no crean un ambiente óptimo para el disfrute sexual. El sexo también puede utilizarse como un arma para dañar a la pareja; por ejemplo, una mujer puede lastimar a su marido negándose a participar en conducta sexual cuando él lo desea. Los conflictos de poder pueden contribuir a los problemas sexuales.

Los problemas de intimidad en una relación pueden ser un factor en los trastornos sexuales. De manera típica, estos problemas representan una combinación de factores psicológicos individuales y problemas de relación. Algunos individuos temen a la intimidad; es decir, a la cercanía emocional profunda de otra persona (Kaplan, 1979). De hecho, algunas personas parecen disfrutar del sexo, pero temen a la intimidad. Preferirían ver televisión o hablar sobre el clima o tener sexo que participar en una conversación verdaderamente íntima, vulnerable en sentido emocional y de confianza con otra persona. Es típico que estas personas progresen en la relación de noviazgo hasta cierto grado de cercanía y después pierdan interés. Este patrón se repite con parejas sucesivas. El temor a la intimidad puede ser un resultado de relaciones íntimas negativas o decepcionantes, en particular con los padres, durante la temprana infancia. El temor a la intimidad provoca que una persona se aleje de una relación sexual antes de que se vuelva verdaderamente satisfactoria.

Terapias para los trastornos sexuales

Existe una variedad de terapias para los trastornos sexuales que dependen, cada una de ellas, de una diferente comprensión teórica acerca de la causa de los trastornos. A continuación examinaremos cuatro de las principales categorías de terapias: terapia conductual, terapia cognitiva-conductual, terapia de pareja y las terapias biomédicas.

Terapia conductual

La **terapia conductual** tiene sus orígenes en el conductismo y en la teoría del aprendizaje. La suposición básica es que los problemas sexuales son resultado del aprendizaje previo (como discutimos antes) y que se mantienen por reforzamientos y castigos continuos (causas inmediatas). De esto se deduce que tales comportamientos problemáticos pueden desaprenderse a través de nuevo condicionamiento. Una de las técnicas clave es la desensibilización sistemática en la que se conduce de manera gradual al paciente a través de ejercicios que reducen la ansiedad.

En 1970, Masters y Johnson informaron sobre el desarrollo de un nuevo conjunto de técnicas para la terapia sexual e introdujeron una nueva era en este tipo de terapia. Operaban desde un modelo de terapia conductual porque consideraban que los trastornos sexuales son comportamientos aprendidos en lugar de síntomas de enfermedad psiquiátrica. Si los trastornos sexuales son resultado del aprendizaje, pueden desaprenderse. Masters y Johnson emplearon un programa rápido de dos semanas de terapia intensiva que consistía principalmente de discusión y de ejercicios conductuales específicos, o “tareas en casa”. Utilizaron un equipo de terapia de hombre y mujer para tratar a parejas heterosexuales, de modo que cada miembro de la pareja tuviese un terapeuta de su propio género y no se sintiera superado en número.

Una de las metas básicas de la terapia de Masters y Johnson era eliminar el desempeño sexual orientado a metas. Muchos clientes creen que en el sexo deben tener un desempeño y alcanzar ciertas cosas. Si el sexo es una situación de logro, también puede volverse escenario de fracaso y los fracasos percibidos conducen a las personas a creer que tienen un problema sexual. La forma de interferencia cognitiva conocida como *rol de espectador* (que se discutió antes) contribuye a este problema porque genera ansiedad y otros sentimientos desagradables. La idea es utilizar técnicas terapéuticas para reducir la ansiedad.

En una técnica que diseñaron Masters y Johnson para eliminar la actitud orientada a metas en cuanto al sexo, a la pareja se le prohíbe tener coito hasta que lo permitan específicamente los terapeutas. Se les asignan **ejercicios de enfoque en la sensación** que reducen las demandas sobre ellos. A medida que la pareja ejecuta con éxito cada uno de estos ejercicios, se aumenta de manera gradual el componente sexual de los ejercicios subsecuentes. La pareja se anota una serie de éxitos hasta que, en un momento dado, están teniendo coito y el trastorno ha desaparecido.

Los ejercicios de enfoque en la sensación se basan en el concepto de que tocar y ser tocado son formas importantes de expresión sexual y que el tacto también es una forma importante de comunicación: por ejemplo, un roce puede expresar afecto, deseo, comprensión o falta de interés. En los ejercicios, uno de los miembros de la pareja representa el rol de “dador”

(toca y acaricia al otro), mientras que la otra persona representa el rol de “receptor” (es tocado por el otro). Se instruye al miembro dador de la pareja a que toque o acaricie al otro, mientras que se instruye al receptor que comunique al dador qué le resulta más agradable. De esta forma, el ejercicio fomenta la comunicación. Los miembros de la pareja intercambian roles después de cierto periodo. En los primeros ejercicios, el dador no debe acariciar los genitales o senos, pero puede tocar cualquier otra área. A medida que la pareja progresa a través de los ejercicios, se les instruye a que comiencen a tocar los genitales y senos. Estos ejercicios también alientan a los miembros a enfocar su atención o concentrarse en los placeres sensuales que están recibiendo. La respuesta sexual de muchas personas se embota debido a que están distraídas; están pensando en cómo resolver un problema económico familiar o están desempeñando el rol de espectadores de su propio desempeño. Para utilizar la terminología de Barlow, son víctimas de interferencia cognitiva. Los ejercicios de enfoque en la sensación entrenan a las personas a concentrarse únicamente en su experiencia sexual, con lo cual aumentan el placer derivado de ella.

Además de estos ejercicios, Masters y Johnson proporcionaban educación simple. La pareja recibe clases de anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos. Por ejemplo, algunas parejas no tienen idea de qué es el clítoris y dónde está. Estas instrucciones también pueden aclarar malos entendidos que cualquiera de los miembros de la pareja pudiera haber tenido desde la infancia. Por ejemplo, es posible que a un hombre con trastorno eréctil se le haya dicho cuando niño que los hombres sólo pueden tener una cantidad determinada de orgasmos en su vida. A medida que se acerca a la mediana edad, comienza a preocuparse de si habrá utilizado casi todos sus orgasmos, lo cual crea el trastorno eréctil. Es importante que tales hombres aprendan que la naturaleza no tiene una cuota impuesta sobre ellos.

Masters y Johnson obtuvieron datos sobre las tasas de éxito y fracaso de su terapia. En su libro *Human Sexual Inadequacy* informaron sobre el tratamiento de 790 personas. De estas, 142 todavía tenían un trastorno al final del programa terapéutico de dos semanas. Esto se traduce en una tasa de fracaso del 18 por ciento, o una *tasa de éxito del 82 por ciento*. Aunque la tasa de fracaso fue cercana al 18 por ciento para la mayoría de los trastornos, hubo dos excepciones: la terapia de la eyaculación precoz, que tuvo una tasa de fracaso muy baja (2.2 por ciento) y la terapia para el trastorno eréctil primario, que tuvo una elevada tasa de fracaso (40.6

Terapia conductual: sistema de terapia basado en la teoría del aprendizaje, en el que la atención se coloca sobre el comportamiento problemático y la manera de modificarlo o cambiarlo.
Ejercicio de enfoque en la sensación: parte de la terapia sexual desarrollada por Masters y Johnson en la que un miembro de la pareja acaricia al otro, el otro comunica lo que es placentero y no se hacen demandas en cuanto al desempeño.

Terapia cognitiva conductual: forma de terapia que combina la terapia conductual y la reestructuración de los patrones de pensamiento negativo.

por ciento). Es decir, la eyacuación precoz fue bastante fácil de curar y el trastorno eréctil primario fue muy difícil. Otra investigación muestra que las habilidades de comunicación de las parejas mejoraron de

manera significativa durante el tratamiento (Tullman *et al.*, 1981). La tasa de éxito de Masters y Johnson es impresionante, aunque sus resultados se han puesto en duda, como veremos después en este capítulo.

En el desarrollo inicial de las técnicas de terapia de Masters y Johnson, todas las parejas eran heterosexuales. Posteriormente utilizaron las mismas técnicas para el tratamiento de los trastornos sexuales en parejas gay y lésbicas, con una tasa de éxito comparable (Masters y Johnson, 1979; véase también McWhirter y Mattison, 1980).

Terapia cognitiva conductual

Como discutimos en el capítulo 2, las teorías cognitivas son cada vez más importantes en psicología. Equivalente a esta importancia cada vez mayor en la teoría, los abordajes cognitivos en psicoterapia también se están volviendo importantes. Actualmente, muchos terapeutas sexuales utilizan una combinación de los ejercicios conductuales, cuyos pioneros fueron Masters y Johnson, junto con terapia cognitiva (Heiman, 2002b). A esto se le denomina **terapia cognitiva conductual**.

La *reestructuración cognitiva* es una técnica importante en el enfoque cognitivo de la terapia sexual (Wincze y Carey, 1991). En la reestructuración cognitiva, en esencia el terapeuta ayuda al paciente a reestructurar sus patrones de pensamiento, ayudándole a volverse más positivo (por ejemplo, véase el Tema central 19.1). En una forma de reestructuración cognitiva, el terapeuta desafía las actitudes negativas del paciente. Estas posturas pueden ser tan generales como las actitudes negativas y de desconfianza de una mujer hacia todos los hombres, o tan específicas como las actitudes negativas de un hombre hacia la masturbación. Al paciente se le ayuda a moldearlas de nuevo en actitudes más positivas.

Antes en este capítulo señalamos que la interferencia cognitiva es una de las causas inmediatas de los trastornos sexuales. Exactamente ese es el tipo de problema que el terapeuta cognitivo conductual atiende. La idea general es reducir la presencia de pensamientos que interfieren durante el sexo. Primero, el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar la presencia de tales pensamientos. A continuación, el terapeuta sugiere técnicas para reducir estos pensamientos, en general mediante reemplazarlos con pensamientos eróticos; quizá al enfocar la atención sobre una parte específica del propio cuerpo y cómo está respondiendo con excitación o tal vez teniendo una fantasía erótica. Se expulsan los malos pensamientos, que se sustituyen con buenos pensamientos.

Figura 19.4 Raymond Rosen, un experto en el tratamiento de los trastornos sexuales con fármacos como el Viagra y con técnicas psicológicas como la terapia cognitiva conductual (Robert Wood Johnson Medical School, Nueva Jersey).



Terapia de pareja

Como señalamos antes, una causa importante de los trastornos sexuales son las dificultades interpersonales. De acuerdo con ello, algunos terapeutas sexuales emplean la terapia de pareja como una parte del tratamiento. Este abordaje se basa en la suposición de que existe una relación recíproca entre el conflicto interpersonal y los problemas sexuales. Dichos problemas sexuales pueden provocar conflictos y los conflictos pueden provocar problemas sexuales. En la terapia de pareja se trata la relación misma, con la meta de reducir el antagonismo y las tensiones entre los miembros. A medida que mejora la relación, debería reducirse el problema sexual.

Para ciertos trastornos y para ciertas parejas, los terapeutas pueden utilizar una combinación de terapia cognitiva conductual y terapia de pareja. Por ejemplo, los terapeutas sexuales Raymond Rosen, Sandra Leiblum e Ilana Spector utilizan un modelo de cinco partes para el tratamiento de los varones con trastorno de la erección (Rosen, Leiblum y Spector, 1994):

1. *Reducción de la ansiedad sexual y del desempeño.* Con frecuencia, los hombres con trastorno eréctil tienen gran cantidad de ansiedad en cuanto a su desempeño. Esto puede tratarse utilizando técnicas como los ejercicios de enfoque en la sensación que se analizaron antes en este capítulo.
2. *Educación e intervención cognitiva.* A menudo, los hombres con trastorno eréctil carecen de información sexual y tienen expectativas poco realistas acerca del desempeño y la satisfacción sexuales. Por ejemplo, es posible que los hombres mayores no estén conscientes de los efectos naturales del envejecimiento sobre la

Tema central 19.1

Un caso de deseo sexual bajo

El señor y la señora Brown tenían entre 30 y 35 años, con antecedentes de clase media y educación universitaria; habían estado casados durante cuatro años cuando ingresaron a terapia. El motivo de la consulta era este: el señor Brown nunca iniciaba el contacto sexual y rara vez parecía interesado en el sexo. Habían tenido coito sólo una vez durante los últimos siete meses. Nunca experimentaba dificultades de erección. Expresaba amar a su esposa y negaba tener interés en otras mujeres.

La señora Brown expresó una imagen igualmente positiva de su matrimonio cuando se le entrevistó por separado. Amaba mucho a su marido, estaba interesada en el sexo y lo disfrutaba, no tenía interés en otros hombres y no podía identificar ningún problema en su relación, excepto la falta de interés sexual de su marido. Sentía que esta falta de interés sexual probablemente era resultado de los antecedentes religiosos estrictos de su esposo. Cuando intentaba actuar de manera sexy, como vistiendo ropa interior erótica, el señor Brown se reía y la desalentaba. En la actualidad, decía que simplemente se había cerrado a la posibilidad y ya no se tomaba la molestia de pensar más en el sexo. Le preocupaba esto porque deseaba embarazarse.

Una valoración de un urólogo no reveló factores médicos que pudiesen explicar el poco deseo del señor Brown. Sin embargo, la entrevista con él reveló algunos factores que podrían contribuir a su falta de iniciativa sexual y bajo deseo. Aunque la crianza religiosa del señor Brown no afectaba su interés general en el sexo, sí parecía haber una dicotomía en su pensamiento en cuanto a las “chicas buenas” y las “chicas malas”. Antes de casarse, había tenido algunas experiencias sexuales muy excitantes con varias mujeres. En sus propias palabras, si las mujeres eran muy “vulgares” y sexualmente demandantes, se sentía muy excitado. Por otro lado, si una mujer era “decente” y merecedora de respeto, le resultaba muy difícil excitarse. Su esposa era muy atractiva, pero muy virtuosa; esta imagen de virtud parecía contribuir a su actitud restringida en cuanto al sexo.

Se encontraron otros factores posibles. La señora Brown solía iniciar el sexo, pero durante los últimos dos años había dejado la responsabilidad en el señor Brown. Lo que es más, el señor Brown nunca utilizaba las fantasías sexuales para aumentar su excitación y no se exponía a materiales eróticos. Por último, el señor

Brown dijo que se acercaba a su esposa en búsqueda de sexo sólo si se sentía plenamente excitado. No se le había ocurrido que la excitación podría ocurrir como un subproducto de la actividad sexual.

Todos estos posibles factores etiológicos (causales) se discutieron con el señor y la señora Brown. Se alentó al matrimonio Brown a hacer el intento de utilizar el enfoque en las sensaciones, donde el señor Brown tomara la iniciativa. Se le recordó que *no* tenía que sentirse excitado sexualmente para empezar. Tenía grandes problemas para iniciar cualquier tipo de actividad física; de hecho, después de que no pudo ser el iniciador durante las prácticas en casa, reveló en terapia que *nunca* había iniciado contacto con ninguna mujer. Al no iniciar la interacción, nunca se arriesgaba al rechazo. También tenía dificultad para expresar sus emociones y hacerlo le parecía poco varonil. Estos temas se discutieron a profundidad, centrando la atención en las cogniciones del señor Brown y alentándolo a continuar iniciando las sesiones de enfoque en la sensación.

Se alentó a la señora Brown a expresar sus sentimientos sexuales tanto en su vestuario como en sus acciones, mientras que al señor Brown se le alentó a esforzarse para aceptar la sexualidad de su esposa. La reestructuración cognitiva con el señor Brown se enfocó en sus antiguas creencias en cuanto a las mujeres y la expresión sexual, en especial en cuanto a su relación con la conducta sexual de su esposa.

También se alentó al señor Brown a practicar la integración de pensamientos eróticos dentro de su vida. Se le dio como tarea la lectura de pasajes eróticos y disfrutar de los materiales sexuales que viera en televisión, en lugar de alejarse de ellos.

A lo largo de 10 meses se realizaron 15 sesiones de terapia, durante las cuales la pareja experimentó un cambio muy positivo en su relación sexual. El señor Brown se volvió mucho más expresivo en un sentido emocional y se sintió cómodo con iniciar los contactos sexuales. Al final de la terapia, la pareja estaba teniendo coito aproximadamente una vez por semana y ambos miembros estaban satisfechos con esta frecuencia. Ambos asumieron la misma responsabilidad en cuanto a iniciar el sexo.

Fuente: Wincze y Carey (1991), pp. 174-175.

respuesta sexual del varón. Las intervenciones cognitivas pueden ayudar al hombre a superar el pensamiento de “todo o nada”, es decir, la creencia de que si cualquier aspecto del desempeño sexual no es perfecto, toda la interacción es un desastre. Un ejemplo es la creencia de que “fallé sexualmente porque mi erección no fue 100 por ciento rígida”.

3. *Evaluación y modificación del guión.* El hombre con trastorno eréctil y su pareja tienen un guión sexual que actúan juntos. Es típico que las personas con trastornos sexuales tengan un guión restringido, repetitivo e inflexible y que utilicen un pequeño número de técnicas que nunca cambian. La novedad es uno de los principales factores de la excitación, de modo que la terapia se diseña para ayudar a la pareja a salirse de su guión restringido.
4. *Solución de conflictos y mejoría de la relación.* Como hemos discutido, los conflictos en la relación de pareja pueden conducir a trastornos sexuales. En la terapia, estos conflictos se identifican y la pareja puede esforzarse en resolverlos.
5. *Capacitación para la prevención de recaídas.* En ocasiones, ocurre una recaída —un regreso del trastorno— después de concluir la terapia. Los terapeutas han desarrollado técnicas para ayudar a las parejas a evitar o lidiar con tales

recaídas. Por ejemplo, se les dice que realicen sesiones de enfoque en la sensación cuando menos una vez por mes.

Nótese que la parte 1 representa las técnicas terapéuticas iniciadas por Masters y Johnson; las partes 2 y 3 son técnicas de terapia cognitiva, y la parte 4 es terapia de pareja. En la actualidad, los terapeutas sexuales más hábiles emplean técnicas combinadas o integradas como estas, diseñadas para el trastorno y situación específicos de la pareja.

Tratamientos específicos para problemas específicos

Se han desarrollado algunas técnicas muy específicas para el tratamiento de ciertos trastornos sexuales.

Técnica de parada-arranque

La técnica de parada-arranque se utiliza en el tratamiento de la eyaculación precoz (véase figura 19.5). La mujer utiliza su mano para estimular al hombre hasta alcanzar la erección. Después detiene la estimulación. Gradualmente él pierde la erección y ella reanuda la estimulación, hasta que él logra otra erección; ella se detiene y así sucesivamente. El hombre aprende que puede tener una erección y estar sumamente excitado sin tener un orgasmo. Al utilizar esta técnica, la pareja puede extender su jugueteo sexual de 15 a 20 minutos y el hombre adquiere control sobre su orgasmo. Otra

Figura 19.5 La técnica de parada-arranque para el tratamiento de la eyaculación precoz y la posición de la pareja mientras utiliza esta técnica.



versión de este método es la técnica de exprimido, en la que la mujer añade un exprimido alrededor de la protuberancia de la corona, lo cual también detiene el orgasmo.

Masturbación

La forma más efectiva de terapia para las mujeres que tienen trastorno orgásmico primario es un programa de masturbación dirigida (LoPiccolo y Stock, 1986; Meston *et al.*, 2004). Los datos indican que la masturbación es la técnica con mayor probabilidad de producir orgasmo en la mujer; por ende, es un tratamiento lógico para las mujeres que tienen problemas con el orgasmo, muchas de las cuales nunca se han masturbado. En ocasiones, la masturbación también se recomienda como terapia para los hombres (Zilbergeld, 1992).

Ejercicios de Kegel

Una técnica que se utiliza con las mujeres son los **ejercicios de Kegel**, nombrados así por el médico que los inventó (Kegel, 1952). Están diseñados para ejercitar y fortalecer el *músculo pubococcígeo*, o músculo PC, que recorre los lados de la entrada de la vagina (véase figura 4.8 en el capítulo 4). Los ejercicios son particularmente útiles para las mujeres en las que el músculo se ha distendido por el parto y para aquellas que simplemente tienen menor tono en ese músculo. Primero, a la mujer se le instruye que encuentre el músculo PC sentándose en un retrete con las piernas abiertas y que comience a orinar, deteniendo el flujo de orina de manera voluntaria. El músculo que detiene la micción es el músculo PC. Después de eso, se le dice a la mujer que contraiga el músculo 10 veces durante cada una de seis sesiones por día. Gradualmente puede llegar a un número mayor.² El efecto más importante de estos ejercicios es que parecen aumentar el placer sexual de la mujer al incrementar la sensibilidad en el área vaginal (Messe y Geer, 1985). También permiten que la mujer estimule a su pareja porque su vagina puede ejercer una mayor presión sobre el pene, y también son una cura para las mujeres que tienen problemas de micción involuntaria durante el orgasmo. Los ejercicios de Kegel también se utilizan ocasionalmente en los hombres.

Biblioterapia

La **biblioterapia** se refiere simplemente al uso de libros de autoayuda para tratar un trastorno. La investigación muestra que la biblioterapia es efectiva para los trastornos del orgasmo en las mujeres (Van Lankveld, 1998). El libro de Julia Heiman, *Becoming Orgasmic: A Sexual Growth Program for Women* (1976: Adquisición del orgasmo: un programa de crecimiento sexual para las mujeres) se ha utilizado ampliamente para este

²Las estudiantes deberían reconocer las emocionantes posibilidades de realizar estos ejercicios. Por ejemplo, son un buen modo de divertirse en medio de una clase aburrida y nadie sabrá nunca que los está haciendo.

propósito. También se ha mostrado que la biblioterapia es efectiva para las parejas que tienen una combinación de trastornos sexuales, tanto en hombres como en mujeres (Van Lankveld *et al.*, 2001).

Terapias biomédicas

En el último decenio, ha habido un reconocimiento cada vez mayor de las bases biológicas de algunos trastornos sexuales. Consistente con este énfasis, han ocurrido muchos avances en los tratamientos médicos y farmacológicos e incluso en los tratamientos quirúrgicos.

Tratamientos farmacológicos

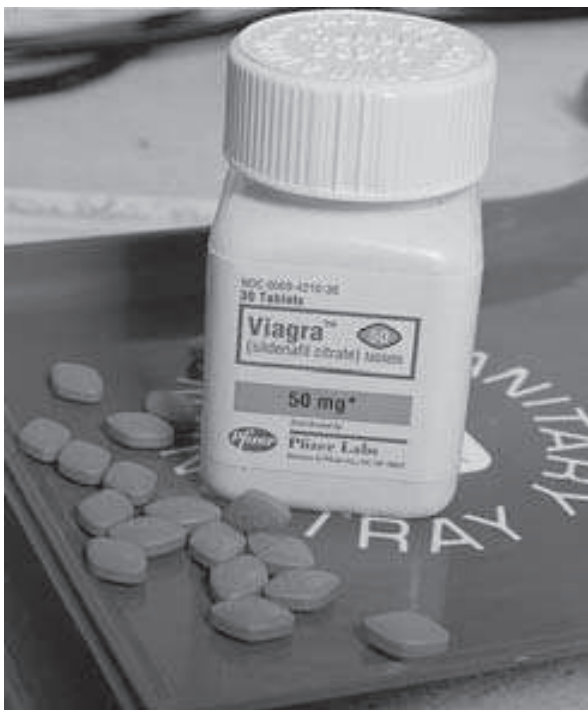
Se han hecho muchos avances prometedores en la identificación de fármacos que curen los trastornos sexuales o que funcionen bien en conjunto con la terapia cognitiva conductual u otras formas psicológicas de terapia sexual (Rosen y Leiblum, 1995b; Rowland y Burnett, 2000). Algunos son medicamentos que tienen efectos sexuales directos, mientras que otros son fármacos psicoterapéuticos como los antidepresivos, que funcionan a través de mejorar el estado de ánimo de la persona.

Con toda seguridad, el adelanto más ampliamente difundido entre estos tratamientos fue la divulgación, en 1998, del **Viagra** (sildenafil) para el tratamiento del trastorno de la erección. Los tratamientos biomédicos anteriores fueron insatisfactorios por diversas razones. Por ejemplo, las inyecciones intracavernosas (que se analizan en la siguiente sección) no son precisamente románticas. El Viagra se toma en forma oral cerca de una hora antes de la actividad sexual anticipada. En sí mismo, no produce una erección. Más bien, cuando el hombre se siente estimulado sexualmente después de ingerir Viagra, el medicamento facilita los procesos fisiológicos que producen la erección. En términos específicos, relaja los músculos lisos en los cuerpos cavernosos, permitiendo que la sangre fluya a ellos y cree una erección. En un promedio superior a 27 pruebas clínicas, cerca del 57 por ciento de los hombres respondieron de manera exitosa al Viagra —en comparación con 21 por ciento de quienes respondieron al placebo— (Fink *et al.*, 2002; para la prueba clínica original, véase Goldstein *et al.*, 1998). En general, los hombres se sienten muy satisfechos con el Viagra. Los efectos secundarios no son comunes e incluyen cefaleas, rubor y alteraciones de la visión.

En términos generales, el Viagra parece ser bastante seguro (Morales *et al.*, 1998; Rosen y McKenna, 2002). No parece causar priapismo (una erección que simplemente no desaparece). Sin embargo, la misma facilidad de su uso puede conducir a los médicos a recetarla en

Ejercicios de Kegel: una parte de la terapia sexual para las mujeres con trastorno orgásmico, en los que la mujer ejercita los músculos que rodean la vagina; también llamados ejercicios pubococcígeos o ejercicios del músculo PC.
Biblioterapia: uso de libros de autoayuda para tratar un trastorno.
Viagra: un fármaco utilizado en el tratamiento del trastorno eréctil; sildenafil.

Figura 19.6 Uno de los nuevos fármacos para el tratamiento del trastorno eréctil.



exceso y a los hombres a demandarla en circunstancias inapropiadas. En la actualidad se puede obtener fácilmente por Internet. Si las dificultades de erección se deben a un problema de relación, el Viagra proporcionará, en el mejor de los casos, una solución temporal. No es útil para otros trastornos sexuales además del trastorno eréctil y no existe evidencia de que mejore el desempeño sexual en los hombres que tienen un funcionamiento dentro del rango normal (Mondaini *et al.*, 2003). Su uso para recreación o para tener un mayor desempeño provoca preocupación.

El Viagra tuvo tal éxito, en sentido económico y de otros tipos, que las compañías farmacéuticas buscaron de inmediato sucesores (medicamentos que fueran más convenientes en los casos que no se pudieran tratar de manera efectiva con el Viagra). Uno de ellos es el Cialis, famoso por su publicidad durante el Superbowl de 2004. Cialis (tadalafil) es muy parecido al Viagra en cuanto a que relaja el músculo liso que rodea las arterias del pene, facilitando la distensión (Brock *et al.*, 2002; Montorsi *et al.*, 2004; Padma-Nathan *et al.*, 2001). No obstante, el Viagra dura sólo unas cuantas horas y, en contraste, el Cialis tiene una efectividad de 24 a 36 horas.

En apariencia, alguien en la compañía farmacéutica decidió que la planificación del sexo, como ocurre con el Viagra, no es una buena idea. Se ha mostrado que los fármacos como Cialis no tienen efectos negativos en la

producción de espermatozoides o de hormonas sexuales (Hellstrom *et al.*, 2003a).

El Levitra (vardenafil) es otro nuevo medicamento que funciona muy similar al Viagra, pero que tiene una formulación un tanto diferente y es un poco más potente (Hatzichristou *et al.*, 2004; Hellstrom *et al.*, 2003b; Rosen y McKenna, 2002). Una historia de éxito particularmente importante es que estas nuevas sustancias son efectivas para el tratamiento de la disfunción eréctil que es resultado de la remoción quirúrgica de la próstata (Brock *et al.*, 2003).

Tanto Viagra como Cialis actúan al nivel periférico; es decir, actúan en sitios del pene. Otra alternativa son los fármacos que actúan al nivel central; es decir, los medicamentos cuya acción ocurre en regiones del cerebro implicadas en la excitación. Uno de éstos es Uprima (apomorfina SL,³ Heaton, 2001). Actúa aproximadamente en 20 minutos y, como el Viagra, no produce una erección espontánea. Más bien, tiene que acompañarse de estimulación sexual. Uprima actúa elevando los niveles del neurotransmisor dopamina en el cerebro, en particular en el hipotálamo, y es efectivo en cerca del 55 por ciento de los casos (Heaton, 2001; Montorsi *et al.*, 2003a,b).

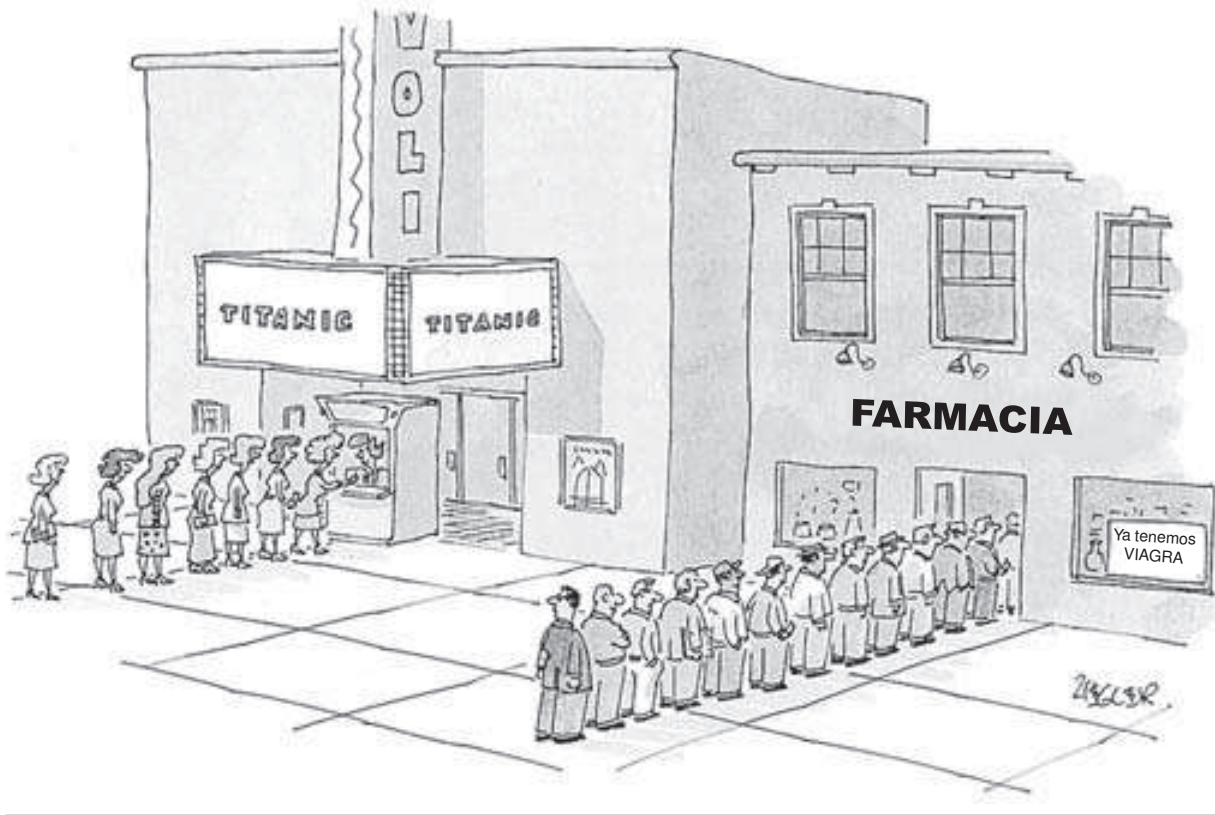
¿Y qué sucede con el Viagra para mujeres? La compañía farmacéutica Pfizer, al igual que muchos científicos, tenían la esperanza de que el Viagra también funcionaría para las mujeres, es decir, que curaría sus problemas de orgasmo. El problema es que el Viagra funciona aumentando la vasocongestión y es probable que una vasocongestión insuficiente no cause la mayoría de las dificultades de orgasmo en las mujeres. Después de muchas pruebas clínicas fallidas, Pfizer anunció en 2004 que dejaría las pruebas de Viagra en mujeres (Harris, 2004).

Es más común que las dificultades sexuales en las mujeres impliquen problemas de orgasmo y bajo deseo sexual, siendo esto último un problema que ocurre en particular a medida que las mujeres envejecen y sus ovarios disminuyen la producción de testosterona. La línea de investigación más prometedora en este momento es la administración de testosterona o algún otro andrógeno (Baulieu *et al.*, 2000). Al momento de escribir este texto, Procter & Gamble estaba realizando sus pruebas clínicas con Intrinsa, un parche de testosterona diseñado para mujeres postmenopáusicas que experimentan bajo deseo sexual.

El otro tema relacionado con las mujeres y el Viagra implica a las esposas o parejas de los hombres que han redescubierto sus erecciones con el auxilio del Viagra. No todas las mujeres, algunas de las cuales

³SL significa *sublingual*; es decir, se administra colocándolo bajo la lengua y dejando que se disuelva, en lugar de ingerirlo. De ese modo hace que el cerebro sea más eficiente. Antes la apomorfina se había utilizado para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

Figura 19.7 Cuando se comenzó a vender el Viagra, los medios de comunicación se llenaron de chistes sobre este “delicado” tema.



Fuente: ©2001 Jack Ziegler de Cartoonbank.com. Derechos reservados.

se han adaptado a la falta del coito en sus relaciones, dan la bienvenida a la nueva capacidad de sus maridos, una cuestión que se ha ignorado en el abordaje médico de “arreglar las cosas” (Potts *et al.*, 2003; Rosen y McKenna, 2002). A menudo es importante combinar la terapia de pareja con la terapia farmacológica. Por supuesto, algunas mujeres están sumamente felices con los resultados del Viagra (Montorsi y Althof, 2003).

Inyección intracavernosa

La inyección intracavernosa (IIC) es un tratamiento para los trastornos de la erección (Levitt y Mulcahy, 1994; Shabsigh *et al.*, 2000). Implica la inyección de un fármaco (como el alprostadil o Edex) dentro de los cuerpos cavernosos del pene. Las sustancias utilizadas son vasodilatadores; es decir, dilatan los vasos sanguíneos en el pene, de modo que se pueda acumular más sangre en ese sitio, produciendo una erección. En un estudio con una muestra de hombres tratados con IIC, las erecciones tuvieron una duración de 39 minutos en promedio (Levitt y Mulcahy, 1995).

Desde la introducción del Viagra, la IIC se utiliza ahora principalmente en casos donde el problema de

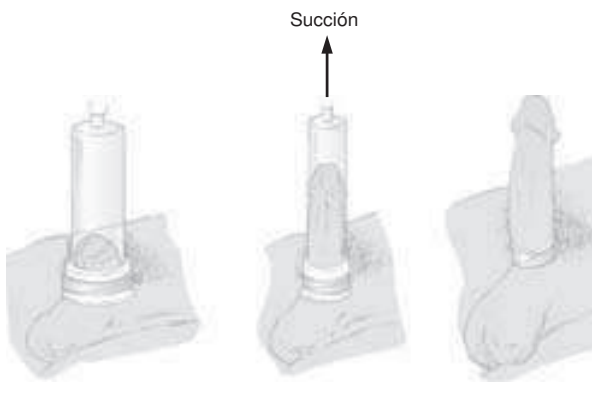
erección es orgánico y el hombre no responde al Viagra o a sus sucesores (Shabsigh *et al.*, 2000). También se puede utilizar en conjunto con terapia cognitiva conductual en casos donde existe una combinación de causas orgánicas y psicológicas. Como el Viagra, las IIC pueden tener efectos psicológicos positivos, porque restauran la confianza del hombre en su capacidad para tener erecciones y reducen su ansiedad de desempeño, dado que es capaz de tener éxito en el coito. Algunos hombres experimentan dolor del pene debido al tratamiento. También existen abusos potenciales. Los hombres que tienen erecciones normales no deberían utilizar la IIC con la intención de producir una “supererección”.

El alprostadil se puede obtener actualmente como supositorio para colocarse dentro de la uretra o como crema para untar.

Dispositivos de succión

Los dispositivos de succión son otro tratamiento para los trastornos de la erección (Lewis y Witherington, 1997). En esencia, son una forma de “bombarse”. Un tubo se coloca sobre el pene (véase figura 19.8).

Figura 19.8 Un tratamiento para el trastorno eréctil. Un tubo externo, con una liga de goma alrededor, se coloca sobre el pene lubricado. La succión aplicada al tubo produce erección, que se mantiene por la acción de constricción de la liga una vez que se ha retirado el tubo.



Con algunos dispositivos, la boca puede producir la suficiente succión; con otros, se utiliza una pequeña bomba de mano. Una vez que se tiene una erección de suficiente firmeza, se retira el tubo y se coloca un anillo de goma alrededor de la base del pene para mantener la distensión por la sangre. Por ejemplo, estos instrumentos se han utilizado con éxito en hombres diabéticos. También pueden ser útiles en combinación con terapia cognitiva conductual de pareja en los casos de disfunción eréctil cuyo principal origen es psicológico (Wylie *et al.*, 2003).

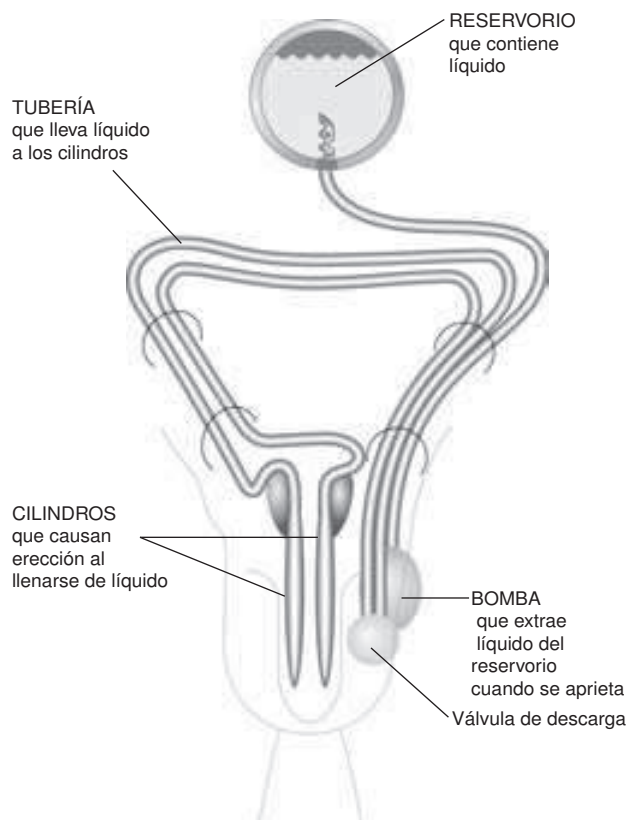
Terapia quirúrgica: el pene inflable

Para los casos graves de trastorno de la erección, es posible una terapia quirúrgica. La cirugía implica el implante de una **prótesis peniana** (véase figura 19.9) (Hellstrom, 2003; Kabalin y Kuo, 1997). Se implanta una bolsa o vejiga de agua en la parte inferior del abdomen, conectada a dos tubos inflables que recorren el espacio que abarca el cuerpo esponjoso, con una bomba en el escroto. Literalmente, el hombre puede bombear o inflar el pene de modo que alcance una erección completa.

La cirugía requiere aproximadamente una hora y media y se necesita sólo de una incisión en el sitio donde se unen el pene y el escroto. El costo total es de cerca de 10 000 dólares.

Debería enfatizarse que éste es un tratamiento radical que debería reservarse únicamente para aquellos casos que no se han curado a través de la terapia sexual o la terapia farmacológica. De manera típica, éste sería el caso del trastorno eréctil primario que es resultado de factores orgánicos como la diabetes. El paciente

Figura 19.9 Una prótesis implantada quirúrgicamente puede utilizarse para el tratamiento de la disfunción eréctil, aunque debería considerarse como tratamiento de último recurso.



debe comprender que la cirugía en sí destruye algunas partes del pene, de modo que la erección natural nunca será posible de nuevo. La investigación muestra que cerca de una cuarta parte de los hombres que se han sometido a este tratamiento se encuentran insatisfechos después de él. Las razones para la insatisfacción incluyen que el pene es de menor tamaño cuando está erecto de lo que era antes de la cirugía y se tienen sensaciones diferentes durante la excitación y durante la eyaculación (Steege *et al.*, 1986). Aunque el tratamiento es radical y debería emplearse de manera conservadora, es una fortuna para algunos hombres que no han podido tener una erección debido a dificultades orgánicas. De hecho, más de una docena de niños han nacido como resultado de esta cirugía, en mujeres cuyas parejas eran incapaces antes de tener coito.

En otra versión del abordaje quirúrgico, se implanta dentro del pene una barra parcialmente rígida de un material parecido a la silicona (Melman y Tiefer, 1992; Shandera y Thompson, 1994). Este dispositivo no inflable cuesta menos que la versión inflable y tiene una menor tasa de complicaciones (Rosen y Leiblum, 1995b).

Prótesis peniana: tratamiento quirúrgico de la disfunción eréctil, en el que se insertan tubos inflables dentro del pene.

Críticas a la terapia sexual

Una de las preguntas más básicas que debe hacerse en cuanto a la terapia sexual es si resulta efectiva.

Los psicólogos Bernie Zilbergeld y Michael Evans (1980) realizaron una amplia crítica de los métodos de investigación utilizados por Masters y Johnson para evaluar el éxito de su terapia sexual. Zilbergeld y Evans concluyeron que hubo varios problemas sustanciales. En resumen, la crítica sugiere que en realidad no conocemos cuál es la tasa de éxito de la terapia de Masters y Johnson y casi con toda seguridad es menor al 80 por ciento que ellos declararon. A continuación presentamos una discusión de las críticas específicas. Es importante tener en mente estos elementos al evaluar cualquier programa de terapia sexual.

En primer lugar, Masters y Johnson nunca informaron en realidad una tasa de *éxito* para la terapia. En lugar de ello, informaron una tasa de *fracaso* cercana al 20 por ciento. Por ende, la gente ha concluido, como nosotros mismos lo hicimos al principio de este capítulo (y probablemente como pensó usted que era lógico mientras leía esta información) que esto implica una tasa de éxito de cerca del 80 por ciento. Pero Masters y Johnson respondieron que esto no fue así. Es decir, en apariencia el 80 por ciento incluyó una combinación de éxitos evidentes y de casos que fueron ambiguos en cuanto a si habían sido éxitos o fracasos; en pocas palabras, hubo un 80 por ciento de casos que no fueron fracasos, pero eso no significa un 80 por ciento de éxitos.

Lo que es más, Masters y Johnson nunca definieron lo que para ellos representaba un "éxito" en la terapia. Éste es un asunto importante. ¿Qué tanto mejor debe estar una persona para incluirla como éxito? Supongamos que una mujer busca atención por anorgasmia; nunca ha tenido un orgasmo. Para el final de la terapia, puede tener orgasmo cuando utiliza un vibrador, pero no cuando recibe estimulación manual o bucal de su pareja, ni con el coito. ¿Este caso es un éxito? ¿Cómo la habrían clasificado Masters y Johnson? No podemos saberlo con base en su libro.

Zilbergeld y Evans iniciaron su valoración crítica después de descubrir que ellos y otros terapeutas sexuales no podían obtener tasas de éxito tan sobresalientes como las informadas por Masters y Johnson. La posibilidad obvia es que otros terapeutas sexuales han estado utilizando definiciones de éxitos terapéuticos que son mucho más estrictas y precisas que las empleadas por Masters y Johnson.

Masters y Johnson no informaron claramente cómo eligieron a su población inicial de pacientes para la terapia. Dijeron que habían rechazado a algunas personas, pero no especificaron quién tomó esa decisión, cómo se tomó la decisión y cuántas personas se rechazaron en consecuencia. Parece bastante posible que Masters y Johnson hayan eliminado los casos más difi-

ciles, dejándose los fáciles y, por consiguiente, tuvieron una elevada tasa de éxito.

En su seguimiento de los pacientes después de cinco años, Masters y Johnson informaron una tasa sorprendentemente baja de recaída del 7 por ciento, pero otros terapeutas sexuales han encontrado tasas mucho más alta de recaídas. De nuevo, Masters y Johnson no especifican su criterio exacto para la recaída, de modo que es difícil evaluar o replicar la cifra del 7 por ciento.

Masters y Johnson fueron un tanto engañosos acerca de la duración de su terapia. La describieron como un tratamiento rápido de dos semanas. Es típico que otros terapeutas descubran que los pacientes necesitan más sesiones que esas. Lo que Masters y Johnson no informaron es el hecho de que a los pacientes se les instruyó que les llamaran en cualquier momento en que tuvieran problemas después del periodo de terapia de dos semanas; además se programaron llamadas telefónicas regulares entre la pareja y los coterapeutas. En esencia, una pareja podía tener mucho más que dos semanas de terapia.

Por último, Masters y Johnson nunca discutieron los posibles efectos dañinos de su tratamiento. Hicieron referencias casuales a un par de casos en los que la terapia aparentemente terminó en divorcio, pero no realizaron ningún esfuerzo sistemático para evaluar los problemas de este tipo. Su seguimiento a cinco años fue sólo de los "éxitos", pero no de los fracasos. Parece probable que los fracasos hayan sido precisamente aquellos que podrían haber sufrido daño, pero no se proporciona información sobre ellos.

Una crítica más amplia señaló que una de las principales deficiencias del área de la terapia sexual es la falta de estudios cuidadosamente controlados que (1) investiguen los éxitos de diversas terapias comparadas con otros tratamientos y con controles sin tratamiento, y (2) examinen qué aspectos de una terapia particular, o de una combinación de terapias, parece proporcionar los efectos benéficos (Rosen y Leiblum, 1995b).

No obstante, existe suficiente evidencia proveniente de las evaluaciones de ciertos tratamientos para determinados trastornos y que llega a las siguientes conclusiones (Heiman y Meston, 1997; Heiman, 2002):

- La disfunción orgásmica primaria en las mujeres se trata de manera exitosa con masturbación dirigida y el tratamiento puede mejorarse con ejercicios de enfoque en la sensación.
- Los tratamientos para la disfunción orgásmica secundaria tienen un poco menos de éxito. La terapia que combina algunos o todos los siguientes componentes parece ser la más efectiva: educación sexual, capacitación en habilidades sexuales, capacitación en habilidades de comunicación y terapia de imagen corporal. Lo más probable es que la dificultad en este caso resida en que existen muchos patrones diferentes de anorgasmia secundaria y es necesario

equiparar el tratamiento con el patrón del trastorno, algo que la investigación no ha podido desentrañar.

- El vaginismo se trata de manera exitosa con dilatadores vaginales progresivos; los ejercicios de relajación y los ejercicios de Kegel también pueden ser útiles, pero la evidencia no es muy fuerte.
- La técnica de exprimido es efectiva para el tratamiento de la eyaculación precoz. Los fármacos, en especial algunos antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina), pueden ser efectivos pero existen menos datos al respecto.
- Para algunos trastornos —trastorno del deseo sexual, dispareunia y orgasmo demorado en los varones— la investigación es insuficiente para concluir que existe un tratamiento efectivo.

Otra crítica señaló a la *medicalización* del trastorno sexual, en particular de los problemas de erección en los varones (Tiefer, 1994; 2000). La investigación ha identificado cada vez más las fuentes orgánicas de los trastornos sexuales, con avances que han dado por resultado intentos de identificar fármacos y cirugías, en lugar de psicoterapias, para tratar los problemas. En parte han estado implicados asuntos políticos, ya que los médicos intentan quitarle a los psicólogos el tratamiento de los trastornos sexuales. Pero también existe un costo para el paciente, dado que es posible darle una arreglo rápido al trastorno a través de fármacos, en tanto que se ignoran las ansiedades y problemas de relación del paciente.

En contraste con estas críticas científicas se encuentra la apreciación del psiquiatra Thomas Szasz. En su libro *Sex by Prescription* (1980: Sexo con receta) critica la base filosófica de la terapia sexual. Desde hace largo tiempo, Szasz ha sido un crítico rotundo de la psicoterapia. En particular denuncia el modelo médico para el tratamiento de los problemas psicológicos (véase, por ejemplo, su clásico *The Myth of Mental Illness* [El mito de la enfermedad mental]). Su argumento esencial es que los psicólogos y psiquiatras toman a personas que tienen problemas de vida, o quizá que tienen estilos de vida elegidos libremente, y los clasifican como “enfermos” o “mentalmente insanos” (el modelo médico) y en necesidad de terapia. Aunque es posible que los profesionales consideren que están siendo útiles, tal vez hagan más mal que bien. Por ejemplo, una vez que a la persona se le clasifica como “enferma”, la implicación es que necesita a un psicólogo o a un médico para que la sane; mientras que, de hecho, Szasz sostiene que podría ser mejor que tal persona hiciera esfuerzos activos por resolver sus propios problemas.

Al aplicar este razonamiento al campo de la terapia sexual, Szasz discute que los terapeutas sexuales han creado esencialmente una gran cantidad de enfermedades mediante inventar (de manera un tanto arbitraria) categorías diagnósticas para los trastornos sexuales. Por ejemplo, del hombre que no puede tener

coito porque no puede lograr una erección se dice que tiene “disfunción eréctil”, pero no se considera que el hombre que no puede obligarse a realizar cunilingus tenga cualquier tipo de disfunción. ¿Por qué el primer problema debería ser una enfermedad mientras que el segundo no lo es? Al hombre que eyacula con rapidez se le denomina “eyaculador precoz” y se considera que necesita terapia, pero ¿exactamente qué tiene de malo eyacular de manera rápida?

Szasz criticó a Masters y Johnson por presentar su trabajo como médico y científico; este autor considera que, en lugar de ello, es moral y político y plagado de valores. Por ejemplo, Masters y Johnson afirmaron que la homosexualidad no es una enfermedad pero que, sin embargo, podían curarla en dos semanas.

Szasz resume su argumento de la siguiente manera:

No niego que los problemas sexuales existen o son reales... sostengo únicamente que tales problemas —incluyendo los sexuales— son partes integrales de las vidas de las personas...

Como ilustran algunos de los ejemplos citados en el libro, los problemas sexuales de una época médica o de una persona pueden ser el remedio sexual de otra época o persona. En la actualidad se afirma de manera dogmática —por parte de la profesión médica y de quienes forman la opinión oficial en nuestra sociedad— que es sano o normal que las personas disfruten del sexo, que la falta de disfrute es un síntoma de un trastorno sexual, que tales trastornos pueden aliviarse con las intervenciones médicas (de terapia sexual) apropiadas y que deberían tratarse de ese modo siempre que sea posible. Esta perspectiva, aunque pretende ser científica es, de hecho, moral o religiosa; es una expresión de la ideología médica que hemos utilizado para sustituir los credos religiosos tradicionales. (1980, pp. 164-165)

En resumen, se han hecho varias críticas al campo de la terapia sexual. Los métodos de investigación utilizados por Masters y Johnson para evaluar el éxito de su terapia tuvieron varios problemas y, como resultado, es probable que su tasa implícita de éxito del 80 por ciento sea irrealmente alta. A pesar de tres decenios de rápidos avances en los tratamientos tanto psicológicos como médicos de los trastornos sexuales, todavía no se ha realizado investigación adecuada acerca de la efectividad de muchos de ellos. Existe la tendencia a medicalizar los trastornos sexuales, en particular el trastorno de la erección, lo cual puede conducir a descuidar la necesidad de tratamiento psicológico. Por último, Szasz cuestiona todo el concepto de trastorno sexual como tal.

¿Dónde nos dejan estas críticas? En nuestra opinión, no invalidan el trabajo de los terapeutas sexuales. En lugar de ello, nos instan a ser cautos. La mayoría de los trastornos sexuales no tendrán tasas de curación del 80 por ciento, pero es muy posible que resulten con tasas de curación del 60 por ciento o más (Kaplan, 1979). Un solo método de terapia, como la terapia conductual de

Masters y Johnson, nos será efectivo con todos los trastornos. Por último, debemos ser sensibles a los valores expresados al etiquetar algo como un “trastorno” o al determinar que alguien lo sufre.

Terapia sexual en la era del SIDA

La amenaza del SIDA —por no mencionar el herpes y las verrugas genitales (VPH)— coloca a la terapia sexual moderna en un nuevo contexto cultural (Leiblum y Rosen, 1989). A continuación presentamos unos cuantos ejemplos de algunos de estos factores que están cambiando la terapia sexual.

Ahora, las personas están más interesadas en conservar una relación monógama a largo plazo y menos en dejar a su pareja y encontrar a alguien nuevo simplemente porque el sexo ha perdido parte de su emoción. Los terapeutas sexuales están recibiendo a más parejas que desean ayuda para rejuvenecer sus vidas sexuales.

La capacitación en habilidades de comunicación (véase capítulo 10), que es una parte estándar de la terapia sexual, se ha vuelto cada vez más importante. Tener la capacidad de comunicarse de manera directa, abierta y efectiva con una pareja acerca del uso del condón, literalmente puede ser una cuestión de vida o muerte en la actualidad. La demanda de capacitación en habilidades de comunicación aumentará con toda seguridad a medida que continúe la epidemia del SIDA.

Los terapeutas sexuales trabajan más con las personas acerca de la manera de tener sexo placentero utilizando condones. Los terapeutas han documentado historias de casos de hombres que tenían tales sentimientos negativos acerca del condón que literalmente perdían la erección si intentaban colocarse uno (Leiblum y Rosen, 1989). A medida que los condones se vuelvan una necesidad cada vez más importante, esto podría convertirse incluso en un trastorno sexual (¡trastorno eréctil inducido por condón!). Los terapeutas sexuales pueden trabajar con tales personas para disminuir sus sentimientos de incomodidad y susti-

Tema central 19.2

¿Terapia sexual en línea?

La doctora Patti Britton es una terapeuta sexual entrenada, con certificación, que tiene una práctica exitosa de terapia sexual en un sitio de Internet. Es difícil encontrar tales sitios legítimos porque la búsqueda por términos como “terapia sexual” conduce a una inundación de sitios pornográficos (al momento de redactar este trabajo, la dirección de la doctora Britton es www.yoursexcoach.com). Su sitio incluye una sala de chat donde las personas pueden platicar con otros acerca de sus experiencias y problemas sexuales. Usted puede programar una cita con la Dra. Britton en el sitio, para una sesión en vivo, en línea o por teléfono. También es una de las expertas en sexualidad en iVillage.com en el canal de relaciones, un sitio dedicado a temas de la mujer y que atiende a 18 millones de mujeres y algunos hombres.

¿La terapia sexual en línea es la ola del futuro? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas? Los defensores discuten que es más barata que la terapia tradicional en persona y que su anonimato es una de sus ventajas principales. Las personas que son demasiado tímidas o vergonzosas como para narrar su historia a un terapeuta sexual pueden ingresar y escribir sus preguntas de manera anónima. Una persona podría obtener fácilmente ayuda sin que lo sepa siquiera su pareja. Las columnas de consejos en estos sitios pueden proporcionar información precisa, explícita y carente de juicios de valor. Las interacciones en línea con un

terapeuta pueden romper el muro de aislamiento que rodea a una persona que tiene un trastorno sexual. Los tableros especializados de mensajes y las salas de chat para las personas que comparten un tema común (p. ej., bisexuales, personas con discapacidades) pueden ayudar a crear una sensación de comunidad, en especial para quienes se encuentran aislados en sentido geográfico. Debido a que la red es internacional, las personas de países en los que se desconoce la terapia sexual pueden obtener información útil a la que, de otro modo, no tendrían acceso.

También existen desventajas. En la actualidad no existe un sistema para licenciar a los terapeutas sexuales en línea, de modo que personas poco calificadas y, quizá, poco éticas, podrían presentarse fácilmente como terapeutas. Lo que es más, es probable que los terapeutas sexuales en línea no puedan dar una terapia intensiva verdadera del tipo que se obtendrían en sesiones personales múltiples con un terapeuta. Lo que sí pueden hacer los terapeutas en línea es proporcionar permiso y aliento positivo, al igual que información precisa, y eso es suficiente para resolver los problemas de muchas personas.

Fuente: Presentaciones de Patti Britton, Al Cooper, Sandor Gardos y otros en la reunión de 1998 de la Society for the Scientific Study of Sexuality (Sociedad para el estudio científico de la sexualidad); Britton (2004).

tuirlos con sentimientos de comodidad, quizá incluso eróticos, acerca de los condones.

Algunos consejos prácticos

Evitar los trastornos sexuales

Un viejo adagio dice “Es mejor prevenir que lamentar”. Este principio podría aplicarse no sólo a los accidentes, sino también a los trastornos sexuales. Es decir, las personas pueden utilizar algunos de los principios que surgen del trabajo de los terapeutas sexuales para evitar tener dichos trastornos. Los siguientes son algunos principios de la buena salud mental sexual:

1. *Comunícate con tu pareja.* No esperes que él o ella puedan leerle la mente en cuanto a lo que te resulta placentero. Una manera de lograrlo es formar el hábito de hablar con tu pareja mientras tienen relaciones sexuales; entonces la comunicación verbal no se vuelve algo sorprendente. No obstante, algunas personas se sienten incómodas de hablar en tales ocasiones; la comunicación no verbal, como colocar la mano arriba de la de tu pareja y moverla a donde deseas que esté, funciona también muy bien (véase el capítulo 10 para mayores detalles).
2. *No seas un espectador.* No sientas como si estuvieras en una representación sexual que necesita de constante evaluación. Concéntrate lo más posible en dar y recibir placeres sensuales, no en qué tan bien lo estás haciendo.
3. *No te coloques metas de desempeño sexual.* Si tienes una meta, puedes fallar y el fracaso puede producir trastornos. No te esfuerces por alcanzar orgasmos simultáneos o, si eres una mujer, en tener cinco orgasmos antes de que tu pareja tenga uno. Simplemente relájate y disfrútalo.
4. *Sé selectivo acerca de las situaciones en las que tienes sexo.* No tengas sexo cuando tengas mucha prisa o temas que alguien podrá interrumpirte.

También sé selectivo acerca de quién es tu pareja. La confianza en la pareja es esencial para el buen funcionamiento sexual; de manera similar, una pareja que en realidad se preocupa por ti comprenderá si las cosas no salen bien y no se reirá o será sarcástico.

5. *Llegarán a ocurrir “fracasos”.* Así sucede en cualquier relación sexual. Lo importante es cómo los afrontas. No dejes que arruinen la relación. En lugar de ello, intenta pensar ¿cómo podemos lograr que esto resulte bien de todas maneras?

Elección de un terapeuta sexual

Por desgracia, la mayoría de los estados en la Unión Americana no tienen requisitos de licencia para los terapeutas sexuales, aunque la mayoría sí tienen requisitos para los orientadores matrimoniales y psicólogos. En particular con la popularización del trabajo de Masters y Johnson, unos cuantos farsantes han colgado anuncios que dicen “Terapeuta sexual” y muchos estados no han hecho el intento de regularlo. Algunos de estos “terapeutas” no tienen mayor calificación que haber tenido ellos mismos unos cuantos orgasmos.

¿Cómo se puede localizar a un buen terapeuta sexual calificado? Su asociación médica o psicológica local puede proporcionarle un listado de los psiquiatras y psicólogos y es posible que le pueda informar sobre aquellos que tienen entrenamiento especial en terapia sexual. También existen organizaciones profesionales de terapeutas sexuales. La American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists (Asociación estadounidense de educadores, orientadores y terapeutas sexuales) certifica a los terapeutas sexuales (véase el Apéndice A para información completa sobre esta organización y muchas otras que resultan útiles). Elija a un terapeuta o clínica que ofrezca un *enfoque integral* en el que se reconozcan las influencias biológicas, cognitivas-conductuales y de relación que pueden influir en cualquier trastorno sexual y que esté preparado para atenderlas.

RESUMEN

Los trastornos sexuales están colocados dentro de cuatro categorías: trastornos del deseo (trastorno sexual hipoactivo, discrepancia del deseo sexual, aversión sexual), trastornos de la excitación (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección), trastornos orgásmicos (eyaculación precoz, trastorno orgásmico masculino, trastorno orgásmico femenino) y trastornos sexuales por dolor (dispareunia, vaginismo).

Los trastornos sexuales pueden ser causados por factores físicos, factores psicológicos individuales y

factores interpersonales. Las causas orgánicas incluyen algunas enfermedades, infecciones y daño a la médula espinal. Ciertos medicamentos y drogas también pueden crear problemas con el funcionamiento sexual. Las causas psicológicas individuales se categorizan en causas inmediatas, como ansiedad o interferencia cognitiva; aprendizaje previo; factores emocionales; y factores conductuales o de estilo de vida. Los factores interpersonales incluyen conflicto en la relación con la propia pareja y problemas de intimidad.

Las terapias para los trastornos sexuales incluyen terapia conductual (cuyos pioneros fueron Masters y Johnson), basada en la teoría del aprendizaje, terapia cognitiva conductual, terapia de pareja, tratamientos específicos para problemas específicos (p. ej., parada-arranque para la eyaculación precoz) y una variedad de tratamientos biomédicos, que incluyen tratamientos con fármacos (p. ej., Viagra) y cirugía.

Se han expresado varias críticas hacia la terapia sexual, incluyendo preocupaciones acerca de los métodos de investigación utilizados para evaluar el éxito de la terapia de Masters y Johnson, falta de investigación que valore las terapias de reciente desarrollo, medicalización de los trastornos sexuales, y toda la empresa de identificar y etiquetar los trastornos sexuales.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Cuando usted participa en actividad sexual con una pareja, ¿siente que está bajo la presión de tener un cierto desempeño y que está funcionando como espectador? En ese caso, ¿qué podría hacer para cambiar este patrón?
2. Si se consideran las causas de los trastornos sexuales asociadas con el aprendizaje previo, ¿cuáles son las implicaciones para los padres que desean criar hijos sexualmente sanos? ¿Los padres podrían hacer determinadas cosas que eviten o prevengan los trastornos sexuales en sus hijos?
3. Su mejor amigo, Steve, quien tiene 22 años, le revela una larga historia de eyaculación precoz, que le ha resultado sumamente vergonzoso y frustrante. Ha escuchado sobre el Viagra y, sabiendo que usted está tomando un curso de sexualidad humana, acude a consultarle sobre si debería ir al médico para obtener una receta de Viagra. ¿Qué consejo le daría?
4. El deseo sexual hipoactivo es un trastorno sexual común en Estados Unidos en la actualidad. Dado lo que usted sabe sobre este trastorno y sus causas, ¿piensa que es común en otras culturas? Considere como ejemplos a Gran Bretaña, China, India y México. (Para mayor información, véase Bhurga y de Silva, 1993.)

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Barbach, Lonnie G. (1975). *For Yourself: The fulfillment of female sexuality*. Garden City, NY: Doubleday. Proporciona buena información para las mujeres con trastornos orgásmicos, basada en las experiencias de la autora como terapeuta sexual. Sigue siendo el clásico en el área.

Barbach, Lonnie G. (1983). *For each other: Sharing sexual intimacy*. Garden City, NY: Anchor Books. Secuela de Barbach para *For Yourself* (véase antes); este volumen está dirigido a las parejas.

McCarthy, Barry y McCarthy, Emily (2002). *Sexual awareness: Couple sexuality for the twenty-first century*. Carroll & Graff Publishers. Otro buen libro de terapia sexual.

Tiefer, Leonore. (2004). *Sex is not a natural act, and other essays*. 2a edición. Boulder, CO: Westview. Tiefer es una escritora inteligente y divertida y sus críticas de la terapia sexual son perspicaces.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.bigeye.com/sexeducation/research.html>

Vínculos sobre educación sexual: investigación sexual.

<http://www.sexhealth.org/problems>

Sexual Health InfoCenter; trastornos sexuales.

<http://www.tworivershospital.com/services/mandj.htm>

Información sobre los programas de tratamiento de Masters y Johnson.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/sexualhealthissues.html>

Páginas de MedlinePlus sobre salud sexual.

<http://www.womentc.com>

Women's Therapy Center (Centro de terapia de la mujer); discusión sobre trastornos sexuales femeninos.

<http://www.aasect.org>

American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists.

C A P Í T U L O

20

Infecciones de transmisión sexual

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

Clamidia

Síntomas
Tratamiento
¿Prevención?

VPH

Diagnóstico
Tratamiento
¿Vacuna?

Herpes genital

Síntomas
Tratamiento
Consecuencias a largo plazo
Aspectos psicológicos: lidiar con el herpes

Infección por VIH y SIDA

¿Epidemia?
Transmisión
El virus
La enfermedad
Diagnóstico
Tratamiento
Mujeres, niños, minorías étnicas y SIDA
Consideraciones psicológicas en el SIDA

Adelantos recientes en las investigaciones acerca del SIDA

Gonorrea

Síntomas
Diagnóstico
Tratamiento

Sífilis

Síntomas
Diagnóstico
Tratamiento
¿Erradicación de la sífilis?

Hepatitis viral

Tricomoniasis

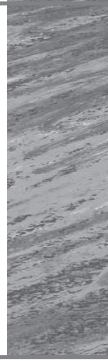
Piojos púbicos

Prevención de las ITS

Otras infecciones genitales

Monilia
Cistitis
Prostatitis

María y Luis llegan a casa después de una noche en la ciudad y entran a la casa hambrientos de pasión. Los dos se abrazan, aferrándose el uno al otro, deseándose entre sí. Luis desviste a María lentamente, ávido de la piel sedosa que siente debajo. A medida que aumenta su pasión, ella comienza a acercarse a él, desgarrándole la ropa mientras explora su cuerpo con su lengua. Mientras Luis se excita cada vez más, María rompe el paquete del condón con sus dientes y lentamente desliza el condón sobre el pene erecto de Luis. Después de una hora de amor increíble, Luis, exhausto de placer, voltea hacia María y le dice, “¡Tenías razón, el MEJOR sexo es el sexo SEGURO con LÁTEX!” *



*Tomado del ensayo de un estudiante.

El entorno sexual no es el mismo que era hace 30 años. El SIDA plantea una amenaza verdadera. Necesitamos hacer varias cosas para combatir estos peligros. Una, es que debemos reescribir nuestros guiones sexuales, como lo ilustra la cita anterior. También necesitamos informarnos, y la meta del presente capítulo es proporcionarle la información importante que necesita a fin de tomar decisiones acerca de su actividad sexual.¹

Su salud es muy importante, y una buena manera de arruinarla o de ocasionarse una gran cantidad de sufrimiento es por medio de contraer una *infección de transmisión sexual* (ITS), en ocasiones también denominada *enfermedad de transmisión sexual* (ETS). En consecuencia, es muy importante que usted sepa los síntomas de las diversas ITS de modo que pueda buscar tratamiento si desarrolla cualquiera de ellos. Así también, existen algunas maneras de prevenir las ITS, o al menos de reducir sus probabilidades de contagio, y en definitiva vale la pena conocerlas. Por último, después de que haya leído algunas de las estadísticas acerca del número de personas que contraen ITS cada año, y acerca de las probabilidades que usted tiene de contagiarse, es posible que desee modificar su conducta sexual de ahora en adelante. Si ama, ame de manera sabia.

Una de las cosas más preocupantes acerca de la epidemia de ITS en Estados Unidos es que afecta a adolescentes y adultos jóvenes de manera desproporcionada. En Estados Unidos, se presentan cerca de 19 millones de casos nuevos casos de ITS cada año y, de esos, cerca de 9 millones (48 por ciento) afectan a personas entre los 15 y 24 años de edad (Weinstock *et al.*, 2004). Para las personas dentro de este grupo de edad, tres infecciones —virus del papiloma humano, tricomoniasis y clamidia— dan cuenta de la gran mayoría

de los casos. En todo el mundo, de los 60 millones de personas infectadas con VIH, cerca de la mitad se infectó entre los 15 y 24 años de edad (Kiragu *et al.*, 2001). Es claro que los esfuerzos por la prevención, incluyendo educación sexual para jóvenes, deben tener una prioridad más importante de la que han tenido en el pasado.

Las ITS se presentan en el siguiente orden dentro del capítulo. Primero examinaremos un grupo de tres enfermedades: clamidia, VPH (verrugas genitales) y herpes que son frecuentes entre estudiantes universitarios. Después de esto, discutiremos la infección por VIH y el SIDA, que son menos comunes entre estudiantes universitarios, pero que representan uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo y que están generando una enorme cantidad de investigación. Después discutiremos la gonorrea, sífilis, hepatitis viral y tricomoniasis. Más adelante, aparece no una bacteria, sino un bicho, el piojo púbico. Después de una sección práctica para que usted se prevenga de las ITS, el capítulo finaliza con una sección acerca de otras diversas infecciones genitales que, en su mayoría, no son de transmisión sexual.

Muchas de las estadísticas a lo largo del presente capítulo se tomaron del sitio de la red de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

www.cdc.gov/std

Los CDC se encuentran en Atlanta, Georgia. Es la agencia del gobierno federal que monitorea enfermedades dentro de Estados Unidos y que conduce investigaciones y programas de prevención. Los datos de los CDC se utilizan con tanta frecuencia a lo largo del capítulo que no siempre proporcionamos la cita. La información acerca de las ITS cambia de manera veloz, de modo que para obtener la información más reciente, verifique el sitio en la red.

Algunas ITS son ocasionadas por *bacterias*, otras por *virus* y otras cuantas por otros organismos. La distinción entre infecciones bacterianas y virales es importante ya que las primeras se pueden curar mediante el uso de antibióticos. Las infecciones virales no se pueden curar, pero se pueden tratar a fin de reducir los síntomas. La clamidia, la gonorrea y la sífilis son producto de bacte-

¹El diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual es un área de investigación sumamente activa. Se anuncian descubrimientos novedosos casi cada mes. Por lo tanto, para cuando termine de leer este material, algunas de las afirmaciones en el presente capítulo pueden haberse reemplazado con investigaciones más recientes.

rias. El herpes, SIDA, verrugas genitales y hepatitis B son ocasionados por virus.

Una última anotación antes de que procedamos: hay muchas ilustraciones dentro del capítulo que muestran los síntomas de las diversas ITS, y es posible que algunas de las fotografías le hagan decir “¡Qué horror!” Estas ilustraciones se incluyen no para asustarlo, sino más bien para ayudarlo a reconocer los síntomas de las ITS. Por ejemplo, usted debería saber cómo se ven las vesículas del herpes en caso de que las detecte en una pareja sexual potencial, o en caso de que aparezcan en su propio cuerpo.

Clamidia

Chlamydia trachomatis es una bacteria que se disemina a través del contacto sexual y que infecta los órganos genitales tanto de varones como de mujeres.

Clamidia: organismo que provoca una infección de transmisión sexual; los síntomas en los varones son un flujo delgado y claro con dolor leve al orinar; con frecuencia las mujeres son asintomáticas.

Asintomático: que no presenta síntomas.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): infección o inflamación de los órganos pélvicos, como en las trompas de Falopio y el útero, en la mujer.

Las estadísticas indican que la **clamidia** se ha vuelto una de las infecciones de transmisión sexual más importantes en Estados Unidos. Cada año, se reportan más de 800 000 nuevos casos de clamidia en Estados Unidos, en comparación con 350 000 casos de gonorrea (CDC, 2003). Las muchachas adolescentes tienen una tasa

particularmente elevada de infección. Cuando un varón consulta con su médico a causa de un flujo uretral, sus probabilidades de padecer clamidia son mayores a las de padecer gonorrea. Es importante que se realice un diagnóstico adecuado ya que la clamidia no responde a los fármacos que se utilizan para el tratamiento de la gonorrea.

Síntomas

Los síntomas principales en los varones son un flujo delgado, por lo general incoloro, y leves molestias al orinar que aparecen de 7 a 14 días después de la infección. Los síntomas son un tanto similares a los de la gonorrea en el varón. Sin embargo, la gonorrea tiende a ocasionar más dolor al orinar y un flujo más abundante y purulento. El diagnóstico se hace a partir de una muestra de orina en los varones y a partir de una muestra de células cervicales (o muestra de orina) en las mujeres. Entonces se llevan a cabo análisis para detectar a la bacteria. Por desgracia, el 75 por ciento de los casos de infección por clamidia son **asintomáticos** en la mujer. Esto significa que la mujer nunca se presenta en una clínica para tratarse y permanece sin diagnóstico y sin tratamiento. Las consecuencias de la falta de tratamiento de clamidia en las mujeres se discuten en la siguiente sección. Incluso entre varones, el 50 por ciento de los casos son asintomáticos.

Tratamiento

La clamidia es bastante curable. Se trata con azitromicina o con doxiciclina; no responde a la penicilina. Los casos inadecuadamente tratados o no diagnosticados pueden conducir a un número de complicaciones: daño uretral, epididimitis (infección del epidídimo), síndrome de Reiter,² y proctitis en varones que han practicado coito anal. Las mujeres con clamidia no tratada o diagnosticada pueden experimentar graves complicaciones si no reciben tratamiento: **enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)** y posible infertilidad debida a la cicatrización de las trompas de Falopio (Weinstock *et al.*, 1994). La infección por clamidia se asocia con un mayor riesgo de embarazos ectópicos y con tasas elevadas de nacimientos prematuros y de bebés con bajo peso al momento de su nacimiento (Chow *et al.*, 1990; Cohen *et al.*, 1990). Un bebé nacido de una madre infectada puede desarrollar neumonía o infecciones oculares.

¿Prevención?

Los científicos que investigan la clamidia tienen la importante meta de desarrollar una vacuna que prevenga la infección (Berry *et al.*, 2004; Rasmussen, 1998). Se han desarrollado vacunas que han sido efectivas con ratones, pero ciertos obstáculos técnicos impiden su uso en humanos. En la próxima década debería aparecer una vacuna efectiva para humanos.

Hasta que no haya una vacuna disponible, una de las herramientas más efectivas de la prevención es la detección. El problema con la clamidia es que muchas personas infectadas son asintomáticas y propagan la enfermedad sin darse cuenta. En los programas de detección, se identifica, trata y cura a los portadores asintomáticos de modo que no sigan transmitiendo la enfermedad. Los CDC han conducido varios proyectos de demostración que han brindado resultados impresionantes. En uno se llevó a cabo la detección en las clínicas de planeación familiar de Alaska, Idaho, Oregon y Washington. En los primeros ocho años del programa, de 1988 a 1995, se dio un descenso del 65 por ciento en las tasas de infección.

En un programa innovador, muchachas estudiantes de educación media superior que asistían a una clínica escolar de salud (no necesariamente a causa de ITS) se tomaron frotis vaginales a sí mismas; más adelante, estas muestras se sometieron a pruebas de laboratorio (Wiesenfeld *et al.*, 2001). En general, 18 por ciento de las muchachas tenía algún tipo de infección: 10 por ciento tenía tricomoniasis, 8 por ciento tenía clamidia, y 2 por ciento tenía gonorrea. Ninguna presentaba síntomas, de modo que estos casos no se hubieran detectado. Cerca de la mitad dijeron que nunca se habían sometido a un examen ginecológico a fin de hacerse análisis; sin embargo, estuvieron de acuerdo con la autorreco-

² El síndrome de Reiter incluye los siguientes síntomas: uretritis, conjuntivitis y artritis.

lección de frotis vaginales. Este método parece promotor para la detección en adolescentes.

A nivel individual, el mejor método de prevención es el uso consistente del condón.

Figura 20.1 Verrugas genitales a) sobre el pene, y b) sobre la vulva.



a)



b)

VPH

VPH son las siglas que representan al virus del papiloma humano, que ocasiona verrugas genitales. Las **verrujas genitales** son racimos de verrugas semejantes a una coliflor que aparecen en los genitales, por lo general alrededor de la abertura uretral del pene, en el cuerpo del pene o en el escroto, en el caso de los varones, y sobre la vulva, las paredes de la vagina o el cuello del útero en las mujeres; también se pueden presentar verrugas en el ano. De manera típica, aparecen dentro de los tres a ocho meses después del coito con una persona infectada. Sin embargo, la mayoría de las personas infectadas por el VPH son asintomáticas.

La infección por VPH es generalizada. Se estima que 5.5 millones de personas se infectan con el VPH cada año en Estados Unidos (CDC, 2001).

Un estudio de mujeres universitarias encontró que un promedio de 14 por ciento se infectaban del VPH cada año (Ho, 1998). Cerca del 43 por ciento de las mujeres dentro del estudio adquirieron la infección a lo largo de los tres años que duró el mismo.

El VPH es el factor de riesgo único de mayor importancia para el cáncer cervical (CDC, 2001). De hecho, existen 30 diferentes tipos de VPH. Uno de ellos, el VPH Tipo 16, es responsable de más del 50 por ciento de los casos de cáncer cervical. El Tipo 16, junto con otros tres tipos, da cuenta del 80 por ciento de cánceres cervicales. Debido a este aumento en riesgo, cualquier mujer que presente verrugas genitales debe hacerse una prueba de Papanicolaou cada seis meses. La infección por el VPH también se asocia con el cáncer de pene y del ano.

Las nuevas investigaciones indican que el sexo oral puede transmitir el VPH. Los individuos infectados por este medio tienen un mayor riesgo de cánceres orales, es decir, de cánceres de la boca o garganta (Herrero *et al.*, 2003; Kreimer *et al.*, 2004).

Diagnóstico

En ocasiones, el diagnóstico se puede llevar a cabo sencillamente por medio del examen de las verrugas, ya que su apariencia es distintiva. Sin embargo, algunas cepas de verruga son planas y menos evidentes. Así también, es posible que las verrugas crezcan en el interior de la vagina y pueden no detectarse en ese sitio. Una prueba implica el análisis de una muestra de células tomadas del cuello de la vagina, de la vagina misma o de otras áreas con sospecha de infección y examina la presencia del virus de manera directa.

Tratamiento

Existen varios tratamientos disponibles para las verrugas genitales (Moreland *et al.*, 1996a). Se pueden aplicar podofilina o ácido bicloroacético (ABC) de manera directa sobre las verrugas. De manera típica, estos tratamientos se deben repetir en diversas ocasiones y

VPH: virus del papiloma humano, organismo que causa las verrugas genitales.

Verrugas genitales: infección de transmisión sexual que produce verrugas en los genitales.

después se caen las verrugas. Con la crioterapia (que con frecuencia utiliza nitrógeno líquido), se eliminan las verrugas mediante su congelamiento; de nuevo, es común que sea necesario aplicar más de un tratamiento. También se puede utilizar la terapia láser para destruir a las verrugas. En un estudio de mujeres universitarias, la infección de VPH duró, en promedio, sólo ocho meses (Ho *et al.*, 1998). La duración de la infección fue superior con mujeres mayores y el riesgo de cáncer cervical aumenta con infecciones más prolongadas.

¿Vacuna?

Como se señaló, existe una asociación poderosa entre el VPH y el cáncer cervical. Por ejemplo, en un estudio se encontró el VPH en el 93 por ciento de las 1 000 muestras de tejido de tumores de cáncer cervical tomadas de mujeres pertenecientes a 22 países (Bosch *et al.*, 1995). Estos hallazgos han conducido a los investigadores a creer que si se desarrollara una vacuna en contra del VPH, la vacuna también podría destruir los tumores cervicales. En la actualidad, se están sometiendo a prueba diversas vacunas de este tipo (Reddy *et al.*, 2004; Smyth *et al.*, 2004).

Herpes genital

El **herpes genital** es una enfermedad de los órganos genitales ocasionada por el virus del herpes simple (VHS). Se encuentran dos cepas de VHS en circulación: el VHS-1 y el VHS-2. En tiempos más sencillos, el VHS-2 causaba herpes genital y el VHS-1 ocasionaba fuegos alrededor de

Herpes genital: infección de transmisión sexual en la que los síntomas son protuberancias o ampollas pequeñas y dolorosas en los genitales.

la boca. Sin embargo, hoy en día, hay un mayor cruzamiento. En un estudio con estudiantes universitarios, los casos de herpes genital ocasionados por VHS-1 aumentaron de 31 por ciento en 1993 a 78 por ciento en 2001 (Roberts *et al.*, 2003). Así entonces, el herpes genital puede ocasionarse a partir de VHS-1 o de VHS-2. El herpes genital se transmite a través del coito y por medio del sexo bucogenital.

Se estima que 45 millones de estadounidenses —22 por ciento de las personas de 12 años de edad o mayores— están infectados (Fleming *et al.*, 1997). Las tasas de infección son algo mayores en mujeres (26 por ciento) que en varones (18 por ciento) y más elevadas entre afroestadounidenses (46 por ciento) que entre estadounidenses blancos (18 por ciento). De aquellos que presentan pruebas positivas de VHS-2 en sangre, sólo el 10 por ciento informa de un historial de brotes de herpes; es decir, la gran mayoría son asintomáti-



Vea el video "Herpes" en el capítulo 20 de su CD para aprender más acerca de los retos de vivir con esta ITS.

Figura 20.2 a) Ampollas de herpes en el pene. b) Infección de herpes en la vulva



a)



b)

cos. Estas personas transmiten la enfermedad a otros sin saberlo.

Síntomas

Los síntomas del herpes genital ocasionado por el VHS-2 son pequeñas protuberancias o ampollas dolorosas en los genitales. En las mujeres, por lo general se encuentran en los labios vaginales; en los hombres, por lo común se presentan en el pene. Pueden encontrarse alrededor del ano si la persona ha tenido coito anal. Las ampollas se revientan y pueden ser muy dolorosas. Pueden presentarse fiebre, micción dolorosa y dolores de cabeza. Las ampollas se curan por sí solas en aproximadamente tres semanas durante el primer episodio de la enfermedad. Sin embargo, el virus sigue viviendo dentro del cuerpo. Puede permanecer latente por el resto de la vida de la persona. Pero los síntomas pueden recurrir de manera impredecible, de modo que la persona pasa por periodos repetidos de 7 a 14 días con ampollas. En promedio, los pacientes de herpes tienen cuatro recurrencias por año (Benedetti *et al.*, 1994). Las infecciones por VHS-1 suelen ser menos graves. Las infecciones por VHS-2 también se pueden transmitir de la mujer embarazada al feto. Algunos lactantes se recuperan, pero otros desarrollan una infección cerebral que rápidamente conduce a su muerte. (Para una reseña excelente, véase Corey y Wald, 1999.)

Las personas con herpes son más infecciosas cuando están teniendo un brote activo. Sin embargo, las personas siguen siendo infecciosas aun cuando no están presentando un brote o incluso si nunca han tenido síntomas. Por lo tanto, no puede existir un periodo seguro.

Tratamiento

Por desgracia, aún no se conoce ningún fármaco que mate al virus; es decir, no existe una curación. Los investigadores están examinando dos soluciones: fármacos que curarían los síntomas en personas ya infectadas y vacunas para prevenir el herpes. El medicamento aciclovir previene o reduce la recurrencia de síntomas, aunque de hecho no cura a la enfermedad.

El valaciclovir y el famciclovir son fármacos nuevos que son aún más efectivos en reducir la duración de brotes y en prevenir recurrencias (Corey *et al.*, 2004; Sacks, 2004). También reducen las tasas de infección de una persona infectada a una no infectada. Los científicos están trabajando de manera activa para crear un método de inmunización en contra del herpes (Augustinova *et al.*, 2004; Meseda *et al.*, 2004; Milligan *et al.*, 2004).

Consecuencias a largo plazo

Tanto los varones como las mujeres con herpes recurrente pueden desarrollar complicaciones tales como meningitis o estrechamiento de la uretra a causa de la cicatrización. Sin embargo, tales complicaciones no afectan a la mayoría de las personas con herpes. Existen dos consecuencias más serias a largo plazo. Una es que tener una infección por herpes aumenta el riesgo de infectarse por VIH (CDC, 2001), probablemente a causa de que las ampollas abiertas durante un brote hacen que sea posible que el VIH se introduzca en el cuerpo. Por tanto, las personas que tienen herpes deben tener especial cuidado en utilizar prácticas de sexo más seguro.

El otro riesgo importante implica la transferencia del virus de madre a hijo durante el nacimiento, que en algunos casos conduce a graves enfermedades o muerte del lactante. El riesgo de transmisión se encuentra en su punto más elevado en mujeres que recién se han infectado y que están padeciendo su primer brote. El riesgo es menor en mujeres que han tenido la enfermedad durante más tiempo y es bajo si la mujer no está padeciendo un brote (Moreland *et al.*, 1996b). Por lo anterior, generalmente se practican cesáreas en mujeres que están teniendo un brote, pero el parto vaginal es posible si no existe tal brote.

Aspectos psicológicos: lidiar con el herpes

Las consecuencias psicológicas del herpes se deben tomar en cuenta con la misma seriedad que las consecuencias médicas. El rango de respuestas psicológicas es enorme. A un extremo del espectro se encuentran las personas con herpes asintomático, quienes no se percatan de que tienen la enfermedad y que felizmente siguen sexualmente activos (y que al mismo tiempo

propagan la enfermedad a otros sin darse cuenta). Al otro extremo del espectro se encuentran las personas que experimentan recurrencias frecuentes, graves y dolorosas, y que creen que se deberían abstener del sexo a fin de evitar infectar a otros. Estas dificultades se exageran por el hecho de que con frecuencia los brotes son impredecibles, y la evidencia científica actual indica que las personas son al menos un poco infecciosas aun cuando no está presentando un brote activo. Una muestra de pacientes con herpes informó, de manera poco sorprendente, que la enfermedad había surtido su mayor efecto sobre sus vidas en el área de las relaciones sexuales; informaron que interfería con su libertad, frecuencia y espontaneidad sexuales (Luby y Klinge, 1985). Los respondientes expresaron preocupaciones acerca de su capacidad para establecer relaciones íntimas a futuro, temiendo el rechazo de la pareja potencial al momento de enterarse de que estaban infectados.

Por otra parte, muchas personas con herpes pueden lidiar con su enfermedad. Por ejemplo, en la muestra señalada antes, un tercio de las personas informó que se habían adaptado de manera exitosa al herpes (Luby y Klinge, 1985). En una muestra de pacientes clínicos y de voluntarios comunitarios con herpes, 9 por ciento de las mujeres y 19 por ciento de los varones informaron sentirse aislados y solitarios debido a la enfermedad (Jadack *et al.*, 1990), pero esto significa que la gran mayoría de personas infectadas con VHS no se sienten de la misma manera. De manera irónica, es posible que la epidemia de herpes en Estados Unidos sea una bendición para las personas infectadas, ya que será cada vez más posible encontrar a una pareja que también esté infectada, eliminando así las preocupaciones acerca de la transmisión. La vida prosigue.

Los psicólogos están explorando terapias para los pacientes con herpes. Un programa de tratamiento altamente exitoso consiste de una combinación de información acerca del herpes, entrenamiento de relajación, instrucción en cuanto al manejo del estrés e instrucción en una técnica de imaginería en la que el paciente imagina que sus genitales están libres de lesiones y que él o ella son altamente resistentes al virus (Longo *et al.*, 1988). Los pacientes que recibieron seis sesiones dentro de este programa (en comparación con un grupo control sin tratamiento y un grupo que sólo participó en un grupo de apoyo social) mostraron niveles significativamente menores de depresión y ansiedad e incluso presentaron una reducción significativa en el número de brotes de herpes por año. (Véase Ebel y Wald, 2002, para un excelente libro acerca de cómo vivir con el herpes.)

Infeción por VIH y SIDA

En 1981, un médico en Los Ángeles informó de una misteriosa y atemorizante enfermedad identificada en varios varones gay. A los dos años, el número de casos había aumentado de manera notable y la comunidad gay se

SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida): infección de transmisión sexual que destruye la inmunidad natural del cuerpo hacia la infección, de modo que la persona se vuelve susceptible a una enfermedad como la neumonía o el cáncer y puede morir a causa de ella.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana, el virus que causa el SIDA.

encontraba tanto atemorizada como enfurecida, y pocos años después Washington había subvencionado una importante acción de salud pública dirigida a la comprensión y erradicación de la enfermedad. La enfermedad se llamó **SIDA**, abreviación de **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**.

Un adelanto importante llegó en 1984 cuando Robert Gallo, de los National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud) (NIH), anunció que había identificado el virus que ocasionaba el SIDA. Un equipo francés, encabezado por Luc Montagnier del Instituto Pasteur, anunció el mismo descubrimiento de manera simultánea. El virus se denomina **VIH**, virus de inmunodeficiencia humana. Se ha identificado otra cepa del virus, el VIH-2; se encuentra en África casi de manera exclusiva. El VIH-1 es responsable de casi todas las infecciones en Norteamérica.

Como su nombre implica, el VIH destruye el sistema natural del cuerpo de inmunidad a las enfermedades. Una vez que el VIH ha dañado el sistema inmune, las enfermedades oportunistas pueden invadirlo y, por lo general, la persona muere en unos cuantos meses o años.

¿Epidemia?

A partir de diciembre del 2002, se ha diagnosticado a más de 886 000 personas en Estados Unidos con SIDA y 500 000 de ellas han muerto a causa de la enfermedad. Sin embargo, las autoridades de salud creen que estas estadísticas representan tan sólo la punta del iceberg, ya que no toman en cuenta a las personas recién infectadas con VIH que aún no presentan los síntomas del SIDA en toda su extensión; ni tampoco toman en cuenta a las personas que tienen síntomas leves de la enfermedad pero que no son lo suficientemente graves como para clasificarse como SIDA. Se estima que 1 millón de estadounidenses están infectados, y los expertos calculan que 40 millones de personas alrededor del mundo están infectadas de VIH, aunque la mayoría todavía no presenta síntomas y no se ha dado cuenta de que están infectados (CDC, 2004). Tan sólo en el año 2003, la infección por VIH ocasionó aproximadamente 23 millones de muertes en todo el mundo. Así, se han utilizado los términos *epidemia global* y *pandemia* (epidemia generalizada), con buena razón.

Transmisión

Cuando las personas hablan de que el VIH se transmite a través de fluidos corporales, a los que están haciendo referencia son semen y sangre y, posiblemente, secre-

Figura 20.3 Los expertos concuerdan en que, a falta de una cura o vacuna para el SIDA, la mejor arma que tenemos es la educación. (El texto del anuncio espectacular: "Utiliza condones como si tu vida dependiera de ello." Usa el condón. Sométete a la prueba. 1-800-367-SIDA.)



ciones del cuello de la vagina y de la vagina misma. El VIH se propaga de cuatro maneras: (1) por medio del coito (ya sea coito pene-vagina o coito anal);³ (2) por medio de sangre contaminada (un riesgo para las personas que reciben una transfusión sanguínea si la sangre no ha sido seleccionada); (3) por jeringas hipodérmicas contaminadas (un riesgo para aquellos que utilizan drogas inyectadas o para trabajadores del cuidado de la salud que reciben piquetes accidentales), y (4) de una mujer infectada a su bebé durante el embarazo o el parto.

En sustentación a estas afirmaciones, las estadísticas de casos de SIDA en adultos y adolescentes en Estados Unidos indican que aquellos infectados pertenecen a las siguientes categorías de exposición: (1) varones que sostienen relaciones sexuales con varones (48 por ciento); (2) personas que utilizan drogas inyectadas (27 por ciento); (3) personas sometidas a diversas fuentes de exposición (7 por ciento); (4) heterosexuales que tienen contacto sexual con una persona infectada (15 por ciento), y (5) receptores de transfusiones de sangre contaminada (2 por ciento) (CDC, 2004). En Estados Unidos, durante los primeros años de la epidemia, los varones que sostenían relaciones sexuales con varones representaban la mayoría de los casos. Sin embargo, en la actualidad, las mujeres son el grupo de mayor crecimiento de infección nueva por VIH, y representan el 24 por ciento de los casos (CDC, 2004). A nivel mundial, el 70 por ciento de los casos resulta a partir de la transmisión heterosexual (Ehrhardt, 1996).

¿Qué tan grande es el riesgo de que usted se infecte por VIH? En esencia, depende de cuáles son sus prácticas sexuales (dejando a un lado las cuestiones del uso de drogas inyectadas, que se encuentran más allá del alcance del presente texto) (Varghese *et al.*, 2002). *La conducta sexual con mayores probabilidades de propagar el SIDA es el coito anal, y ser el miembro receptor de la pareja lo coloca en mayor riesgo.* Esto es cierto tanto para heterosexuales como para homosexuales. Ya sea que usted sea gay o buga, *mientras más parejas sexuales tenga, mayor será su riesgo de contagiarse de VIH.* Es posible que usted haya oído la expresión “seis grados de separación”. Resulta que esto también es cierto en el caso del VIH. Un estudio encontró que la mayoría de las personas se encuentran tan sólo a unos cuantos grados de separación sexual de alguien infectado con VIH (Liljeros *et al.*, 2001). Mientras mayor sea el número de parejas sexuales que usted tiene, mayores serán sus probabilidades de conectarse con esa persona VIH positiva.

El coito heterosexual pene-vagina también propaga el VIH. El riesgo varía de manera considerable dependiendo de la persona con la que usted sostenga relaciones sexuales y de si utiliza un condón. *El coito es más riesgoso si se sostiene con una persona infectada con VIH*

Cuadro 20.1 Riesgo de infección de una ITS como resultado de un acto de coito con una persona infectada, no utilizando condón

| | Porcentaje del riesgo de transmisión de | |
|----------------|---|---------------|
| | Varón a mujer | Mujer a varón |
| Gonorrea | 50 a 90% | 20% |
| Herpes genital | 0.2% | 0.05% |
| VIH | 0.1 a 20% | 0.01 a 10% |

Fuente: Stone (1994), pp. 203-212.

(*seropositiva*), si la persona pertenece a un grupo de alto riesgo (gay, farmacodependiente de sustancias inyectadas) o si no se utilizan condones. El cuadro 20.1 muestra el riesgo relativo de infección a partir de un solo acto de coito con una persona infectada, de no utilizarse un condón. Un estudio de transmisión heterosexual de VIH entre 415 parejas de Uganda en las que un miembro estaba infectado al inicio mientras que el otro no lo estaba indicó que el 22 por ciento de los no infectados adquirieron la enfermedad en un periodo de dos años (Quinn *et al.*, 2000). Las tasas de transmisión varón a mujer y mujer a varón fueron aproximadamente iguales. Mientras más elevado sea el conteo viral de la persona infectada, mayor será la tasa de transmisión. Ninguno de los varones circuncidados adquirió la infección.

Es importante señalar que los condones tienen una efectividad del 87 por ciento en la protección contra la transmisión de VIH durante el coito heterosexual (Davis y Weller, 1999). Esto no constituye una protección perfecta, pero es considerablemente buena y mucho mejor que no tener protección alguna. Los grupos religiosos de ultraderecha han intentado convencer al público —especialmente a niños de edad escolar— que los condones son completamente ineficientes, pero los estudios científicos indican lo contrario.

El virus

El VIH se encuentra en el grupo de los retrovirus. Los retrovirus se reproducen únicamente dentro de las células vivas de la especie huésped, y cada vez que se divide la célula huésped, se producen copias del virus junto con más células huésped, cada una conteniendo el código genético del virus. La investigación actual se ha dedicado a encontrar fármacos que prevendrán al virus de infectar a células nuevas. Hoy en día, existen por lo menos dos cepas del VIH en Estados Unidos, el VIH-1 y el VIH-2.

En especial, el VIH invade un grupo de glóbulos blancos (linfocitos) denominados células T auxiliares o células T4. Estas células son esenciales para la respuesta inmune del cuerpo para luchar en contra de las infecciones. Cuando el VIH se reproduce, destruye a la

³ También existe la posibilidad de que el sexo bucogenital pueda transmitir el VIH, en especial si la persona infectada eyacula en la boca de la otra persona.

célula T infectada. A la larga, el número de células T de una persona VIH positiva se reduce a tal grado que no puede luchar en contra de las infecciones.

Los científicos se han esforzado en gran medida a fin de comprender el funcionamiento del VIH. En 1996, se anunciaron importantes descubrimientos (Alkhatib *et al.*, 1996; Balter, 1996; Feng *et al.*, 1996). Los científicos habían identificado dos *correceptores* para el VIH, la fusina y el CC-CKR-5, que permiten que el VIH se introduzca en las células T. En apariencia, el CC-CKR-5 es el correceptor importante en las etapas iniciales de la enfermedad y la fusina en etapas posteriores. Este descubrimiento puede conducir a avances en el tratamiento si pueden encontrar fármacos que bloqueen a estos correceptores.

La enfermedad

En 1986, los Centers for Disease Control establecieron la siguiente categorización de cuatro clases amplias de infección por VIH:

1. *Infección inicial con el virus y desarrollo de anticuerpos en su contra.* Por lo general, las personas infectadas no muestran síntomas inmediatos, pero sí desarrollan anticuerpos en sangre dentro de las dos a ocho semanas después de la infección.
2. *Estado de portador asintomático* (la persona está infectada con el virus, pero no muestra síntomas). Estos portadores asintomáticos pueden infectar a otras personas, lo que representa una situación peligrosa.
3. *Linfadenopatía.* Ésta es una condición más grave en la que las personas infectadas desarrollan síntomas, mismos que no amenazan la vida de forma inmediata: inflamación de ganglios linfáticos, sudores nocturnos, fiebre, diarrea, pérdida de peso y fatiga.
4. *SIDA.* De acuerdo con los estándares de 1986 de los CDC, el diagnóstico de SIDA se aplicaba cuando la persona se ve afectada por infecciones oportunistas (infecciones que sólo aparecen en personas con inmunidad gravemente comprometida) que amenazan su vida, tales como neumonía por *Pneumocystis carinii* (neumonía intersticial de células plasmáticas) y sarcoma de Kaposi (SK), una forma poco común de cáncer. El diagnóstico también se utiliza cuando se presentan otras infecciones oportunistas o cánceres del tejido linfático y cuando la persona muestra pruebas positivas de anticuerpos de VIH. Es posible que ocurran problemas neurológicos en los pacientes con SIDA ya que el virus puede infectar las células del cerebro; los síntomas pueden incluir convulsiones y problemas mentales. Otras infecciones en esta etapa incluyen herpes, candidiasis en boca y garganta, y virus del papiloma humano (VPH).

Más adelante, los CDC refinaron su definición de SIDA ya que la original requería que el paciente presentara una infección oportunista tal como el sarcoma de Kaposi o neumonía por *Pneumocystis carinii*. Algunos activistas argumentaron que la definición original era especialmente inadecuada para las mujeres infectadas, que tienen

pocas probabilidades de desarrollar sarcoma de Kaposi, pero quienes probablemente desarrollen cáncer cervical o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

La definición posterior de los CDC incluyen los criterios indicados antes, pero también toman en cuenta el conteo de células T4 de la persona (Steinberg, 1993). El conteo normal es de aproximadamente 1 000 células por milímetro cúbico de sangre. La etapa inicial de la enfermedad se definiría como el comienzo de la infección y dura el tiempo que la persona se sigue sintiendo bien y sus conteos de células T4 permanecen al rededor de 1 000. En la etapa media, el conteo de células T4 se reduce a la mitad, a cerca de 500, pero es posible que la persona aún no presente síntomas externos. Sin embargo, el sistema inmune está derrumbándose de manera silenciosa. Es en este momento en que se puede iniciar el tratamiento con AZT, DDI y otros fármacos; existe cierta evidencia de que estos tratamientos farmacológicos (que se discuten adelante) son más efectivos si se inician temprano en la enfermedad. En la etapa tardía, el conteo de células T4 desciende a 200 o menos y, aunque es posible que de manera inicial la persona no tenga síntomas, él o ella se vuelven cada vez más vulnerables a infecciones bacterianas, virales y micóticas. Existe la posibilidad de que las personas tengan una pérdida de peso, presenten diarreas y experimenten fiebres y fatiga al inicio de esta etapa. Más adelante, es posible que se desarrollen graves infecciones oportunistas incluyendo SK, neumonía y toxoplasmosis, una infección parasitaria que ataca al cerebro. De acuerdo con la definición, un conteo de células T4 por debajo de 200 es en sí una indicación de SIDA. Se han introducido otros indicadores de SIDA para personas VIH positivas, incluyendo cáncer cervical.

Diagnóstico

La prueba de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH utiliza la técnica de ELISA (análisis de inmunoabsorción ligada a enzimas). Es fácil y económica llevarla a cabo. Se puede utilizar de dos maneras importantes: (1) para la selección de sangre donada; toda la sangre que se dona en Estados Unidos se selecciona por medio de ELISA, de modo que las infecciones a causa de transfusiones deberían ocurrir con muy poca frecuencia, aunque algunas sí se presentaron antes del desarrollo de ELISA y aún con esta prueba sigue existiendo un riesgo mínimo;⁴ y (2) para ayudar a las personas a determinar si están infectadas (VIH positivas), pero que son portadores asintomáticos.

⁴ El riesgo de que ELISA no detecte algunos raros casos de sangre infectada es el resultado del hecho de que detecta anticuerpos al VIH, no el VIH en sí. Se lleva de seis a ocho semanas para que se formen los anticuerpos. Por ende, si una persona dona sangre pocas semanas después de infectarse y antes de que se formen los anticuerpos, ELISA no detectará dicha infección. Por lo general, ELISA arroja resultados positivos tres meses después de la infección. Se estima que hay un caso de transmisión de VIH por cada 550 000 donaciones de sangre (Lackritz *et al.*, 1995).

Este último uso es de gran importancia ya que si las personas sospechan que podrían estar infectadas y lo corroboran por medio de la prueba de sangre, deberían abstenerse de sostener relaciones sexuales o, al menos, utilizar un condón de manera consistente a fin de no propagar la enfermedad a otros. Sólo por medio de las conductas responsables de este tipo es que se puede llegar a controlar la epidemia.

ELISA es una prueba muy sensible; es decir, es altamente precisa para detectar anticuerpos al VIH (en lenguaje estadístico, tiene una tasa muy baja de falsos negativos). Sin embargo, sí produce un número sustancial de falsos positivos: la prueba indica que hay anticuerpos al VIH presentes cuando en realidad no lo están. Así, los resultados positivos con ELISA siempre se deben confirmar por medio de una segunda prueba, más específica.

La otra prueba principal, que utiliza el método de Western blot o método de inmunofluorescencia, proporciona dicha confirmación. Es más cara y difícil de llevar a cabo, de modo que no resulta práctica para la selección masiva de sangre, como es el caso de ELISA. Sin embargo, es altamente precisa (falsos positivos inusuales), por lo que es de gran utilidad para confirmar o descartar una prueba positiva de ELISA.

Se debe enfatizar que ambas pruebas sólo detectan la presencia de anticuerpos al VIH. No predicen si la persona desarrollará síntomas o si progresará dentro de la clasificación del SIDA.

Una de las desventajas de la prueba de ELISA es que implica un largo tiempo de espera —más de una semana— antes de que se sepan los resultados. Dos avances importantes que fueron aprobados por la FDA son la prueba *OraQuick* rápida de VIH en sangre en el año 2002, y la prueba *OraQuick* rápida de VIH en fluidos orales en el 2004 (CDC, 2004). Ambas se deben llevar a cabo en clínicas. La prueba de sangre implica que se haga un piquete en el dedo y detecta anticuerpos tanto al VIH-1 como al VIH-2. La prueba de fluidos orales detecta anticuerpos al VIH-1. En ambos casos, los resultados están disponibles en 20 a 30 minutos.

Tratamiento

Aún no existe cura para el SIDA. Sin embargo, se está haciendo cierto progreso en el desarrollo de tratamientos para controlar la enfermedad. Un fármaco antiviral, el AZT (azidotimidina, también llamada *zidovudina* o *ZDV*) se ha utilizado ampliamente. Tiene el efecto de detener la multiplicación del virus. Sin embargo, aún si se detiene al virus, sigue existiendo la necesidad de reparar el sistema inmune dañado de la persona. Por desgracia, el AZT tiene muchos efectos secundarios y algunos pacientes no pueden utilizarlo, o sólo lo hacen durante un tiempo limitado. Por tanto, se han hecho esfuerzos concertados por encontrar nuevos medicamentos que retrasen o detengan el progreso de la enfermedad.

El DDI (dideoxinosina o didanosina) es un fármaco de este tipo. Se introdujo para ensayos clínicos al final de 1989, después de menos pruebas de las que

comúnmente se llevan a cabo, debido a la urgencia de encontrar medicamentos adicionales para tratar a personas infectadas con VIH. Como el AZT, el DDI retrasa el progreso de la enfermedad al prevenir la multiplicación del virus. El ddC (dideoxicitidina) es otro medicamento que se desarrolló al mismo tiempo que el DDI; también detiene la reproducción del virus del SIDA. El D4T es aún otro fármaco similar. De manera colectiva, estos medicamentos se denominan TAR, para terapia antirretroviral.

Un importante avance se dio en 1996, con la disponibilidad de una nueva categoría de fármacos, los *inhibidores de la proteasa* (Ezzell, 1996; Kempf et al., 1995; Vacca et al., 1994). Los inhibidores de la proteasa atacan la encima viral del mismo nombre, que es necesaria para que el VIH haga copias de sí mismo y se reproduzca. Los pacientes toman un “coctel de fármacos” que consiste de algún inhibidor de la proteasa (indinavir o ritonavir) en combinación con AZT y algún otro medicamento anti-VIH. Esta combinación se denomina TAAA, terapia antirretroviral altamente activa. Dentro del año siguiente a la introducción de la TAAA, surgieron informes sensacionales en cuanto a que el conteo de VIH se había vuelto indetectable en la sangre de las personas que estaban tomando el coctel de medicamentos (Cohen, 1997). Algunos creyeron que se había encontrado una cura. El número de muertes a causa del SIDA disminuyó por primera vez desde que se había identificado la enfermedad.

Por desgracia, la investigación acerca del VIH es como una montaña rusa, con subidas exultantes seguidas por descensos precipitados. El VIH mutó a formas resistentes a los medicamentos. Y, aunque el VIH se había vuelto indetectable en la sangre de las personas tratadas con el coctel de fármacos, se estaba escondiendo: dentro de las células T, en los ganglios linfáticos y en órganos tales como el cerebro, ojos y testículos (Cohen, 1998; Finzi et al., 1997; Wong et al., 1997). En pocas palabras, el tratamiento del coctel de fármacos no lo había erradicado.

Hoy en día, la TAAA hace que la infección por VIH sea una enfermedad manejable para muchas personas, que están sobreviviendo mucho más tiempo del que lo hubieran hecho sin este tratamiento. Para otros, el tratamiento TAAA a largo plazo ocasiona graves efectos secundarios tales como problemas tipo diabetes, huesos frágiles y enfermedades cardíacas, lo que significa que deben interrumpir el tratamiento o cambiar a otro (Cohen, 2002). Otras personas sencillamente dejan de responder al régimen de la TAAA y se han presentado preocupaciones acerca de la emergencia de cepas resistentes.

También se está haciendo progreso en otros frentes con medicamentos que previenen en contra

de las enfermedades oportunistas que atacan a las personas con SIDA. Por ejemplo, la pentamidina, un medicamento en forma de aerosol, es el tratamiento estándar para prevenir la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

AZT: fármaco que se utiliza para tratar a las personas con infección por VIH; también llamado ZDV.

Mujeres, niños, minorías étnicas y SIDA

En los primeros días de la epidemia de SIDA, los varones constituían la mayoría de los casos en Estados Unidos, pero esa situación ha cambiado considerablemente desde entonces. Mientras que en 1985 las mujeres sólo representaban el 7 por ciento de los casos de SIDA, hoy constituyen el 25 por ciento (CDC, 2004). El VIH/SIDA es ahora la quinta causa principal de muerte para las mujeres estadounidenses de entre 25 y 44 años de edad y es la tercera causa principal de muerte para las mujeres afroestadounidenses. Así, está aumentando la urgencia de atender a las necesidades de las mujeres infectadas por VIH.

A partir del año 2000, los nuevos casos de mujeres con SIDA e infección por VIH estaban en mayores probabilidades de haber sido ocasionados por contacto heterosexual (38 por ciento) y el uso de drogas inyectadas se presenta como la segunda categoría de mayor importancia con un 25 por ciento (CDC, 2004).

Las mujeres necesitan de un mucho mayor reconocimiento en las investigaciones acerca de SIDA. Por ejemplo, se necesitan desarrollar programas de intervención (tales como el Harlem AIDS Project [Proyecto de SIDA de Harlem]) dirigidos hacia sus necesidades (Deren *et al.*, 1993). Tales programas deberían incluir capacitación en asertividad sexual, en los que se empodera a las mujeres a insistir que sus parejas sexuales utilicen condones. También es necesario que se incluyan mujeres en los ensayos clínicos de tratamientos medicamentosos.

Algunos de los casos más tristes son los niños con SIDA; estos casos se conocen como SIDA pediátrico. Los niños se infectan del VIH ya sea al momento de su nacimiento por la infección de la madre (89 por ciento de los casos) o a causa de la hemofilia (4 por ciento) o de transfusiones con sangre contaminada (6 por ciento). Es frecuente, pero no obligatorio, que los bebés nacidos de madres infectadas adquieran la enfermedad. Un punto de luz es el hallazgo de que el uso de AZT para tratar a la mujer durante su embarazo puede reducir la tasa de infección en el bebé de manera sustancial, reduciéndola a niveles tan bajos como del 5 por ciento (Harris *et al.*, 2002).

Las personas de color en Estados Unidos—y en todo el mundo—han soportado una carga desproporcionada de casos de SIDA. Los afroestadounidenses conforman sólo el 12 por ciento de la población de Estados Unidos, pero constituyen el 39 por ciento de varones con SIDA y el 66 por ciento de mujeres con la enfermedad (CDC, 2004). Los hispanos también tienen una representación demasiado elevada; son el 13 por ciento de la población de Estados Unidos, pero el 22 por ciento de los casos de SIDA. La incidencia de SIDA es baja entre los asiático-estadounidenses (menos del 1 por ciento de los casos) y entre los indígenas estadounidenses (también menos del 1 por ciento de los casos).

Un total de 41 por ciento de los afroestadounidenses cree que el SIDA es el problema de salud más urgente al que se enfrenta Estados Unidos, en comparación con sólo el 23 por ciento de los estadounidenses blancos (Aragon *et al.*, 2001).

Figura 20.4 El SIDA es una enfermedad multicultural. a) Un varón estadounidense con SIDA. b) Una mujer africana que padece la misma enfermedad.



a)



b)

Al comprender el impacto que tiene el SIDA sobre las minorías étnicas de Estados Unidos, es importante reconocer que algunos grupos minoritarios, en especial los afroestadounidenses, tienen un punto de vista muy diferente acerca del SIDA que la mayoría blanca (Aragon *et al.*, 2001). Algunos afroestadounidenses consideran que el SIDA es una estrategia planeada para matarlos. En una encuesta de miembros de iglesias afroestadounidenses en cinco ciudades, 34 por ciento

estuvo de acuerdo con la afirmación “Creo que el SIDA es un virus creado por el hombre” y otro 44 por ciento adicional estuvo incierto con respecto a esta cuestión (Thomas y Quinn, 1991). Además, un 35 por ciento concordó con la afirmación, “Creo que el SIDA es un genocidio en contra de la raza afroestadounidense.” Estas creencias se deben entender dentro de un contexto cultural. La mayoría de los afroestadounidenses están concientes del Estudio de Sífilis de Tuskegee, en el que hombres negros de Alabama que padecían de sífilis se dejaron sin tratamiento alguno de manera intencional durante décadas a fin de ver cuáles serían las consecuencias de la enfermedad a largo plazo. Ese estudio fue pasmosamente cruel y carente de ética; ningún comité de ética de investigación lo aprobaría en nuestros días. Tras ese estudio, es difícil que los afroestadounidenses confíen en la comunidad médica dominada por blancos, o en los estadounidenses blancos en general, en cuestiones que tienen que ver con infecciones de transmisión sexual.

Existe una urgente necesidad de desarrollar programas educativos y preventivos para las comunidades negras y latinas similares a los que se han implementado para la comunidad gay. Estos programas deben ser culturalmente sensibles y se deberían centrar en la erradicación del uso compartido de jeringas y de prácticas de sexo inseguro.

Consideraciones psicológicas en el SIDA

Son profundas las implicaciones psicológicas para aquellas personas infectadas por VIH y para los pacientes de SIDA. El Tema central 20.2 proporciona una perspectiva personal de los esfuerzos psicológicos de una persona como éstas. Existen ciertas analogías con las personas que reciben un diagnóstico de cáncer incurable ya que el SIDA, al menos en la actualidad, es incurable. Muchos pacientes experimentan las reacciones típicas a tales situaciones, incluyendo una negación de la realidad, seguida de enojo, depresión, o ambos. Sin embargo, la analogía con pacientes de cáncer no es perfecta, ya que el SIDA es una enfermedad que conlleva un estigma social del que carece el cáncer. Así, la revelación de que uno tiene SIDA con frecuencia se debe acompañar de la admisión de que uno es gay o adicto a las drogas. Así también, a medida que la persona se enferma cada vez más, es poco probable que pueda sostener un empleo, y las preocupaciones económicas se convierten en una presión adicional.

Existe una gran necesidad de sensibilidad ante las necesidades psicológicas de los pacientes con SIDA. En la mayoría de las ciudades se han formado grupos de apoyo para pacientes con SIDA y sus familiares. El apoyo social y psicológico de los demás es esencial a medida que las personas sobrellevan esta crisis (Pakenham *et al.*, 1994).

La terapia cognitiva conductual en combinación con terapias de manejo de estrés han mostrado su efectividad para mejorar la calidad de vida y para disminuir la ansiedad y depresión en personas infecta-

das por VIH (Cruess *et al.*, 2002; Lechnes *et al.*, 2003). La efectividad de estas terapias es importante por dos razones. Primero, mejoran la calidad de vida de las personas afectadas. Segundo, las investigaciones muestran que las personas VIH positivas que no tienen síntomas, pero que se encuentran deprimidas, mueren antes que las personas similares que no están deprimidas (Burack *et al.*, 1993). Por lo tanto, es probable que la psicoterapia tenga un impacto positivo tanto sobre la salud mental como sobre la salud física.

Adelantos recientes en las investigaciones acerca de SIDA

Como es claro a partir de la presente discusión, se necesita mucha más investigación con respecto al SIDA. Se necesitan mejores tratamientos para controlar esta enfermedad, se necesita una cura y se necesita una vacuna en su contra. Esto es mucho pedir y es poco probable que se dé en los próximos años.

Vacuna

Los investigadores han estado trabajando incansablemente para desarrollar una vacuna contra el VIH, pero la labor ha resultado mucho más difícil de lo que se esperaba. El problema es que, en realidad, el VIH tiene muchas formas y, para empeorar las cosas, muta y se recombina de manera veloz, creando aún más nuevas formas (Robertson *et al.*, 1995). En efecto, el virus no se queda quieto durante el tiempo suficiente como para que la vacuna actúe sobre él de manera efectiva.

Una estrategia para desarrollar una vacuna, es crear una que de inicio funcione con monos, que pueden infectarse por un análogo al VIH que se denomina VIS (virus de inmunodeficiencia de simios). Incluso, se ha sugerido que el VIS es el mismo virus que el VIH-2 (Gao *et al.*, 1992). Se han hecho progresos en desarrollar vacunas que protegen a los monos de infecciones por VIS (Amara *et al.*, 2001; Casimiro *et al.*, 2003).

Otra estrategia más implica el desarrollo de una vacuna que se administre a personas recién infectadas por VIH. La meta es reforzar su funcionamiento inmune de modo que puedan deshacerse del virus. Se están desarrollando vacunas de este tipo (Barouch *et al.*, 2000; Rosenberg *et al.*, 2000; Schooley *et al.*, 2000).

Dos estrategias adicionales suponen el desarrollo de una vacuna que estimule al cuerpo para formar una resistencia (es decir, anticuerpos) al VIH, o bien una vacuna que actúe a nivel celular por medio de la estimulación de la producción de células T especializadas que sean tóxicas para el VIH (Heilman y Baltimore, 1998). Una posibilidad más es una vacuna que combine ambas técnicas. Muchas vacunas de este tipo ya han entrado a ensayos clínicos con humanos (Cohen, 2001).

Investigación con no progresores

Se está estudiando a ciertos tipos de personas para encontrar pistas que conduzcan a avances en la guerra contra el SIDA. Uno de estos grupos es el de *no progresores* (Buchbinder *et al.*, 1994). Aproximadamente el

Tema central 20.1

El SIDA en Tailandia

Anivel global, el SIDA es una pandemia; es decir, una epidemia que se ha propagado alrededor del mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que existen 40 millones de personas infectadas a nivel mundial, de las cuales el 90 por ciento se encuentran en países en vías de desarrollo. Esta pandemia está ocasionando graves presiones económicas y sociales en muchos países, sin mencionar el sufrimiento de individuos.

En general, Asia se ha quedado atrás de otras regiones en cuanto a la transmisión del VIH. Tailandia es una notable excepción al patrón: allí, la epidemia está causando estragos. A principios de la década de 1990, dependiendo de la región del país, 40 a 50 por ciento de los farmacodependientes de sustancias inyectadas estaban infectados, del mismo modo que el 20 a 45 por ciento de prostitutas de burdel. Se cree que cerca de 1 millón de los 60 millones de habitantes de Tailandia están infectados.

El contexto sociocultural es la clave para comprender la manera en que el SIDA ha azotado a Tailandia. Dos factores cercanamente relacionados son la industria del comercio sexual y el auge del turismo. En Tailandia existe una floreciente y amplia industria de comercio sexual. Se estima que cerca de medio millón de mujeres jóvenes que allí habitan trabajan como prostitutas, la mayoría de las cuales se encuentra en un rango de edad entre los 16 y 24 años. Existe una amplia variedad de formas de prostitución, acorde a cualquier presupuesto, que va desde agencias de *call girls*, clubes ejecutivos y bares a gogó hasta salas de masaje, burdeles, prostitutas callejeras e incluso operaciones móviles que salen a las áreas rurales.

¿Por qué existe esta enorme industria de sexo comercial en Tailandia? El factor principal es el económico. Las brechas sociales y de ingresos en Tailandia son enormes y se pueden observar áreas rurales caracterizadas por gran pobreza, así como la riqueza conspicua de Bangkok. Por ejemplo, es posible que una joven rural vaya a la ciudad e ingrese a la prostitución a fin de pagar las deudas familiares. La prostitución es muy lucrativa; se ha estimado que las sexoservidoras comerciales pueden ganar 25 veces más que las jóvenes que laboran como trabajadoras domésticas y en los otros empleos disponibles a ellas. Otro factor es la creencia de que sólo existen dos tipos de mujeres: las mujeres virtuosas que se mantienen vírgenes hasta el momento del matrimonio y las prostitutas. Así también, Tailandia es un país que de manera histórica ha practicado la poligamia y el concubinato. Además de que un varón que no acude a prostitutas se consi-

dera menos que masculino. Estos factores culturales se combinan para crear una gran demanda de prostitutas. Por último, iniciando cerca de los tiempos de la Guerra de Vietnam, Tailandia se convirtió en un patio de juegos sexuales para los turistas extranjeros y sigue siéndolo hasta nuestros días.

El turismo proporciona más clientes para las prostitutas y, por tanto, sirve como incentivo para que más mujeres ingresen a la prostitución. Pero el turismo también desempeña un papel importante en la propagación internacional del VIH, llevándolo a Tailandia y, a su vez, difundiéndolo a los países de origen de los turistas.

Hoy en día, se considera que Tailandia es una historia de éxito. En 1990 se introdujo la educación acerca de SIDA en las escuelas. En 1991, se instituyó un “programa 100 por ciento condón” con la ayuda de los dueños de los salones de sexo y los sexoservidores en el que se alienta a todos los clientes a utilizar condones. El gobierno suministró 60 millones de condones al año a dicho esfuerzo. Las investigaciones indican que la incidencia del sexo extramarital y del sexo con sexoservidores disminuyó del 22 por ciento en 1990 a un 10 por ciento en 1997 (Phoolcharoen, 1998). Las autoridades calculan que, sin la campaña de uso de condones, el 10 por ciento de todos los adultos tailandeses se hubiera infectado para el año 2000, mientras que sólo resultó infectado el 2 por ciento, y la tasa no se ha elevado.

A pesar del éxito de tales esfuerzos, la epidemia aún es grave. Por ello, los oficiales tailandeses, en combinación con investigadores estadounidenses, están considerando estrategias aún más aventuradas.

Se han desarrollado dos vacunas prometedoras en contra del VIH en Estados Unidos, pero las autoridades estadounidenses han decidido no canalizarlas a ensayos dentro de su país. Los oficiales tailandeses, que se enfrentan a una situación mucho más desesperada, están negociando para conducir los ensayos en el suyo. De manera irónica, las complicaciones políticas del proceso democrático de Estados Unidos, junto con una enorme preocupación por la seguridad, retrasan los avances en Estados Unidos, mientras que en Tailandia, si las autoridades deciden hacerlo, lo hacen. La estrategia sería vacunar a voluntarios no infectados cuyas parejas son VIH positivas. Así, es posible que la tragedia de Tailandia conduzca a la identificación de una vacuna efectiva que se pueda utilizar en todo el mundo a fin de detener la pandemia.

Fuentes: Balter (1998); Cohen (2003); Ford y Koetsawang (1991); Phoolcharoen (1998); Stoneburner *et al.* (1994).

Tema central 20.2

Un hombre VIH positivo cuenta su historia

Tim Lapp, de 41 años de edad, es un quiropráctico retirado que se jubiló al perder su práctica cuando su infección por VIH lo hizo sentir demasiado enfermo como para atender a sus pacientes.

Tim se infectó en 1992. Antes de eso, había estado involucrado en dos relaciones a largo plazo y él y sus parejas regularmente se sometían a pruebas de VIH. Sin embargo, en un viaje a San Francisco durante Halloween, sostuvo relaciones sexuales con un varón y, aunque practicaron sexo seguro, el condón se rompió. Él está seguro que este incidente fue el origen de su contagio. Nunca vio a ese hombre de nuevo. No lo responsabiliza porque practicaron sexo seguro de manera concienzuda y la otra persona no le mintió.

Tim siguió adelante, ocultando su infección por una variedad de razones, incluyendo el hecho de que en Wisconsin hubiera perdido su licencia si se hubiera sabido que estaba infectado de VIH. No recibió un tratamiento inicial porque se encontraba en un nuevo plan de seguros y su asegurador hubiera declarado que la infección era una condición preexistente y, por tanto, no hubiera pagado por el tratamiento.

En 1998 hizo un viaje de ensueño a Rusia. No dándose cuenta de que los productos lácteos en ese país no están pasteurizados, los utilizó y, debido a su sistema inmune comprometido, contrajo fiebre tifoidea. Se enfermó gravemente y fue hospitalizado. Lograron curar su fiebre tifoidea, pero tuvo una serie de infecciones gastrointestinales a lo largo del año siguiente. Fue durante estas enfermedades debilitantes que renunció a su práctica.

Hoy en día, Tim está recibiendo el mejor tratamiento posible. Su conteo de células T se encuentra en 150, el nivel más elevado que ha tenido en años (ha llegado a niveles tan bajos como de 18), y se siente sano. Por desgracia, los inhibidores de la proteasa lo hacen sentir enfermo de modo que no puede tomarlos. Por lo anterior, se encuentra en un régimen de coctel de

medicamentos que no incluye inhibidores de proteasa. La combinación de fármacos actual le ha funcionado bien durante los últimos dos años pero recientemente se ha vuelto ineficiente, así que pronto tendrá que cambiar de medicamentos. Tomar sus medicinas no es algo que carezca de problemas; cerca de dos veces por semana vomita cuatro o cinco veces por las mañanas, pero ha aprendido a aceptarlo.

Tim se encuentra en una relación de cinco años con un varón que es contador. Su pareja es VIH negativo, practican sexo seguro y su pareja no ha adquirido la enfermedad. Al preguntarle por qué tiene una pareja que no está infectada y si se preocupa de infectarlo, Tim dijo que es demasiado difícil encontrar a alguien a quien se ama y con quien uno es compatible como para dejar que el estatus VIH de cada quien se vuelva una barrera. Tim siente que el apoyo que recibe de su pareja es en gran medida una de las razones por las que se encuentra tan bien de salud en la actualidad. Tim hace labores voluntarias extensas, en especial con la red local de apoyo de SIDA, sirviendo en la junta directiva y coordinando eventos especiales.

Cuando le pregunté a Tim que les diría a las personas que leyeran el presente libro, contestó que quería que supieran lo fácil que es contraer la enfermedad. Las personas deben utilizar condones cada vez que tengan relaciones sexuales, de lo contrario, todos sus sueños se podrían ir por el caño. Le preocupa que sólo los varones gay tienen cuidado porque están más conscientes del riesgo y que los demás no se cuidan. Sin embargo, también transmitió un mensaje de esperanza porque los tratamientos han mejorado de manera espectacular y, para muchas personas, la enfermedad es el equivalente aproximado a la diabetes en cuanto a que se puede tener bajo control. Hoy, Tim siente que realmente puede esperar tener un futuro.

Fuente: Basado en una entrevista conducida por Janet Hyde.

5 por ciento de personas infectadas con VIH pueden pasar 10 o más años sin síntomas ni deterioro de sus sistema inmune. Su conteo de células T permanece arriba de 500. Resulta que los no progresores tienen menos VIH en sus cuerpos, aun cuando han estado infectados durante más de una década. ¿Por qué? Una posibilidad es que estas personas tienen sistemas inmunes inusualmente fuertes que en esencia

han logrado contener al virus. Otra posibilidad es que adquirieron la infección a partir de una cepa débil del virus. Algunos individuos están infectados con una cepa genéticamente deficiente del VIH que no se duplica; esta situación es intrigante porque podría ser de utilidad en la producción de una vacuna. Así también, los no progresores tienen niveles especialmente elevados de defensinas, químicos segregados por los

Figura 20.5 Una estrategia prometedora en la búsqueda de la cura del SIDA es estudiar a los pocos individuos que han estado infectados de VIH por 10 años o más, pero que no han muerto o incluso desarrollado SIDA. El artista Robert Anderson ha tenido el VIH durante 15 años y sigue siendo saludable.



glóbulos blancos (Gang, 2002). Se sabe que las defensas contribuyen a matar microbios tales como el VIH.

Quimocinas

Otro importante avance científico es el descubrimiento de factores supresores del VIH o *quimocinas* (Balter, 1995; Cocchi *et al.*, 1995; Cohen, 1997). Ciertos linfocitos (células T CD8+) luchan en contra del VIH en el cuerpo. Lo hacen por medio de la secreción de tres quimocinas (que son moléculas) denominadas RANTES, MIP-1a y MIP-1b. Las personas infectadas con VIH que son no progresores tienen elevados niveles de células CD8 y altos niveles de quimocinas en comparación con los progresores rápidos (Haynes *et al.*, 1996). Las quimocinas pueden vincularse al correceptor CC CKR 5, blo-

queando la entrada del VIH a las células. Los científicos esperan que estos descubrimientos puedan conducir a mejores tratamientos para personas infectadas con VIH y posiblemente a vacunas que aumenten los niveles de quimocinas para así fortalecer la resistencia del cuerpo a la infección por VIH.

Personas resistentes a la infección

Otro grupo intrigante son algunas prostitutas de Nairobi, Kenya, que repetidamente se ven expuestas al VIH debido a su trabajo, pero quienes nunca han adquirido la infección (Taylor, 1994). Otro grupo de investigación está estudiando a parejas heterosexuales en Estados Unidos en las que el varón está infectado de VIH pero la mujer, a pesar del repetido coito sin protección, no se ha infectado. Parece que algunas personas son resistentes a la infección por VIH y que sus sistemas inmunes son inusuales ya que buscan y destruyen al virus. Es posible que al desenmarañar este misterio se obtengan pistas que conduzcan a una vacuna o cura.

Mutaciones

Algunos investigadores creen que la propiedad de rápida mutación del VIH en sí se podría utilizar en su contra (Chow *et al.*, 1993). Piensan que se podría obligar al VIH a mutar a una forma no dañina. Esto se podría lograr mediante exponer al virus a los diversos medicamentos que se utilizan para tratar el VIH; en respuesta a cada uno de ellos, el virus mutará hasta que, a la larga, mutará a una forma que no pueda duplicarse a sí misma. También este enfoque presenta posibilidades emocionantes.

Microbicidas

Los microbicidas son sustancias, por lo general en forma de pomadas, que matan microbios tales como el VIH. Estas pomadas se podrían utilizar en la vagina o en el ano o untarse sobre el pene a fin de luchar en contra de la transmisión del VIH. Hace algunos años se pensó que el viejo clásico, el nonoxinol-9, era efectivo en la eliminación del VIH, pero hoy en día sabemos que no sólo no es ineficiente, sino que de hecho hace a la mujer más vulnerable a la infección ya que irrita el recubrimiento de la vagina (Van Damme *et al.*, 2002). En la actualidad se están haciendo enormes esfuerzos por desarrollar microbicidas efectivos que ataquen al VIH así como a otros virus de transmisión sexual (Mauck, 2001). Algunos, incluyendo el PRO 2000 Gel y el BufferGel, ya se encuentran en ensayos clínicos (Morrow *et al.*, 2003; Tabet *et al.*, 2003; Van Damme *et al.*, 2000).

Prevención conductual

En última instancia, la prevención es mejor que una cura. Hasta que no contemos con una vacuna efectiva, nuestra mejor opción son las intervenciones que tienen como meta cambiar las conductas de la gente, ya que es la conducta —actividad sexual, uso de fármacos

Tema central 20.3

Sexo seguro en la Era del SIDA

En estos tiempos del SIDA, todos necesitamos pensar acerca de las prácticas positivas de salud que prevendrán, o al menos reducirán, las probabilidades de infección. Técnicamente, estas prácticas se denominan *sexo más seguro*, ya que no existe el verdadero sexo seguro a menos que no sea la falta de él. Pero al menos los expertos de la salud concuerdan en que las siguientes prácticas harán que el sexo sea más seguro:

1. Si usted elige ser sexualmente activo (y la abstinencia es una alternativa a considerar), sostenga relaciones sexuales únicamente dentro de una relación estable, fiel y monógama con una pareja no infectada que usted sabe no está infectada ya que ambos se han sometido a pruebas.
2. Si usted es sexualmente activo con más de una pareja, siempre utilice condones de látex. Tienen un buen récord en la prevención de diversas infecciones de transmisión sexual. Las pruebas de laboratorio indican que los condones de látex son una protección efectiva contra el VIH. Los condones tienen una tasa de fracasos en la prevención de enfermedades del mismo modo que la tienen en cuanto a la prevención de embarazos, pero de todos modos son muchísimo mejor que nada.
3. Si existe cualquier riesgo de que usted está infectado o de que su pareja lo está, absténgase del sexo, siempre use condones o considere formas alternativas de expresión sexual tales como la estimulación manual de los genitales.
4. No tenga relaciones sexuales con alguien que ha tenido muchas parejas anteriores.
5. No sostenga coito anal si existe aún el más leve riesgo de que su pareja esté infectada.
6. Recuerde que tanto el coito vaginal como el coito anal transmiten el VIH. También es posible que lo haga el sexo bucogenital, en especial si el semen entra en la boca.

Figura 20.6 Control de calidad de los condones.



7. Si usted cree que pueda estar infectado, sométase a un prueba de sangre a fin de determinar si lo está. Si averigua que está infectado, como mínimo utilice un condón cada vez que sostenga coito anal o vaginal o, de preferencia, absténgase de estas conductas.
8. Si usted es mujer y cree que podría estar infectada, piénselo con cuidado antes de embarazarse ya que existe riesgo de que transmita la enfermedad al bebé durante el embarazo o el parto.
9. Considere las “relaciones sexuales externas” como alternativa al coito. Las relaciones sexuales externas implican actividades tales como la masturbación mutua y los masajes eróticos, que no transmiten la enfermedad.

inyectados— lo que propaga al VIH. La gran historia de éxito en la prevención conductual es Uganda. En 1991, el análisis selectivo de mujeres embarazadas indicó que el 21 por ciento estaban infectadas; para 1998 esta cifra había descendido a 10 por ciento (Stoneburner y Low-

Beer, 2004). Al inicio de la década de 1990, el gobierno de Uganda lanzó un audaz y enérgico programa denominado ABC: Abstinencia, Conservación de la fidelidad (Be faithful) y uso de Condones. Tapizó el país entero con publicidad acerca del programa, que alentaba a

las personas solteras a abstenerse del sexo, a las personas casadas a ser fieles y a todos a utilizar condones. Todo el énfasis se centró en el cambio de conductas, sin necesidad de utilizar los caros medicamentos que Uganda no podía solventar. No está del todo claro cuál de los tres componentes del programa fue el que tuvo mayor efecto, pero en todo caso, el programa funcionó, y la epidemia se encuentra controlada en ese país. Los científicos han estimado que esta intervención tuvo un efecto equivalente al de una vacuna con el 80 por ciento de efectividad (Stoneburner y Low-Beer, 2004).

Gonorrea

Los registros históricos indican que la **gonorrea** (“gota militar”) es la más antigua de las infecciones de transmisión sexual. Sus síntomas se describen en el Antiguo

Gonorrea: infección de transmisión sexual cuyos síntomas son un flujo purulento y dolor y ardor al orinar en el varón pero que con frecuencia es asintomática en la mujer.

Testamento, en Levítico 15 (hace cerca de 3 500 años). El médico griego Hipócrates, hace aproximadamente 2 400 años, creía que la gonorrea era el resultado de “la satisfacción excesiva con los placeres de Venus”, la diosa

del amor (de aquí el término enfermedades *venéreas*). Albert Neisser identificó a la bacteria que la ocasiona, el gonococo *Neisseria gonorrhoeae*, en 1879.

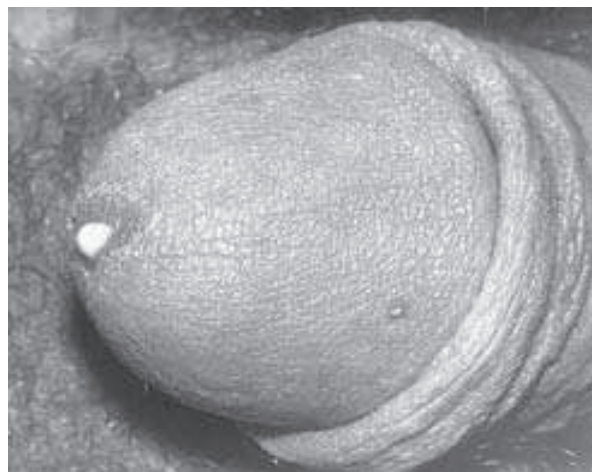
La gonorrea siempre ha sido un problema específico en tiempos de guerra, ya que se difunde con velocidad entre los soldados y las prostitutas a las que acuden. En el siglo XX, se presentó una epidemia de gonorrea durante la Primera Guerra Mundial, y también ocasionó graves problemas durante la Segunda. Después, con el descubrimiento de la penicilina y su uso en la curación de la gonorrea, la enfermedad se volvió mucho menos generalizada en la década de 1950; de hecho, las autoridades sanitarias creyeron que virtualmente se eliminaría.

Después hubo un resurgimiento de la gonorrea, con cerca de 1 millón de casos reportados por año en la década de 1970 (CDC, 2003a). Es claro que una de las razones para su resurgimiento fue el cambio en prácticas anticonceptivas al uso de la píldora que (a diferencia del condón) no proporciona protección alguna en contra de la gonorrea y, de hecho, aumenta la susceptibilidad de la mujer. Hoy en día se presentan cerca de 350 000 casos por año y este descenso probablemente se deba al aumento del uso del condón.

Síntomas

La mayoría de los casos de gonorrea son el resultado del coito pene-vagina. En el varón, el gonococo invade la uretra, produciendo uretritis (inflamación de la uretra). Los glóbulos blancos se apresuran al área e intentan destruir a la bacteria, pero ésta pronto gana la batalla. En la mayoría de los casos, los síntomas

Figura 20.7 Los síntomas de la gonorrea en el varón incluyen un flujo purulento. Sin embargo, cerca del 80 por ciento de las mujeres son asintomáticas.



aparecen de dos a cinco días después de la infección, aunque pueden aparecer tan rápido como al primer día o tan tarde como a las dos semanas después de la infección (Hook y Handsfield, 1999). Al inicio, un delgado y transparente flujo mucoso sale del meato (la abertura en la punta del pene). Después de uno o dos días, se vuelve espeso y cremoso y puede ser blanco, amarillento o amarillo verdoso (véase la figura 20.7). Con frecuencia, a esto se le denomina flujo *purulento* (similar al pus). Es posible que se inflame el área al rededor del meato. Casi cerca de la mitad de los varones infectados experimentan una dolorosa sensación ardorosa al momento de orinar (Sherrard y Barlow, 1996). Es posible que la orina contenga pus o sangre y, en algunos casos, las glándulas linfáticas de la ingle pueden aumentar de tamaño y estar sensibles.

Ya que los síntomas iniciales de la gonorrea en los varones son evidentes y con frecuencia dolorosos, la mayoría de los hombres buscan tratamiento de inmediato y se les cura. Sin embargo, si la enfermedad no se trata, la uretritis asciende por la uretra, ocasionando inflamación de la próstata (prostatitis), vesículas seminales (vesiculitis seminal), vejiga (cistitis) y epidídimo (epididimitis). El dolor en el momento de la micción empeora y es posible que se sienta a lo largo del pene. Más adelante, estos síntomas pueden desaparecer a medida que la enfermedad se difunde a otros órganos. Si la epididimitis no se trata, la enfermedad puede pasar a los testículos y el tejido de cicatrización resultante puede ocasionar esterilidad.

La gonorrea *asintomática* (gonorrea sin síntomas) sí ocurre en los varones, pero tiene una baja incidencia (Hook y Handsfield, 1999). En contraste, cerca

del 60 a 80 por ciento de las mujeres infectadas con gonorrea son asintomáticas durante las primeras etapas de la enfermedad. Muchas mujeres no se percatan de la infección hasta que se los indica el varón que es su pareja. Por tanto, es extremadamente importante que cualquier varón infectado le informe a todos sus contactos.

La infección de gonorrea en la mujer invade el cuello de la matriz. Existe un flujo de pus, pero es posible que la cantidad sea tan pequeña que no se note. Cuando se encuentra presente es color amarillo verdoso e irrita a la vulva, pero no es espeso (no se debe confundir con la mucosa cervical normal, que es transparente o blanca y que no irrita, ni con los flujos resultantes de los diversos tipos de vaginitis —que se discuten en el presente capítulo— que son irritantes, pero que son blancos). Aunque el cuello de la matriz es el sitio principal de la infección, la inflamación también se puede difundir a la uretra, ocasionando un dolor ardoroso al momento de orinar (que no se debe confundir con cistitis).

De no tratarse la infección, existe la posibilidad de que se infecten las glándulas de Bartholin y, en raros casos, que se inflamen y produzcan pus. La infección también se puede comunicar al ano y recto, ya sea a través de un cuantioso flujo cervical o por medio del flujo menstrual.

Ya que tantas mujeres son asintomáticas durante las primeras etapas de la gonorrea, muchas de ellas no reciben tratamiento alguno y, por tanto, se encuentran en grave riesgo de complicaciones serias. En cerca del 20 por ciento de las mujeres que no reciben tratamiento, el gonococo viaja al útero, con frecuencia durante el periodo menstrual. De allí, infecta a las trompas de Falopio. Los tejidos se inflaman y enrojecen, por lo que la enfermedad se denomina enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (aunque la EIP puede ser productos de otras enfermedades además de la gonorrea). El síntoma principal es un dolor pélvico y, en algunos casos, menstruaciones irregulares o dolorosas. Si no se trata la EIP, es posible que se forme tejido de cicatrización, el cual bloquea las trompas y deja estéril a la mujer. De hecho, la gonorrea no tratada es una de las causas más comunes de la infertilidad en las mujeres. Si las trompas se bloquean de manera parcial, de modo que los espermatozoides pueden pasar pero no puede descender el óvulo, pueden ocasionarse embarazos ectópicos, ya que el óvulo fertilizado se encuentra atrapado en la trompa.

Existen otros tres sitios principales de infección de gonorrea no genital: la boca y garganta, el ano y recto, y los ojos. Si se lleva cabo una felación a un varón infectado, el gonococo puede invadir la garganta. (Es menos probable que el cunilingus propague la gonorrea, y los besos boca a boca rara vez lo hacen.) Con frecuencia, este tipo de infección es asintomática; el síntoma típico, si es que se presenta, es una irritación de garganta. La gonorrea rectal se contrae a través del coito anal y, por tanto, afecta tanto a mujeres en relaciones heterosexuales como, de manera más común, a varo-

nes en relaciones homosexuales. Los síntomas incluyen cierto flujo a partir del recto y comezón, pero muchos casos son asintomáticos. La gonorrea también puede invadir los ojos. Esto ocurre sólo en raras ocasiones en adultos, cuando tocan los genitales y comunican la pus que contiene las bacterias a sus ojos al frotarlos. Esta infección ocular es mucho más frecuente en los bebés recién nacidos. La infección se comunica del cuello de la matriz de la madre a los ojos del lactante al momento del parto. Por esta razón, la mayoría de los estados de la Unión Americana requieren que se coloque nitrito de plata, eritromicina o algún otro antibiótico en los ojos de todo recién nacido a fin de prevenir cualquier infección de este tipo. De no tratarse, los ojos se inflaman y ocasionan dolor a los pocos días y hay un flujo purulento. La ceguera era una consecuencia común en la era anterior a los antibióticos.

Diagnóstico

Existe una prueba de orina disponible para varones. Si se sospecha de gonorrea en la garganta, se debe tomar un frotis para su cultivo. Las personas que sospechan que pueden tener gonorrea rectal deben pedir que se les haga un frotis tomado del recto, ya que muchos médicos no pensarán en hacer esto de forma automática.

En las mujeres se toma una muestra del flujo cervical y se analiza. También se debe llevar a cabo un examen pélvico. El dolor durante este examen puede ser indicativo de EIP. Las mujeres que sospechan de una infección en garganta o recto también deben pedir que se tomen muestras de esos sitios.

Tratamiento

El tratamiento tradicional para la gonorrea era una gran dosis de penicilina, o de tetraciclina para aquellos alérgicos a la penicilina. Sin embargo, ciertas cepas de gonococo resistentes a la penicilina y a la tetraciclina se han vuelto tan comunes que ahora se debe utilizar un nuevo medicamento, la ceftriaxona (Whittington *et al.*, 1996). Es altamente efectiva, aun en contra de cepas resistentes.

Sífilis

Ha habido un considerable debate en cuanto al origen exacto de la **sífilis**. La enfermedad, llamada “la Gran Peste” se presentó en Europa durante el siglo XV y se volvió una pandemia para el siglo XVI.

La bacteria que ocasiona la sífilis se denomina *Treponema pallidum*. Tiene forma de espiral y, por tanto, con frecuencia se dice que es una *espiroqueta*. En 1906, Wassermann, Neisser y Bruck describieron una prueba para el diagnóstico de la sífilis, la cual se conoció como *prueba de Wassermann* o *reacción de*

Sífilis: infección de transmisión sexual que produce la aparición de un chancro en la etapa primaria.

Wassermann. Esta prueba se ha reemplazado por análisis sanguíneos más modernos, pero se siguen conociendo con el nombre de Wassermann.

La incidencia de sífilis es mucho menor que la de gonorrea o clamidia. Hubo 7 000 casos nuevos reportados en el 2002, una disminución notable de lo que fueron al principio de la década de 1990 (CDC, 2003a). Hoy en día, la tasa está a los niveles más bajos desde que se iniciaron sus reportes en 1941. Los CDC, tomando ventaja de esta oportunidad, han lanzado un Plan Nacional para la Eliminación de la Sífilis en Estados Unidos.

Aunque la sífilis no es en absoluto tan común como la gonorrea, sus efectos son mucho más serios si no se le trata. En la mayoría de los casos, la gonorrea tan sólo ocasiona incomodidad y, en ocasiones, esterilidad; la sífilis, de no tratarse, puede dañar el sistema nervioso e, incluso, ocasionar la muerte. Hoy en día, existen varios casos de coinfección, en los que la persona se infecta tanto de sífilis como de VIH. La infección por sífilis lo hace a uno más vulnerable a una infección por VIH, y viceversa.

Síntomas

El principal síntoma inicial de la sífilis es el **chancro**. Es una lesión circular similar a una úlcera con bordes elevados y duros, que se asemeja a un cráter. Uno de los elementos distintivos del chancro es que, a pesar de que es horrible a la vista, es indoloro. Aparece cerca

de tres semanas (tan temprano como a los 10 días o tan tarde como a los tres meses) después de sostener relaciones sexuales con una persona infectada. El chancro aparece en el sitio en el que las bacterias se introdujeron en el cuerpo. De manera típica, las bacterias ingresan a través de las membranas muco-

sas de los genitales a causa del coito con una persona infectada. Así, en los varones, el chancro con frecuencia aparece en el pene o en el escroto. En las mujeres, el chancro frecuentemente se presenta en el cuello de la matriz, por lo que no se dan cuenta de que están infectadas (una vez más, el sexismo de la naturaleza; esta podría ser una buena razón para que las mujeres lleven a cabo el autoexamen pélvico que se describe en el capítulo 4). El chancro también puede aparecer en las paredes de la vagina o, de manera externa, en la vulva (véase figura 20.8).

Si ocurre sexo oral o coito anal con una persona infectada, las bacterias también pueden invadir las membranas mucosas de la boca o el recto. Así, el chancro puede presentarse en los labios, en la lengua, en las amígdalas o alrededor del ano. Por último, existe la posibilidad de que las bacterias ingresen a través de alguna cortada en la piel en cualquier lugar del cuerpo. Por ende, es posible (aunque inusual) que se contraiga la sífilis por medio de tocar el chancro de una persona

Figura 20.9 El chancro característico de la etapa primaria de la sífilis a) sobre los labios mayores y b) en el pene.



a)



b)

infectada. En ese caso, el chancro aparecería en la mano en el sitio en que ingresaron las bacterias a través de la herida en la piel.

En general, el progreso de la enfermedad, una vez que la persona ha sido infectada, se divide en cuatro etapas: etapa primaria de la sífilis, etapa secundaria de la sífilis, sífilis latente y sífilis tardía. La fase descrita antes, en la que se forma el chancro, es la **etapa primaria de la sífilis**. De no tratarse, el chancro desaparece por sí solo de una a cinco semanas después de su aparición. Esto denota el final de la etapa primaria. Sin embargo, la

Chancro: lesión indolora del tipo de una úlcera con bordes duros y elevados que es uno de los primeros síntomas de la sífilis.

Etapa primaria de la sífilis: primeras semanas de la infección por sífilis durante las cuales se presenta el chancro.

enfermedad no ha desaparecido sencillamente porque el chancro se ha curado; sólo se ha ocultado.

De uno a seis meses después de la aparición original del chancro, se desarrolla una erupción cutánea generalizada, lo que marca el inicio de la **etapa secundaria de la sífilis**. La erupción varía en cuanto a su aspecto, y su característica más distintiva es que no ocasiona ni prurito ni dolor. También se puede presentar una caída de pelo durante la etapa secundaria. Por lo general, los síntomas son lo suficientemente molestos como para ocasionar que la persona busque ayuda médica. En esta etapa, con el tratamiento adecuado, la enfermedad todavía se puede curar y no dejará efectos permanentes.

Incluso sin tratamiento, los síntomas de la etapa secundaria desaparecen en dos a seis semanas, lo que conduce a que la persona erróneamente crea que la enfermedad se ha desvanecido. En lugar de esto, ha pasado a una etapa más peligrosa.

Después de que han desaparecido los síntomas de la etapa secundaria, la enfermedad se encuentra en su etapa latente; la **sífilis latente** puede durar por muchos años. Aunque en esta etapa no se presentan síntomas, *T. pallidum* está ocupado introduciéndose en los tejidos del cuerpo, en especial en vasos sanguíneos, sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) y en los huesos. Después de aproximadamente un año en etapa latente, la enfermedad ya no es infecciosa, a excepción de que una mujer embarazada todavía la puede transmitir al feto.

Cerca de la mitad de las personas que entran en la etapa latente, permanecen en ella de manera permanente, y viven sus vidas sin complicaciones posteriores. Sin embargo, la otra mitad transita hacia la peligrosa **sífilis tardía**. En la *sífilis cardiovascular tardía* el corazón y los principales vasos sanguíneos se ven atacados; esto sucede de 10 a 40 años después de la infección inicial. La sífilis cardiovascular puede conducir a la muerte. En la *neurosífilis* el cerebro y la médula espinal se ven afectados, lo que conduce a locura y parálisis, y que aparece de 10 a 20 años después de la infección. La neurosífilis puede ser fatal.

Si una mujer embarazada padece de sífilis, el feto se puede infectar cuando las bacterias atraviesan la barrera placentaria, y el bebé adquiere la **sífilis congénita** (que significa presente desde el nacimiento). La infección puede ocasionar la muerte prematura del feto (aborto espontáneo) o que padezca de una grave enfermedad al momento de su nacimiento o poco tiempo después. También puede llevar a complicaciones tardías que sólo se presentan hasta los 10 o 20 años de edad. Las mujeres son más infecciosas para sus hijos cuando se encuentran en la etapa primaria o secundaria de la sífilis, pero pueden transmitir la infección al feto in útero tanto como ocho años después de la infección inicial de la madre. Si la enfermedad se diagnostica y trata antes del cuarto mes del embarazo, el feto no desarrollará la enfermedad. Por esta razón, se lleva a cabo una prueba de sífilis como elemento de rutina

en los análisis sanguíneos de una prueba de embarazo.

Diagnóstico

La sífilis es algo difícil de diagnosticar a partir de los síntomas ya que, como se señaló con anterioridad, estos síntomas se parecen a los de muchas otras enfermedades.

El examen físico debe incluir no sólo una inspección de los genitales, sino también de la superficie entera del cuerpo. Las mujeres deben someterse a un examen pélvico a fin de que se revisen la vagina y el cuello de la matriz en busca de chancros. Si el paciente ha sostenido coito anal, también se debe llevar a cabo un examen rectal.

Si existe un chancro presente, se toma parte de su fluido y se coloca sobre un portaobjetos a fin de inspeccionarlo bajo un microscopio de campo oscuro. Si la persona tiene sífilis, debería estar presente *T. pallidum*.

Las pruebas más comunes para la sífilis son las sanguíneas, todas las cuales se basan en reacciones de anticuerpos. La VDRL (nombrada por el Venereal Disease Research Laboratory [Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas] del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos) es una de esas pruebas de sangre. Es bastante precisa, económica y fácil de llevar a cabo.

Tratamiento

El tratamiento de elección para la sífilis es la penicilina. En realidad, *Treponema pallidum* es bastante frágil, de modo que no son necesarias dosis elevadas para el tratamiento. La dosis recomendada es de dos inyecciones de penicilina benzatina de 1.2 millones de unidades cada una, aplicando una en cada glúteo. Para la sífilis latente, tardía y congénita se requiere de dosis más elevadas.

Para aquellas personas que son alérgicas a la penicilina, el tratamiento recomendado es tetraciclina o doxiciclina, pero no se pueden aplicar a mujeres embarazadas (Larsen *et al.*, 1996).

Se deberían llevar a cabo exámenes de seguimiento a fin de garantizar que el paciente esté curado por completo.

¿Erradicación de la sífilis?

En 1998, el Departamento de Salud Pública de Estados Unidos anunció que estaba fijando a la sífilis como objetivo para su completa erradicación en Estados Unidos (St. Louis y Wasserheit, 1998). Si vemos la superficie, la meta podría parecer extraña, dado que la sífilis es relativamente inusual en comparación con otras ITS.

Etapa secundaria de la sífilis:

segunda etapa de la sífilis que ocurre varios meses después de la infección y durante la cual ha desaparecido el chancro y aparece una erupción generalizada en el cuerpo.

Sífilis latente: tercera etapa de la sífilis, que puede durar años, durante la cual desaparecen los síntomas aunque la persona continúa estando infectada.

Sífilis tardía: cuarta y última etapa de la sífilis, durante la cual la enfermedad provoca daño a los principales órganos del cuerpo como pulmones, corazón o cerebro.

Sífilis congénita: infección por sífilis en el recién nacido que es resultado de la transmisión de una madre infectada.

Pero la infección por sífilis hace que la persona esté mucho más vulnerable a una infección por VIH a causa de las heridas abiertas que la sífilis produce, y una persona que está infectada de VIH y que después contrae sífilis puede experimentar condiciones que amenazan su vida de manera inmediata. Por estas razones, la sífilis es más seria de lo que indica la baja tasa de infección. Además, la sífilis es completamente curable con una sola dosis de penicilina, es fácilmente detectable por medio de económicas pruebas de laboratorio, y no ha desarrollado cepas resistentes. La experiencia que se tiene desde la Segunda Guerra Mundial indica que, aun cuando se trata la sífilis de manera efectiva y se lleva a una baja incidencia, de todos modos resurge de manera periódica en epidemias. Por tanto, la erradicación total es la mejor meta, y parece viable.

presentan una variedad de síntomas pero se recuperan de la enfermedad. Un tercer grupo desarrolla hepatitis B crónica (de largo plazo). Continúan siendo infecciosos y pueden desarrollar graves enfermedades hepáticas que implican cirrosis o cáncer. Afortunadamente, ahora existen tratamientos antivirales disponibles para aquellos que sufren de hepatitis B crónica (Fung y Lok, 2004; Hom *et al.*, 2004; Saltik-Temizel *et al.*, 2004).

La buena noticia es que existe una vacuna en contra de la hepatitis B. La recomendación actual es que se vacune a todo adolescente y lactante. Si usted es un varón homosexual o un varón o mujer heterosexual y ha tenido un número grande de parejas, le recomendamos de la manera más insistente que se vacune. Si existe incluso una duda de que usted haya estado expuesto a la enfermedad, se debería someter a pruebas.

Hepatitis viral

El hepatitis viral es una enfermedad del hígado. Uno de los síntomas es el agrandamiento del hígado, que se torna ligeramente sensible. La enfermedad puede variar enormemente en severidad de casos asintomáticos hasta aquellos en que aparecen fiebres, fatiga, ictericia (piel amarillenta) y vómito, muy similares a lo que uno podría experimentar con un caso grave de influenza. Existen cinco tipos de hepatitis viral: hepatitis A, B, C, D y E. La que es de mayor interés en una discusión acerca de infecciones de transmisión sexual es la hepatitis B. Las hepatitis C y D (o delta) también se pueden transmitir de forma sexual, pero son poco comunes en comparación con la B (Shapiro y Alter, 1996).

El virus de la hepatitis B (HBV) se puede transmitir por medio de sangre, saliva, semen, secreciones vaginales y otros fluidos corporales. Las conductas que lo propagan incluyen que las personas que utilizan fármacos inyectados compartan sus jeringas, el coito vaginal y anal, y el sexo oral-anal. La enfermedad se encuentra entre varones homosexuales y entre heterosexuales. Tiene muchas similitudes con el SIDA, aun cuando la hepatitis B es más contagiosa.

La hepatitis B es más común de lo que la gente cree ya que recibe poca publicidad en comparación con el SIDA y el herpes. Existen aproximadamente 200 000 casos nuevos al año en Estados Unidos (CDC, 2001). Las personas que han padecido la enfermedad continúan presentando pruebas sanguíneas positivas para la enfermedad por el resto de sus vidas.

Muchos adultos infectados con HBV son asintomáticos; sus cuerpos vencen al virus y quedan sin infección alguna y con inmunidad permanente. Otros desarrollan una enfermedad inicial aguda (de corta duración) y

Tricomoniasis

La **tricomoniasis** (“tricomona”) es ocasionada por un protozooario, *Trichomonas vaginalis* (Krieger y Alderete, 1999; Swygaard *et al.*, 2004). El organismo puede sobrevivir durante un tiempo sobre los asientos de los excusados y otros objetos, así que en ocasiones se transmite de manera no sexual; pero su medio principal de transmisión es el contacto sexual.

En el caso de las mujeres, el síntoma es un abundante flujo blanco o amarillo espumoso que irrita la vulva y que tiene un olor desagradable. En los varones, es posible que se presenten una irritación de la uretra y flujo del pene, pero algunos varones son asintomáticos. Es importante que se lleve a cabo un diagnóstico adecuado ya que los medicamentos que se utilizan para tratar la tricomoniasis son diferentes a los que se utilizan en el tratamiento de otras ITS con síntomas similares, y los efectos a largo plazo de una tricomoniasis mal tratada pueden ser graves.

El tratamiento de elección es el metronidazol (Flagyl) tomado por vía oral. De no tratarse, la tricomoniasis puede conducir a enfermedad inflamatoria pélvica y a problemas con el parto (Swygaard *et al.*, 2004). También aumenta la susceptibilidad a la infección por VIH.

Piojos púbicos

Los **piojos púbicos** (“ladillas” o *ftiriasis*) son pequeños piojos que se adhieren a la base de los vellos púbicos y se alimentan de sangre de su huésped humano. Son aproximadamente del tamaño de la cabeza de un alfiler y, bajo el microscopio, se asemejan a los cangrejos (véase figura 20.9). Ponen huevecillos con frecuencia y viven cerca de 30 días, pero mueren dentro de 24 horas si se retiran de sus huéspedes. Las ladillas se transmiten por contacto sexual, pero también pueden propagarse por medio de sábanas, toallas, bolsas para dormir

Tricomoniasis: forma de vaginitis que produce un flujo blanco o amarillo espumoso con olor desagradable.

Piojos púbicos: pequeños piojos que se adhieren a la base de los vellos púbicos y provocan comezón; también llamados *ladillas* o *ftiriasis*.

Figura 20.9 Imagen aumentada de un piojo púbico. El tamaño real es cercano al de la cabeza de un alfiler.



o asientos de excusado. (Sí, existen enfermedades que le pueden dar a través de los asientos de excusado.)

El síntoma principal de una infestación de piojos púbicos es una tremenda comezón en la región del vello púbico. El diagnóstico se lleva a cabo mediante encontrar los piojos o sus huevecillos adheridos al vello.

Los piojos púbicos se tratan por medio de medicamentos como *Nix* o *Rid* que se pueden adquirir sin receta médica. Ambos matan a los piojos. Después del tratamiento, la persona se debería vestir con ropa limpia. Ya que los piojos mueren a las 24 horas, no es necesario desinfectar la ropa que no se ha utilizado en más de esas 24 horas. Sin embargo, los huevecillos pueden sobrevivir por seis días, y en los casos difíciles es posible que sea necesario hervir o lavar la ropa en seco, o bien utilizar un aerosol insecticida.

Prevención de las ITS

Aunque la mayoría de la literatura que se lee se concentra en el veloz diagnóstico y tratamiento de las ITS, la prevención sería mucho mejor que una cura, y existen ciertas maneras en que uno puede evitar contraer las ITS, o al menos reducir las probabilidades de infección. Por supuesto, la más evidente es limitarse a una relación monógama con una persona no infectada o abstenerse de la actividad sexual. Si esta estrategia le es inaceptable, existen otras técnicas que tal vez estaría dispuesto a poner en práctica.

El condón, además de ser un anticonceptivo decente, proporciona una protección adecuada en contra del VIH, la gonorrea, herpes, sífilis y otras ITS. Con el aumento en la epidemia de ITS, el condón está obteniendo popularidad una vez más. La clave es erotizar el uso del condón.

Algunas sencillas precauciones sanitarias también son de utilidad. Las prostitutas exitosas, que necesitan cuidarse de las ITS, toman estas precauciones. Lavar los genitales antes del coito ayuda a eliminar bacterias. Esto puede no sonar como preludio romántico al acto amoroso, pero las prostitutas lo convierten en un sensual juego al enjabonar los genitales del varón. Usted puede hacer esto como parte de tomar una ducha o un baño con su pareja. La otra técnica importante es la inspección de los genitales de su pareja. Si usted observa un chancro, verruga, ampolla de herpes, o flujo, vístase y váyase o, como mínimo, inicie una conversación acerca del estatus de infección por ITS de inmediato (no caiga en la rutina de “sólo es un barrito”). Esta técnica podrá sonar un poco vulgar o embarazosa, pero si usted tiene la intimidad suficiente con alguien como para hacerle el amor, debería contar con la intimidad suficiente como para verle los genitales. De nuevo, si usted se muestra casual en cuanto a lo que está haciendo, lo puede convertir en parte del preámbulo erótico.

Por otra parte, sólo porque su pareja no tiene síntomas evidentes como ampollas de herpes o verrugas, no suponga que la persona no está infectada. En el presente capítulo hemos visto cómo muchas de estas enfermedades —por ejemplo, clamidia, herpes y verrugas— pueden ser asintomáticas. La única manera de saberlo en realidad es llevando a cabo una batería completa de pruebas para ITS, una elección que están haciendo cada vez más personas. No se busca toda enfermedad en la batería estándar —por ejemplo, por lo general no se busca herpes y VPH— pero aun así, detectará la mayoría de las enfermedades.

Orinar antes y después del coito ayuda a mantener a las bacterias fuera de la uretra.

Por último, cada persona necesita darse cuenta de que es su responsabilidad ética buscar el diagnóstico y tratamiento iniciales. Es probable que la responsabilidad más importante sea el informarle a sus parejas potenciales que usted tiene una ITS y el informarle a sus parejas pasadas tan pronto como descubra que padece de una de estas enfermedades. Por ejemplo, debido a que tantas mujeres son asintomáticas en el caso de la clamidia, es de especial importancia que los varones asuman la responsabilidad de informarles a sus parejas femeninas si se enteran de que tienen la enfermedad. Es importante cuidar de la propia salud, pero es de igual importancia cuidar de la salud de la pareja.

Otras infecciones genitales

La **vaginitis** (inflamación o irritación vaginal) es muy común entre las mujeres y es endémica en las poblaciones universitarias. En la presente sección, consideraremos dos tipos de vaginitis, así como la cistitis (inflamación de la vejiga urinaria) y la prostatitis. Ninguna de

Vaginitis: irritación o inflamación de la vagina que generalmente causa flujo.

estas infecciones es una ITS, ya que no se transmiten mediante el contacto sexual; sin embargo, sí son infecciones comunes de los órganos sexuales.

Unos cuantos pasos simples pueden ayudar a prevenir la vaginitis. Cada vez que tome una ducha o baño, lave su vulva con cuidado y séquela por completo. No utilice aerosoles para la higiene femenina; son innecesarios y pueden irritar la vagina. Utilice ropa interior de algodón; el nylon y otras fibras sintéticas retienen la humedad y los organismos productores de la vaginitis florecen en ella. Evite usar pantalones que estén demasiado apretados en la entrepierna; aumentan la humedad y pueden irritar la vulva. Reduzca la cantidad de azúcares y carbohidratos en su dieta. Limpie su ano de adelante hacia atrás de modo que las bacterias del ano no entren en la vagina. Por la misma razón, nunca pase de inmediato del coito anal al coito vaginal. Por último, si parece que está empezando a presentar un ataque de vaginitis, colocar yogurt con cultivos activos en el interior de la vagina puede ayudar a restaurar las bacterias sanas.

Monilia

La **monilia** (también llamada *candidiasis*, *infección por levadura* y *moniliasis*) es una forma de vaginitis ocasionada por un hongo tipo levadura denominado *Candida*. Por lo normal, *Candida* se encuentra presente en la vagina, pero si se altera su delicado equilibrio ambiental (por ejemplo, si se cambia el pH), el crecimiento de *Candida* se puede

Monilia: forma de vaginitis que produce un flujo espeso y blanco; también llamada **candidiasis** o **infección por levadura**.

Cistitis: infección de la vejiga urinaria en la mujer que provoca micción dolorosa y ardorosa.

Prostatitis: infección o inflamación de la próstata.

salir de control. Las condiciones que alientan el crecimiento de *Candida* incluyen el uso prolongado de píldoras anticonceptivas, la menstruación, la diabetes o algún padecimiento prediabético, el embarazo y el uso prolongado de

antibióticos tales como tetraciclina. No es una infección de transmisión sexual aunque el coito puede agravarla.

El síntoma principal es un flujo vaginal espeso, blanco y pastoso que se encuentra en los labios y paredes de la vagina. El flujo puede provocar una intensa comezón, al grado al que la mujer puede perder el interés en el coito.

El tratamiento es por medio de medicamentos tales como miconazol o clotrimazol, ambos disponibles sin necesidad de prescripción médica. El fluconazol, un tratamiento de dosis única, se puede obtener mediante receta del médico.

Si una mujer padece de una infección de monilia mientras está embarazada, puede transmitirla al

bebé durante el parto. La levadura entra en el sistema digestivo del bebé, un padecimiento conocido como *muguet*. El muguet también puede ser el resultado del sexo bucogenital.

La *vaginosis bacteriana* es otra infección vaginal que produce un flujo similar. La característica distintiva es que el flujo tiene un olor fétido.

Cistitis

La **cistitis** es una infección de la vejiga urinaria y que ocurre en mujeres de manera casi exclusiva. En muchos casos, se ocasiona por la bacteria *Escherichia coli*. Por lo normal, esta bacteria se encuentra presente en el cuerpo (dentro de los intestinos) y, en algunos casos, por razones desconocidas, puede introducirse en la uretra y en la vejiga. En ocasiones, el coito frecuente y vigoroso puede irritar la abertura uretral, lo que permite que se introduzcan las bacterias.

Los síntomas son deseos frecuentes de orinar, con presencia de un dolor ardoroso al momento de la micción. La orina puede parecer turbia o incluso teñida de rojo; esto es a causa de la pus y sangre provenientes de la vejiga infectada. También puede presentarse dolor de espalda. Por lo común, el diagnóstico se puede llevar a cabo sencillamente con base en estos síntomas. Sin embargo, a modo de confirmación, se debe tomar una muestra de orina y analizarla.

Por lo general, el tratamiento se realiza con Bactrim u otro antibiótico. Es posible que el medicamento incluya un tinte que ayuda a aliviar la sensación ardorosa al orinar; el tinte hace que la orina se torne un brillante color rojo anaranjado.

A fin de prevenir la cistitis o prevenir ataques recurrentes de la misma, beba grandes cantidades de agua y orine con frecuencia, en especial justo antes y después del coito. Esto ayudará a expulsar cualquier bacteria de la vejiga y de la uretra.

Prostatitis

La **prostatitis** es una inflamación de la glándula próstata. Como en el caso de la cistitis en la mujer, es frecuente que la infección sea ocasionada por la bacteria *E. coli*. También puede ser el resultado de la gonorrea o clamidia. Los síntomas son fiebre, escalofríos, dolor alrededor del ano y el recto, y una necesidad de orinar con frecuencia. Puede ocasionar disfunción sexual, de manera típica, una eyaculación dolorosa. En algunos casos, la prostatitis puede ser crónica (de larga duración) y es posible que no presente síntomas o que sólo se presente un dolor en la parte baja de la espalda. Se utilizan antibióticos para su tratamiento.

Tema central 20.4

Buenas respuestas para sexo más seguro



teenwire.com, un popular sitio de red para adolescentes, ofrece estas frases para la negociación de sexo más seguro.

Pareja

¿Qué es eso?

¿Para qué?

No me gusta usarlos.

No se siente bien con calcetín.

Pero nunca hemos usado un condón antes.

Los condones son asquerosos.

¿No confías en mí?

Lo saco antes de venirme.

Pensé que me habías dicho que usar condones te hacía sentir barata.

Los condones no son románticos.

Hacer el amor con condón es como bañarte con un impermeable.
No se siente lo mismo.

No se queda tieso cuando me pongo un condón.

Ponérselo interrumpe todo.

Voy a tratar, pero igual y no funciona.

Pero te amo.

Lo que pasa es que en realidad no me amas.

No me importa nada, no voy a usar un condón.

Sólo esta vez.

No me va a quedar.

Tú

Un condón, mi amor.

Para que lo usemos cuando hagamos el amor.

¿Por qué no?

Yo me voy a sentir más relajada. Si estoy más relajada, puedo hacer cosas que te hagan sentir mejor.

Ya no quiero tomar riesgos.

Es peor que me embarace si no lo quiero. También es peor tener SIDA.

Ése no es el punto. Las personas tienen infecciones de transmisión sexual sin saberlo.

Las mujeres se pueden embarazar con las gotitas que salen antes. También pueden transmitir enfermedades sexuales.

Decidí enfrentarme a los hechos. Me gusta tener sexo y quiero estar sana y feliz.

Hacer el amor y proteger nuestra salud me suena más que romántico.

Hacerlo sin condón es como jugar a la ruleta rusa.
Con un condón, puedes durar más,
y eso lo compensa

Yo puedo hacer algo acerca de eso.

No si te ayudo a que te lo pongas.

La práctica hace al maestro.

Entonces me ayudarías a protegerme.

No te voy a probar mi amor poniendo mi vida en riesgo.

Pues entonces me supongo que no vamos a hacer el amor.

Con una vez basta para embarazarse. Con una sola vez te puede dar SIDA.

Los condones vienen en todos los tamaños.

Fuente: www.teenwire.com, 22 de junio, 2004.

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran a niveles de epidemia en Estados Unidos y en todo el mundo. Tres ITS comunes entre estudiantes universitarios son la clamidia, el VPH y el herpes.

Con frecuencia, la clamidia es asintomática, en especial en la mujer. En los varones, produce un delgado flujo proveniente del pene y dolor leve al orinar. Es bastante curable con antibióticos. Si no se trata en las mujeres, las posibles complicaciones incluyen enfermedad inflamatoria pélvica y posible infertilidad.

El VPH (virus del papiloma humano) causa verrugas genitales. En ocasiones, las verrugas son evidentes, pero en otros casos son pequeñas y es posible que no sean visibles. La infección por VPH aumenta el riesgo de cáncer cervical en la mujer.

El herpes genital, ocasionado por el VHS, produce brotes de ampollas dolorosas en los genitales. Estos episodios pueden ser recurrentes durante el resto de la vida de la persona, aunque unas cuantas personas no experimentan brote alguno o sólo unos cuantos de ellos. En la actualidad no existe una cura, aunque el medicamento aciclovir disminuye los síntomas. La infección por herpes puede aumentar el riesgo de infección por VIH.

El VIH destruye el sistema inmune natural del cuerpo y deja a la persona vulnerable a ciertos tipos de infecciones y cánceres que conducen a la muerte. La mayoría de las personas VIH positivas provienen de tres grupos de riesgo: varones que tienen sexo con varones, usuarios de fármacos inyectados y las parejas heterosexuales de personas infectadas. Los medicamentos tales como el AZT y el ritonavir (un inhibidor de la proteasa) se utilizan para demorar el progreso de la enfermedad. Se necesita prestar más atención a las preocupaciones especiales de mujeres infectadas

con VIH y a las minorías étnicas. Se están examinando diversas estrategias para producir una vacuna.

Los síntomas primarios de la gonorrea en el varón, y que aparecen de dos a cinco días después de la infección, son un flujo blanco o amarillo del pene y un dolor ardoroso al momento de la micción. La mayoría de las mujeres que padecen gonorrea son asintomáticas. La gonorrea es ocasionada por una bacteria, el gonococo, y se cura por medio de antibióticos. Si no se trata, puede conducir a la infertilidad.

La sífilis es producto de la bacteria *Treponema pallidum*. El primer síntoma es un chancro. La penicilina es efectiva como cura. De no tratarse, la enfermedad progresa a través de diversas etapas que pueden conducir a la muerte.

La hepatitis B, causada por el HBV, se transmite de manera sexual y a causa de compartir las jeringas. Existen medicamentos antivirales disponibles para el tratamiento de casos crónicos. En la actualidad existe una vacuna disponible y se aplica ampliamente.

Los piojos púbicos son pequeños piojos que se adhieren al vello púbico. Se propagan por medio del contacto sexual y físico de otros tipos. Hay champúes disponibles para su tratamiento.

Las técnicas para la prevención de las ITS incluye el lavado a conciencia de los genitales de ambos miembros de la pareja antes del coito; orinar tanto antes como después del coito; hacer una inspección de los genitales de la pareja en busca de síntomas tales como verrugas o flujos uretrales; y el uso del condón.

Otras infecciones vaginales incluyen la monilia, la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana. La cistitis es una infección de la vejiga urinaria en las mujeres y conduce a la micción frecuente y ardorosa. La prostatitis es la inflamación de la glándula próstata.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Contáctese con el servicio de salud estudiantil en las instalaciones de su universidad y vea si estarían dispuestos a compartir con usted el número de casos de clamidia, gonorrea, verrugas genitales y herpes que diagnostican cada año; comparta la información con sus compañeros de clase.
2. Diseñe un programa para reducir el número de casos de infecciones de transmisión sexual de su universidad.
3. Michael ha tenido una relación monógama con Sonia durante los últimos seis meses. En su examen pélvico anual, Sonia descubre que tiene clamidia y se enfurece con Michael por habérsela pegado. Michael nunca se ha sometido a ningún tipo de prueba. ¿Qué deberían discutir Michael y Sonia, qué información necesitan y qué deberían hacer?
4. Si usted estuviera diseñando un programa de intervención para adolescentes latinos a fin de reducir la propagación del VIH, ¿cómo lograría que dicha intervención fuese culturalmente sensible? ¿Sería diferente el abordaje que haría a varones y a mujeres? Si siente que no sabe lo suficiente acerca de la cultura latina, entreviste a algunos estudiantes o miembros de la comunidad latina para averiguar más.

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Ebel, Charles y Wald, Anna (2002). *Managing herpes: How to live and love with a chronic STD*. Research Triangle Park, NC: American Social Health Association. Las personas dicen que éste es el mejor libro que se ha escrito acerca del herpes.

Gallo, Roe y McIvenna, Ted (2003). *Sexual strategies for pleasure and safety*. Specific Press. Una excelente guía para la creación de una vida sexual más segura.

Jones, James H. (1981). *Bad blood: The Tuskegee syphilis experiment*. Nueva York: Free Press. La historia del estudio en que se dejó sin tratamiento a varones negros a fin de que se pudiese observar el progreso de la enfermedad.

RECURSOS EN LA RED

Infecciones de transmisión sexual

<http://www.bigeye.com/sexeducation/stds.html>

Vínculos de educación sexual: infecciones de transmisión sexual.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/sexuallytransmitteddiseases.html>

Páginas de Medline Plus acerca de infecciones de transmisión sexual.

<http://www.noah-health.org/english/illness/stds/stds.html>

Pregúntele a Noah acerca de: infecciones de transmisión sexual.

<http://www.cdc.gov/std/>

Centers for Disease Control and Prevention; Centro para la prevención de ITS.

<http://www.plannedparenthood.org/sti>

Planeación familiar: información acerca de infecciones de transmisión sexual.

<http://www.goaskalice.columbia.edu>

¡Vaya y pregúntele a Alice! Servicio de red de preguntas y respuestas de salud de la Universidad de Columbia. Mucha información acerca de ITS.

VIH/SIDA

<http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

División de prevención en contra del VIH/SIDA de los Centers for Disease Control and Prevention.

<http://www.thebody.com>

Recursos de información acerca de VIH/SIDA.

http://www.medem.com/MedLB/sub_detaillb.cfm?parent_id=278&act=disp

Biblioteca médica de Medem: VIH/SIDA.

Sexo más seguro

<http://www.sexuality.org/safesex.html>

Guía para sexo más seguro de la Society for Human Sexuality.

<http://www.safersex.org>

Página de sexo más seguro.

<http://www.sexhealth.org/safersex>

Centro de información de salud sexual: índice de sexo más seguro.

C A P Í T U L O

21

Ética, religión y sexualidad

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

**La sexualidad en las grandes tradiciones
éticas**

Filosofía griega clásica

Judaísmo

Cristianismo

Humanismo

La sexualidad en otras religiones
importantes

Temas contemporáneos en la ética sexual

Sexo fuera del matrimonio

Anticoncepción

Aborto

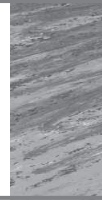
Homosexualidad

SIDA

Tecnología y ética sexual

Hacia una ética de la sexualidad humana

Una teología sexual viable para nuestro tiempo afirmará que la sexualidad siempre será mucho más que la expresión genital. La sexualidad expresa el misterio de nuestra creación como aquellos que necesitan buscar en el exterior el abrazo físico y espiritual de los demás. Expresa la intención de Dios de que encontremos nuestra auténtica humanidad, no en el aislamiento sino en la relación.*



*Nelson (1992).

Una estudiante de preparatoria está enamorada de su novio y se pregunta si deberían empezar a tener relaciones. Un ejecutivo corporativo escucha rumores de que uno de sus empleados es gay e intenta decidir qué debe hacer al respecto. A un ministro religioso se le pide que oriente a un matrimonio, uno de cuyos miembros está implicado en una aventura amorosa. Al candidato presidencial lo confronta un grupo de derecho a la vida demandando su apoyo para una enmienda constitucional que prohíba el aborto. Todas estas personas, que enfrentan la necesidad de tomar decisiones acerca de la sexualidad, descubren que los temas relacionados con los valores dificultan las decisiones. Los dos esquemas conceptuales principales para lidiar con las cuestiones de valores son la religión y la ética que, en consecuencia, son los temas de este capítulo.

Dos preocupaciones refuerzan nuestra consideración de los aspectos religiosos y éticos de la sexualidad humana. Primero, está la preocupación científica por explicar los fenómenos sexuales. Debido a que la religión y la ética son influencias importantes en el comportamiento de las personas, en especial en asuntos de sexualidad, no se puede apreciar por completo la razón por la que la gente hace lo que hace sin examinar estas influencias. En segundo lugar, también se encuentra el lado personal de la moneda. Todos somos personas que tomamos decisiones éticas; todos tenemos un sistema personal de valores. Cada uno de nosotros debe tomar decisiones sobre su propia sexualidad. Por ende, lo adecuado sería considerar cómo tomamos tales decisiones.

La **ética** se refiere a un sistema de principios morales, una manera de decidir lo que es correcto e incorrecto. Utilizamos la ética cuando existe un conflicto entre las cosas que valoramos o deseamos en gran medida. El placer sexual puede ser un importante valor para una persona, pero puede ser algo que evitar para otra. No obstante, sin tomar en cuenta la importancia que concedamos al sexo, necesitamos una manera de integrar nuestra sexualidad a nuestro patrón de toma de decisiones. Para lograrlo, utilizamos categorías como correcto o incorrecto, bueno o malo, apropiado o inapropiado y moral o inmoral. Éstos son los tipos de distinciones que se hacen en el campo de la ética; dado que las utilizamos todos los días, todos somos éticos en la práctica.

La religión entra a cuadro como una fuente de valores, actitudes y ética. Para los creyentes, la reli-

gión establece un código ético y proporciona las sanciones (recompensas y castigos) que les motivan a obedecer las normas. Cuando muchas personas dentro de una sociedad practican una religión particular, ésta ayuda a crear una cultura, que entonces influye incluso en aquellos que no aceptan la religión. Por tanto, existen dos razones por lo que es importante estudiar la relación de la religión con la sexualidad. La primera es una poderosa influencia sobre las actitudes sexuales de muchos individuos. Y la segunda, como creadora de la cultura, a menudo forma toda una orientación de la sociedad hacia la sexualidad humana.

Comencemos definiendo algunos términos que se-rán útiles en la discusión de la ética, la religión y la sexualidad. El **hedonismo** y el **ascetismo** se relacionan con el enfoque hacia los aspectos físicos y materiales de la vida en general y hacia la sexualidad en particular. El término *hedonismo* proviene de la palabra griega para “placer” y se refiere a la creencia de que la finalidad última de la vida humana es la búsqueda del placer, la evitación del dolor y la satisfacción de las necesidades y deseos físicos. “Come, bebe y alégrate, ya que mañana moriremos.” En contraste, el ascetismo sostiene que la vida representa mucho más que sus aspectos materiales, los cuales debemos trascender para lograr la verdadera humanidad. Los ascetas tienden a considerar a la sexualidad como algo neutro, en el mejor de los casos, o como algo malvado, en el peor; valoran la disciplina personal, la evitación de la gratificación física y el fomento de los valores espirituales. Las órdenes de monjes y monjas fundadas en las religiones orientales al igual que en el cristianismo son buenos ejemplos de ascetismo institucionalizado, con sus afirmaciones de celibato, virginidad y pobreza.

Otros dos términos, **legalismo** y **situacionismo**, se refieren a los métodos para la toma de decisiones éticas. Como un enfoque a la ética, el legalismo se ocupa del seguimiento de una ley, o conjunto de principios, de moral que provienen de una fuente externa al individuo, como la religión. La ética legalista se enfoca en la corrección o incorrección de actos específicos y establece una serie de reglas —“haz esto” y “no hagas aquello”— que

Ética: un sistema de principios morales; una manera de determinar lo que es correcto e incorrecto.

Hedonismo: sistema moral basado en aumentar al máximo el placer y evitar el dolor.

Ascetismo: enfoque hacia la vida que enfatiza la disciplina y el control de impulsos.

Legalismo: ética basada en la suposición de que existen reglas para la conducta humana y que la moral consiste en el conocimiento de las reglas y en la obediencia hacia ellas.

Situacionismo: ética basada en la suposición de que no existen reglas absolutas, o por lo menos existen pocas, y que cada situación debe juzgarse de manera individual.

las personas deben seguir. El término *situacionismo* se ha utilizado desde que lo acuñó Joseph Fletcher en su libro de 1966, *Situation Ethics* (Ética de situación). También llamado *ética contextual*, este enfoque sugiere que, aunque puede haber amplias pautas generales para la conducta ética, cada decisión ética debería tomarse según los individuos y situaciones implicados. El situacionismo se basa en la experiencia humana y, en cuestiones de moral sexual, tiende a enfocarse en las relaciones más que en las reglas. Mientras que el legalismo tiene que ver con leyes universales, el situacionismo decide los asuntos con base en cada caso, basado en ciertos principios guía, como el amor. Los sistemas éticos de las religiones tradicionales (que llamaremos la *Vieja Moral*) han tendido a ser bastante legalistas y muchos continúan siéndolo en la actualidad (p. ej., el judaísmo ortodoxo, el catolicismo romano y el protestantismo fundamentalista). Sin embargo, con el advenimiento de la perspectiva científica moderna acerca del mundo, el enfoque situacionista (la *Nueva Moral*) ha atraído a muchos seguidores (Nelson, 1978). Por supuesto, pocos sistemas éticos son puramente hedonistas o ascéticos o completamente legalistas o situacionistas; la mayoría se encuentran en algún punto entre ambos extremos.

La sexualidad en las grandes tradiciones éticas

Con esta perspectiva acerca de la ética sexual como antecedente, examinemos ciertas tradiciones éticas mayores para ver cómo tratan con las normas para la conducta sexual. Aunque se prestará cierta atención a la ética sexual no occidental, el mayor interés en esta sección se colocará en las tradiciones éticas de la cultura occidental, principalmente porque este texto se ha dirigido a estudiantes del pregrado en Estados Unidos, quienes son parte de esa cultura. Es comprensible que estemos interesados en *nuestra* historia, en el mundo de ideales y prácticas en el que *nosotros* vivimos. A riesgo de simplificarlo en exceso, puede considerarse que esta cultura se origina de la confrontación de la cultura griega, conservada y desarrollada por los romanos, y la tradición judía, extendida por la cristianidad. Desde ese momento en adelante, hasta fechas bastante recientes, la cultura occidental era cristiana, al menos de manera oficial. Incluso las tímidas revueltas contra la cultura cristiana en occidente son parte de esa tradición, debido a sus raíces.

Filosofía griega clásica

Durante la Edad de Oro de la cultura griega, que abarcó aproximadamente los siglos quinto y cuarto A.N.E.¹,

¹Antes de Nuestra Era: se prefiere en la actualidad en lugar de Antes de Cristo (A.C), que tiene una orientación cristiana.

filósofos brillantes como Sócrates, Platón y Aristóteles meditaron acerca de la mayoría de las grandes preguntas éticas. Consideraban que la belleza y la bondad eran la principal meta de la vida y admiraron la figura del guerrero-intelectual, que encarnaba las virtudes de la sabiduría, el valor, la templanza, la justicia y la piedad.

Aunque no había nada dentro de la cultura griega que rechazara al sexo como algo malvado —con frecuencia se representa a los dioses y diosas de la mitología griega disfrutando de él— los grandes filósofos sí desarrollaron una especie de ascetismo que tuvo un lugar importante en el pensamiento de Occidente. Pensaban que la virtud era resultado de la sabiduría y creían que las personas harían el bien si pudieran y que sólo la ignorancia impediría que viviesen de manera moral. Para lograr la sabiduría y cultivar la virtud, deben evitarse las pasiones violentas, y estas bien podrían incluir al sexo. Platón consideraba que el amor conducía a la inmortalidad y, por ende, que era algo bueno. Sin embargo, este tipo de amor era más bien intelectual y más parecido a la amistad que a una sexualidad vigorosa; el término *amor platónico* ha llegado a significar afecto carente de sexo. También había, en especial entre la clase guerrera, una aprobación de la **pederastia** (una relación sexual entre un hombre mayor y uno más joven). El hombre mayor servía como

Figura 21.1 Los antiguos griegos no sólo aprobaban, sino que idealizaban, la pederastia.



maestro del joven y como modelo de valor y virtud. Se pensaba que un ejército formado por amantes varones era especialmente fiero debido al deseo de cada uno de proteger a su amado (Crompton, 2003).

Posteriormente, la filosofía griega se volvió todavía más ascética que en la Edad de Oro. Epicuro (341-270, A.N.E.) enseñaba que la meta de la vida era la *ataraxia*, un estado de tranquilidad entre el placer y el dolor en el que la mente no está bajo el efecto de la emoción. Él, como muchos otros estoicos del mismo periodo, valoraba el desapego hacia las ansiedades y placeres mundanos y, de hecho, una indiferencia total hacia la vida o la muerte. El sexo no necesariamente se consideraba como algo malvado, sino como algo menos importante que la sabiduría y la virtud, algo que trascender para lograr la belleza y la bondad.

Judaísmo

La fuente básica de la tradición judeocristiana, que es fundamento religioso de la cultura occidental, está representada por las escrituras hebreas o el Viejo Testamento de la Biblia, base del judaísmo y también una de las principales fuentes del cristianismo. Escrito aproximadamente entre el año 800 y el año 200 A.N.E., el Viejo Testamento tiene mucho que decir acerca del sitio de la sexualidad en la vida y la sociedad humanas, siempre desde la perspectiva religiosa.

El punto de vista de la sexualidad en las escrituras hebreas (lo que los cristianos llaman Viejo Testamento) es fundamentalmente positivo. En el mito del Génesis acerca de la creación dice, “Creó, pues, Dios al ser humano a imagen suya, a imagen de Dios lo creó, macho y hembra los creó” (Génesis 1:27) La diferenciación sexual humana no es una ocurrencia posterior o una aberración, es parte intrínseca de la creación, que Dios llamó “buena”. El judaísmo considera que la sexualidad es un don que debe utilizarse con responsabilidad y obedeciendo la voluntad de Dios, no como algo malvado en sí mismo. La orden de casarse y procrear dentro del matrimonio es evidente (Farley, 1994). Al examinar el total de las escrituras hebreas, podemos encontrar tres temas relacionados con esta perspectiva de la sexualidad.

Primero, el sexo se considera no sólo como otra función biológica, sino como una parte profunda e íntima de la *relación* entre dos personas. La antigua historia de Adán y Eva afirma que “por eso deja el hombre a su padre y se une a su mujer, y se hacen una sola carne” (Génesis 2:24). Con frecuencia, el hebreo bíblico utiliza el término *conocer* como sinónimo del coito (como en “Adán conoció a Eva y ella concibió a un hijo”). También utiliza el término *conocimiento* con la sugerencia de profunda intimidad, para describir la relación entre Dios y su pueblo.² El uso de las imágenes

sexuales en la descripción de la relación tanto marital como entre lo divino y lo humano es testigo de la perspectiva positiva sobre la sexualidad que aparece en el Viejo Testamento.

En segundo lugar, en las escrituras hebreas, la sexualidad nunca podía separarse de sus *consecuencias sociales*. En un sentido histórico, Israel comenzó como un pequeño grupo de tribus nómadas que luchaban por permanecer con vida en una zona semidesértica de la Península Arábiga. La mera supervivencia demandaba que tuvieran muchos hijos, en especial varones, de modo que pudiesen tener suficientes pastores y guerreros.³ De este modo, no se podía permitir el sexo que no tuviera como propósito la procreación. Lo que es más, dado que las tribus eran pequeñas y con una estructura estrecha, tenía que regularse el sexo para impedir los celos acerca de las parejas sexuales, que podrían haber dividido y destruido al grupo. Por tanto, no es sorprendente que gran parte del Viejo Testamento se ocupe de leyes en cuanto a la vida en común de las personas dentro de la sociedad y que a menudo tales leyes incluyeran regulación de las prácticas sexuales.

Por último, las escrituras hebreas consideran a la conducta sexual como un aspecto de la *lealtad nacional y religiosa*. Cuando los israelitas se establecieron en lo que ahora

es el estado de Israel, aproximadamente entre los años 1200 a 1000 A.N.E., entraron en contacto con los habitantes originales, a quienes llamaron cananeos. Como muchos otros pueblos agricultores de la época, los cananeos buscaron alentar el crecimiento de sus cultivos a través de su religión. En este **culto a la fertilidad**, se alentaba a Baal, el Padre Cielo, a aparearse con Asherah (Astarte o Ishtar), la Madre Tierra, de modo que crecieran los cultivos. Este apareamiento se alentaba a través del sexo ritual y los prostitutas del templo (hombres y mujeres) eran una gran parte de la religión de Canaán. Los líderes religiosos judíos consideraban al culto de la fertilidad como una amenaza para su religión y muchas prácticas sexuales están prohibidas en las escrituras hebreas porque se encontraban entre los cananeos y podrían conducir a ser infieles hacia el Dios de Israel.

Las muchas regulaciones sexuales del Viejo Testamento necesitan verse tanto en el contexto de su época como en relación con sus antecedentes históricos. A partir de la lucha de Israel por sobrevivir durante el periodo nómada surgieron instituciones como la poligamia (muchas esposas) y el concubinato (esclavas

Pederastia: sexo entre un hombre mayor y un hombre menor o un niño; llamado en ocasiones boylove.

Culto a la fertilidad: una forma de religión asociada con la naturaleza en la que la fertilidad del suelo se alienta a través de diversas formas de magia ritual que a menudo incluyen el coito ritual.

³Nótese que la esencia de la promesa de Dios al patriarca Abraham fue darles descendientes tan numerosos como granos de arena o como estrellas en el cielo (Génesis 13: 14-18, entre muchos sitios).

²Véase, por ejemplo, Oseas, el Cantar de los Cantares y, en el Nuevo Testamento, Apocalipsis.

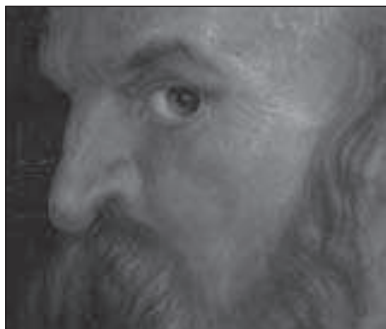
mantenidas con propósitos de procreación), diseñadas para producir descendencia en el caso de un matrimonio sin hijos (Farley, 1994) y también leyes en contra del sexo ilegítimo y sin propósitos de procreación. En función de la confrontación con el culto a la fertilidad, Israel derivó prohibiciones contra la desnudez, la prostitución por razones de culto y otras prácticas típicas de los cananeos. Ambos temas están presentes en el siguiente pasaje del Levítico 20:10-19:

Dualismo: creencia religiosa o filosófica de que el cuerpo y el espíritu son independientes y opuestos entre sí y que la meta de la vida es liberar al espíritu de la esclavitud del cuerpo; por ende, un desprecio del mundo material y del aspecto físico de la humanidad.

Si un hombre comete adulterio con la mujer de su prójimo, será muerto tanto el adúltero como la adúltera. El que se acueste con la mujer de su padre, ha descubierto la desnudez de su padre; ambos morirán: caerá sobre ellos su sangre... El que se una con bestia, morirá sin remedio. Mataréis también la bestia. Si alguien toma por esposa a su hermana, hija de su padre o hija de su madre, viendo así la desnudez de ella y ella la desnudez de él, es una ignominia. Serán exterminados en presencia de los hijos de su pueblo. El que se acueste con mujer durante el tiempo de las reglas descubriendo la desnudez de ella, ha puesto al desnudo la fuente de su flujo y ella también ha descubierto la fuente de su sangre. Ambos serán exterminados de entre su pueblo.

El adulterio y el incesto son amenazas a la armonía del grupo. El bestialismo no sólo es “antinatural”, sino que tampoco sirve para la procreación y puede haber sido una característica de la religión cananea. El tabú de la menstruación es típico de muchas sociedades (véase capítulo 6).

Debería señalarse que todas las sociedades tienen leyes que regulan el sexo (capítulo 1) y que estas leyes, por exóticas que puedan parecernos, tenían sentido en su contexto histórico y eran, en su mayoría, notablemente humanitarias para su época. Las escrituras hebreas se caracterizan por una gran veneración hacia el amor, el afecto y la sexualidad dentro del matrimonio; esto entra en notable contraste, por ejemplo, con la perspectiva griega del matrimonio como una institución para la procreación y los cuidados del hogar. El judaísmo de esa época era sumamente legalista, pero no particularmente ascético en cuanto a su elevado respeto por la sexualidad responsable como una parte buena e integral de la vida humana.



Para aprender más sobre el papel del sexo en la historia temprana de la cristiandad, véase el video “St. Paul’s Views on Sex” (Perspectivas de San Pablo acerca del sexo) en el capítulo 21 de su CD.

Cristianismo

A medida que nuestra discusión se dirige al cristianismo,

que floreció en tres siglos desde ser una desconocida secta judía a convertirse en la religión dominante en occidente, deben señalarse las complejas condiciones del mundo Mediterráneo entre el año 100 A.N.E y el año 100 N.E.⁴ El mundo en el que se desarrolló el cristianismo era un notable catalizador en las esferas de la filosofía, la religión y la moral. Aunque el estoicismo siguió siendo popular entre los intelectuales, la gente común prefería diversas mezclas de mitología, superstición y religión. Pocas personas se preocupaban en gran medida de la búsqueda de la sabiduría y la virtud. Había unos cuantos cultos extraños, que con frecuencia se caracterizaban por algún tipo de **dualismo**. Este era el concepto de que cuerpo y alma eran, de manera inalterable, independientes y opuestos entre sí y que la meta de la vida era volverse puramente espiritual al trascender el lado físico y material de la vida. La moral pública era notablemente decadente e incluso los paganos morales se sorprendían ante una sociedad en la que las personas —o al menos aquellos que podían costearlo— consideraban al placer sobre todas las cosas.

La repugnancia hacia los excesos de la vida romana afectó al judaísmo, que se volvió notablemente más dualista y contrario al sexo para el momento en que nació Jesús y surgió la Iglesia cristiana. La tradición ética de la Iglesia se fundamenta en el judaísmo del Viejo Testamento y recibió su dirección de las enseñanzas de Jesús, los escritos de San Pablo y la teología de los padres del cristianismo inicial. A partir de estos comienzos, la ética cristiana ha evolucionado y se ha desarrollado a lo largo de 2000 años en muchas y diversas maneras. Esto hace que la simplificación excesiva se vuelva un peligro real, pero es posible hablar en términos generales acerca de una tradición cristiana de la ética y moral sexuales.

El cristianismo se distingue entre las principales religiones mundiales por su insistencia en la monogamia (Parrinder, 1996). La mayoría de las demás religiones permitían la poligamia o que el hombre tuviese varias esposas. La norma cristiana de la monogamia, que puede parecer estricta según los estándares contemporáneos, puede verse bajo otra luz como uno de los principales pasos hacia la igualdad entre mujeres y hombres. A los hombres ya no les está permitido tener muchas esposas como si fueran “posesiones”. De manera similar, Jesús se oponía al divorcio, lo cual, nuevamente, puede parecer estricto. Sin embargo, revirtió la regla hebrea —y la práctica en otras muchas culturas— de que un hombre pudiera divorciarse de su esposa simplemente a voluntad, sin que una mujer tuviera un poder similar.

El Nuevo Testamento

Al centro de las escrituras cristianas se encuentran los Evangelios, que describen la vida y enseñanzas de

⁴Nuestra Era, una alternativa a D.C (Después de Cristo).

Jesús. Dado que Jesús no dijo casi nada acerca del tema del sexo, es difícil derivar una ética sexual con base únicamente en las escrituras. Las enseñanzas éticas de Jesús se basaron en la tradición de los profetas hebreos y su perspectiva de la sexualidad sigue esa tradición. Instó a sus seguidores a esforzarse por la perfección ética y se expresó en términos estrictos acerca del orgullo, la hipocresía, la injusticia y el mal uso de la riqueza. Hacia los pecadores penitentes, incluyendo aquellos cuyos pecados eran sexuales, las escrituras muestran a Jesús como compasivo y misericordioso (véase, por ejemplo, sus ideas acerca de las “mujeres pecadoras” en Juan 4:1-30, Juan 8:53-9:11 y Lucas 7:36-50). No colocó un énfasis particular en la conducta sexual, considerándola en apariencia como una parte de la vida moral completa basada en el amor a Dios y al prójimo.

La tarea de aplicar por primera vez los principios de Jesús a situaciones concretas recayó en San Pablo, lo cual se documenta en sus cartas. La perspectiva de Pablo acerca de la sexualidad y las mujeres era ambivalente y se derivaba tanto de la inmoralidad de gran parte de la cultura grecorromana como de la expectativa que compartía con la mayoría de los primeros cristianos acerca de que Jesús regresaría pronto, llevando al mundo a su fin (Parrinder, 1996). Pablo estaba a favor del celibato, no necesariamente porque se opusiera al sexo sino porque el matrimonio podría distraer de la oración, la alabanza y la proclamación del Evangelio. Como judío, Pablo se oponía a toda expresión sexual fuera del matrimonio y juzgaba duramente la inmoralidad sexual. Sin embargo, no singularizó al pecado sexual. Condenó los “placeres de la carne”, pero con esto se refería a todos los aspectos, como la “inmoralidad, impureza, brujería, enemistad, conflicto, celos, enojo, egoísmo, espíritu festivo, envidia, embriaguez, francachelas y cosas semejantes” (Gálatas 5:19-21). Después, los teólogos cristianos tendieron a comprender los “pecados de la carne” principalmente en términos sexuales y, por ello, dieron al cristianismo un sesgo contra la sexualidad más allá de lo que es probable que haya sido la intención de Pablo. En vista de la época, no es sorprendente que el Nuevo Testamento sea ambivalente en cuanto a la sexualidad, probablemente mucho más que el Viejo Testamento.

La primera Iglesia Cristiana

Los “Padres de la Iglesia”, como San Agustín, realizaron sus escritos aproximadamente entre el año 150 y el 600 N.E. y dieron forma a la teología básica de la fe cristiana. Durante ese tiempo, la ética cristiana se fue volviendo cada vez más ascética, por diversas razones: sus tendencias naturales, la asimilación de la filosofía griega que con frecuencia era dualista (en especial el estoicismo), la decadencia de la sociedad romana y la conversión del emperador romano Constantino en el año 325. A medida que la Iglesia se volvió la religión oficial del imperio romano, se perdió gran parte de su fervor original y comenzó a corromperse y volverse mundana.

Figura 21.2 El más notable de los Patriarcas de Occidente fue San Agustín (350-430 N.E.), quien tuvo una juventud promiscua y reaccionó de manera extrema después de convertirse al cristianismo. Para Agustín, la sexualidad era consecuencia de La Caída y todo acto sexual estaba mancillado por la concupiscencia (del latín *concupiscentia*, que significa “lujuria” o “deseo malvado de la carne”). Incluso el sexo dentro del matrimonio era un pecado y, en La Ciudad de Dios, escribió que “los hijos no pueden haberse engendrado de cualquier otra manera que la que se conoce para engendrarlos en la actualidad; es decir, por medio de la lujuria, ante la cual incluso el matrimonio honorable se sonroja” (ed. 1950, Artículo 21). La importancia de Agustín implicó que su perspectiva negativa de la sexualidad se perpetuara en la teología cristiana subsecuente.



Los cristianos serios se opusieron a esta situación mudándose al desierto para volverse monjes y ermitaños, para ayunar, orar y practicar todo tipo de negaciones de la carne, incluyendo el **celibato**. Desde ese momento, los monjes y la vida monástica se volvieron un movimiento permanente de reforma dentro de la

Celibato: práctica de permanecer célibe. En ocasiones se utiliza para referirse a la abstinencia del coito, cuyo término correcto es *castidad*. La persona *célibe* es aquella que permanece soltera, en general por razones religiosas.

Iglesia y una vanguardia de ascetas llevaron al cristianismo a un mayor rigor. Su éxito puede observarse en el requisito creado en el siglo XII de que todos los miembros del clero en occidente fueran célibes, algo que estaba lejano a las primeras prácticas de la Iglesia inicial.⁵ Los Padres de la Iglesia, casi todos ellos célibes, concedieron que el matrimonio era bueno y honorable, pero pensaban que la virginidad era un estado muy superior.

Edad Media

Durante la Edad Media, estos principios básicos continuaron elaborándose y extendiéndose. La figura más importante del periodo, y que incluso en la actualidad es la fuente básica de la teología moral católica, fue Santo Tomás de Aquino (1225-1274). Su mayor logro fue la *Summa Theologica*, una síntesis de la teología cristiana y de la filosofía aristotélica que respondió a casi cualquier pregunta que podría tener un cristiano acerca de cualquier tema. El enfoque de la “ley natural” de Santo Tomás para la ética fue normativo para la cristiandad occidental durante muchos siglos y continúa siéndolo para el catolicismo romano. Su argumento era que cualquier cosa natural era buena, definiendo *natural* según la ciencia de 1267 N.E. Cualquier cosa que no era natural, era pecaminosa.

Tomás creía que el sexo obviamente tenía como finalidad la procreación y que, por ende, el sexo no procreador violaba la ley natural y era pecaminoso, oponiéndose tanto a la naturaleza humana como a la voluntad de Dios. En la *Summa*, Tomás dedicó un capítulo a los diversos tipos de lujuria y condenó como graves cosas tales como la fornicación (coito prematrimonial), las emisiones nocturnas, la seducción, la violación, el adulterio, el incesto y el “vicio antinatural” que incluía la masturbación, el bestialismo y la homosexualidad.

La teología de Tomás de Aquino y otros moralistas se comunicó al pensamiento cristiano a través de la ley canónica de la Iglesia, que determinaba cuándo el coito era pecaminoso o no. Por definición, cualquier tipo de sexo fuera del matrimonio era pecado. La Iglesia prohibía el coito durante ciertas ocasiones en el ciclo fisiológico de la mujer (durante la menstruación, el embarazo y hasta 40 días después del parto) al igual que en ciertos días sagrados, días de abstinencia (como el viernes) e incluso durante temporadas litúrgicas completas (como Adviento y Cuaresma). Estas reglas se hacían valer a través de los *Penitenciales*, manuales que establecían las pautas para los sacerdotes que escuchaban confesiones y en los que se les instruía la manera de juzgar ciertos pecados y qué penitencias se les asignaban. Todo esto comunicaba a la persona

⁵La Primera Epístola de Timoteo, capítulo 3, muestra la evidente expectativa de que los clérigos se casaran y tuvieran hijos.

Figura 21.3 La Virgen María. Durante la Edad Media se desarrolló una gran devoción a la madre de Jesús, enfatizando su perpetua virginidad, pureza y ausencia de todo pecado. La devoción persiste actualmente en la mayoría de los países de Latinoamérica.



común que la Iglesia consideraba al sexo como básicamente malo, sólo para la procreación y probablemente como algo que no se debería disfrutar.

Los protestantes

La Reforma Protestante del siglo XVI destruyó la unidad cristiana de Europa y sacudió los fundamentos teológicos de la Iglesia Católica. Sin embargo, en cuestiones de ética sexual hubo pocos cambios. Las iglesias Protestantes abandonaron el celibato clerical, considerándolo antinatural y fuente de muchos abusos, y colocó un mayor valor sobre el matrimonio y la vida familiar. Sin embargo, los reformadores temían a la ilegitimidad y aprobaban la sexualidad sólo dentro de los confines del matrimonio. Incluso entonces, con frecuencia eran ambivalentes. Por ejemplo, Martín Lutero, fundador de la Reforma y felizmente casado con una ex monja, llamaba al matrimonio “un hospital para el

enfermo” y consideraba que su propósito era “auxiliar a la enfermedad humana y prevenir la falta de castidad” (citado en Thielicke, 1964, p. 136), lo cual escasamente se puede considerar como un enfoque entusiasta.

Una contribución importante de la Reforma Protestante al cristianismo fue un renovado énfasis en la conciencia individual en asuntos como la interpretación de la Biblia y la toma de decisiones éticas. Tal énfasis en la libertad y responsabilidad individual ha conducido a serias discusiones acerca de la ética legalista y, en parte, sobre los debates éticos actuales.

La Reforma también dio origen al Puritanismo. Los puritanos eran seguidores de Agustín en cuanto al énfasis en la doctrina del “pecado original” y la “depravación total” de la humanidad expulsada del Paraíso. Esto les condujo a utilizar la ley civil para tratar de regular el comportamiento humano en un intento por suprimir la inmoralidad. Como se verá en el siguiente capítulo, esta insistencia en obligar por ley a las personas a ser buenas tiene muchas aplicaciones sexuales, aunque es probable que los Puritanos no hayan sido más sexualmente represivos que otros cristianos de su época. Es probable que aquello que a menudo consideramos como rigidez sexual “puritana”, más bien debería llamarse “victoriana”. Durante el reinado de 60 años de la Reina Victoria (1819-1901), la sociedad británica mostraba una repugnancia exagerada hacia la expresión sexual y es probable que hayan enfatizado en exceso su importancia. Aunque se pusieron en práctica estrictas normas públicas de decencia y pureza, muchos victorianos cedían ante sus vicios privados en cuestiones de pornografía, prostitución y demás. Contra esta combinación típicamente victoriana de represión e hipocresía se revelaron muchas personas del siglo XX, pensando erróneamente que el periodo victoriano representa a toda la tradición ética cristiana.

Tendencias actuales

A lo largo de la historia occidental ha habido un consenso bastante estable acerca de los elementos fundamentales de la ética sexual, que algunos llaman la Vieja Moral. Se ha entendido al sexo como una parte buena de la creación divina, pero también como fuente de tentación que necesita controlarse. Aunque en diversos momentos se ha exaltado la castidad, siempre se ha estimado al matrimonio y la familia y condenado al sexo fuera del matrimonio, en teoría aunque no siempre en la práctica. El único propósito aprobado para el sexo ha sido la procreación, teniendo al sexo no procreador como algo antinatural y pecaminoso. Sin embargo, este consenso se destruyó en gran medida durante el siglo XX y la ética sexual es ahora un tema de acalorado debate. Varios factores, tanto dentro de la comunidad religiosa como fuera de ella, han contribuido a esta conmoción.

La emergencia de los métodos histórico-críticos entre los académicos bíblicos condujo a cuestio-

nar la naturaleza absoluta de las normas basadas en las escrituras. Ahora, muchos académicos consideran que estaban condicionadas al tiempo y la cultura en que fueron escritas y no necesariamente son obligatorias en la actualidad. Lo que es más, se ha cuestionado la comprensión tradicional acerca de las afirmaciones bíblicas relacionadas con la sexualidad a medida que se conoce más sobre el contexto histórico original. El énfasis de la Reforma en la Biblia y la conciencia individual puso en duda el enfoque de la ley natural. La comunidad religiosa también ha sido influida por las ciencias conductuales, las cuales sugieren que la sexualidad es mucho más compleja de lo que se había pensado y ponen en duda las viejas suposiciones sobre lo que es “natural” o “normal”. La tecnología ha posibilitado, por primera vez en la historia humana, que se prevenga la concepción de manera confiable y se termine el embarazo con seguridad, lo cual, entre otras cosas, debilita los argumentos contra el coito prematrimonial con base en la desaprobación de la ilegitimidad. De hecho, la tecnología misma ha hecho surgir una multitud de preguntas éticas a medida que los seres humanos adquieren cada vez más control sobre lo que alguna vez había sido una cuestión de “hacer lo que surge de manera natural”.

Todo esto ha conducido a los grupos religiosos a serios debates e incluso a entrar en conflicto. Dentro del judaísmo, los ortodoxos que siguen viviendo según la interpretación rabínica de la Biblia, pueden estar en serio conflicto con los grupos conservadores y reformistas. Los Protestantes están profundamente divididos en conservadores que siguen la Vieja Moral y los liberales que se inclinan hacia la nueva moral; otros se encuentran en algún sitio intermedio. Quizás no haya una comunidad religiosa que haya experimentado tanta tensión acerca de la moral sexual como la Iglesia Católica Romana en Estados Unidos (véase el Tema central 21.1).

Humanismo

Sería engañoso sugerir que dentro de la cultura occidental, al menos desde el Renacimiento, todo el pensamiento ético ha tenido un origen religioso. Muchos éticos han intentado, de manera bastante consciente, encontrar un marco de referencia para el comportamiento moral que no dependa de la revelación divina o de cualquier dirección de una fuente externa al pensamiento humano. La ética no religiosa abarca todo el espectro posible; sin embargo, podemos examinar una corriente general bastante amplia llamada **humanismo**.

La ética humanista no acepta una fuente sobrenatural de dirección e insiste que los valores sólo pueden encontrarse en la experiencia humana en este mundo,

Humanismo: sistema filosófico que niega el origen divino de la moral y sostiene que los juicios éticos deben hacerse con base en la experiencia y razonamiento humanos.

Tema central 21.1

Controversia acerca de la ética sexual en la Iglesia Católica Romana

Desde el decenio de 1980, la Iglesia Católica Romana de Estados Unidos ha experimentado varias controversias serias, muchas de las cuales se encuentran en el área de la ética sexual. Las enseñanzas tradicionales de la Iglesia acerca de la sexualidad fueron confirmadas de manera vigorosa por el Papa Juan Pablo II, ante la demanda de un enfoque menos legalista y estricto. Juan Pablo condenó de manera repetida toda actividad sexual fuera del matrimonio y todo el sexo que no tuviera el propósito de la procreación, como la masturbación. Por ejemplo, en 1983, el Vaticano emitió la *Guía educativa sobre el amor humano*, un panfleto para padres y maestros. En este documento, la procreación se considera como el propósito esencial del sexo marital; la masturbación, el sexo extramarital y la homosexualidad se describen como “graves trastornos humanos”. Sin embargo, tales enseñanzas no siempre han sido acogidas por los éticos del catolicismo o los seglares católicos comunes. De este modo, el debate dentro del catolicismo de Estados Unidos refleja la controversia que ha estado ocurriendo en la sociedad general. Los temas a discutir han sido la anticoncepción, el aborto, la homosexualidad, las tecnologías reproductivas y el abuso sexual.

Anticoncepción

Aunque el Vaticano y la jerarquía católica de Estados Unidos no se han desviado de su reprobación hacia el control natal “artificial”, como la estableció el Papa Paulo VI en su encíclica *Humanae Vitae* en 1968, existe evidencia de que muchos católicos estadounidenses ignoran la condena y utilizan anticonceptivos, a menudo con la aprobación tácita de sus sacerdotes. Por ejemplo, una encuesta realizada en 1993 por la revista *Newsweek* preguntó a los católicos de Estados Unidos: “¿Usted u otros católicos que usted conozca personalmente utilizan control natal artificial?” y 63 por ciento respondió sí. Además, dado que *Humanae Vitae* no es una enseñanza infalible, algunos éticos católicos siguen considerando a la anticoncepción como un tema abierto a debate.

Aborto

Existe una notable división entre los católicos estadounidenses en cuanto al tema del aborto. Un gran segmento de católicos apoya de manera activa o pasiva el movimiento contrario al aborto, o de derecho a la vida; sin embargo, existen muchos que disienten. La encuesta

de *Newsweek* inquirió, “¿La postura de la Iglesia Católica acerca del aborto es demasiado conservadora, demasiado liberal o correcta?” Cuarenta y un por ciento de las personas la consideraron demasiado conservadora y 43 por ciento pensaron que era correcta, lo cual muestra una división casi equivalente de la opinión.

Homosexualidad

En 1976, el sacerdote jesuita y psicoterapeuta John J. McNeill publicó *The Church and the Homosexual* (La Iglesia y el Homosexual), en el que cuestionaba las enseñanzas tradicionales de la Iglesia acerca de la homosexualidad y sus bases evangélicas y teológicas. En esa época, los superiores jesuitas del Padre McNeill le prohibieron hablar o escribir más sobre el tema. Obedeció la orden durante 10 años, hasta que sus superiores le ordenaron dejar su ministerio para la comunidad gay, en cuyo momento abandonó a los jesuitas y al sacerdocio.

Tecnologías reproductivas

En 1987, la Congregación para la Doctrina de la Fe emitió un documento llamado “Instrucción para la vida humana en sus orígenes y sobre la dignidad de la procreación” que condenaba la fertilización *in vitro*, la maternidad sustituta, la inseminación artificial y otras tecnologías reproductivas nuevas. El documento recibió graves críticas de muchos éticos católicos, quienes lo encontraron demasiado rígido y mal informado.

Abuso sexual de los miembros del clero

Quizás el tema sexual más difícil que enfrenta la Iglesia Católica actual es el del abuso sexual de niños por parte de sacerdotes católicos. Uno de los casos más famosos fue el del Padre Paul Shanley de la Arquidiócesis de Boston. Desde 1961, luego de un año de su ordenación, fue denunciado a la policía por el padre de un niño varón de 11 años de edad de quien había abusado. Finalmente se le arrestó en 2002, a la edad de 71 años, por violar a un varón de 6 años en 1983. En el proceso, más de 30 hombres se presentaron con alegatos de abuso de su parte que abarcaban más de 3 décadas. Se le describió como una contradictoria combinación de protector y depredador: un sacerdote maravilloso para algunos y un depredador sexual para otros. Shanley dijo que él mismo había sufrido abuso sexual cuando niño a manos de un sacerdote.

Figura 21.4 Algunas monjas y mujeres católicas desafían las enseñanzas de su iglesia.



Para el 2004, cerca del 4 por ciento (4 392) de los sacerdotes estadounidenses habían recibido acusaciones de abuso sexual de menores (Conferencia de obispos católicos de Estados Unidos, 2004, informado por Goodstein, 2004). De las supuestas víctimas, 81 por ciento eran varones. Era más frecuente que se hubiese cometido abuso con ellos desde cerca de los 12 a los 14 años de edad.

Algo que quizá es más perturbador para algunos es que la jerarquía católica ocultó estos escándalos y continuó asignando a sacerdotes como Shanley a otras iglesias e incluso al trabajo con jóvenes. La madre del niño que sufrió abuso en 1961 escribió al Cardenal Richard Cushing, pero esto no condujo a ninguna investigación. En 1990, el Cardenal Bernard F. Law permitió que Shanley fuera al sur de California con permiso por enfermedad, pero no informó al obispo local sobre el problema de Shanley, de modo que éste continuó fungiendo como sacerdote. En esencia, los obispos permitieron que los sacerdotes continuaran abusando de los niños. Algunas personas inclusive encuentran responsabilidad en el Papa Juan Pablo II, quien ha conducido una reacción conservadora contra

la liberalización de la Iglesia Católica que ocurrió en el decenio de 1960 y ha insistido en la autoridad imperial de los sacerdotes parroquiales (Berry y Renner, 2004).

El escándalo ha provocado un enorme cambio en la perspectiva de los católicos acerca de los sacerdotes; alguna vez se les consideraba como santos debido a su renuncia de toda actividad sexual, pero ahora se les revela como capaces de graves pecados sexuales. La crisis ha conducido a algunos a cuestionar la norma eclesíástica del celibato sacerdotal, sugiriendo que quizás si se permitiera que los sacerdotes tuvieran una vida matrimonial normal, no ocurrirían estos problemas. El escándalo ha provocado un cambio profundo en la autoridad dentro de la Iglesia Católica, que alguna vez dictó la moral sexual para los laicos, pero ahora se encuentra defendiendo a algunos de sus sacerdotes debido a acusaciones de inmoralidad sexual verdaderamente grave.

Fuentes: Berry y Renner (2004); Butterfield (2002); Curran (1988); Grammick (1986); Personal de investigación del *Boston Globe* (2002); Jenkins (1996); McNeill (1987); *Newsweek* (1993); Reuther (1985); Sipe (1995).

como la observan el filósofo y el científico social. La mayoría de los humanistas sostendrían que las metas básicas de la vida humana son la felicidad, la conciencia de uno mismo, la evitación del dolor y el sufrimiento, y la satisfacción de las necesidades humanas. Por supuesto, la búsqueda individual de estos fines debe moderarse por el hecho de que nadie vive solo en este mundo y que es posible que se requiera cierta limitación de la felicidad del individuo por el bien común. Otro principio humanista importante es que el individuo debe tomar sus propias decisiones y aceptar responsabilidad de ellas y de sus consecuencias, sin apelar a una autoridad superior, como Dios.

En el área de la sexualidad humana, el humanismo demanda un enfoque realista a la conducta: uno que no cree normas y expectativas arbitrarias o irracionales. El humanismo desconfía grandemente del enfoque legalista. Busca la intimidad real entre personas y condena las relaciones impersonales y de explotación, aunque es probable que no con el vigor que caracteriza a la ética religiosa. Tiende a ser tolerante, compasivo y escéptico acerca de las afirmaciones absolutas sobre lo que es correcto o incorrecto.

La sexualidad en otras religiones importantes

Hasta este punto, la discusión se ha ocupado principalmente de la cultura occidental y de la tradición judeocristiana. Una forma de ampliar nuestra perspectiva será considerar a la sexualidad humana en las tradiciones religiosas ajenas a la cultura predominante en Estados Unidos. Como es obvio, esto en sí podría ser el tema de un libro muy grande y sólo podremos dar una breve mirada a las tres religiones no occidentales con el mayor número de seguidores: islamismo, hinduismo y budismo.

Islamismo

En sentido geográfico, y en cuanto a sus raíces, el islamismo es la fe más cercana a la herencia judeocristiana. Fue fundada por el Profeta Mahoma, quien vivió entre los años 570 y 632 N.E. en lo que ahora es Arabia Saudita. Sus seguidores se denominan *Musulmanes* y su texto sagrado es el Corán. El islamismo clásico valora de manera muy positiva la sexualidad y Mahoma consideraba al coito en el matrimonio como el mayor bien de la vida humana. El islamismo sanciona tanto la poligamia como el concubinato y el Profeta tuvo varias

Figura 21.5 La ley islámica no sólo permite, sino que alienta, la anticoncepción.



esposas. Sin embargo, el sexo fuera del matrimonio o del concubinato se consideraba como pecado. En realidad, prevalece un doble estándar en el que se toleran las aventuras extramaritales del hombre. No obstante, una esposa adúltera puede ser objeto de un *homicidio ritual* en el que se le asesina por su transgresión (Ilkharacan, 2001). El Profeta se oponía al celibato y el islamismo tiene muy poca tradición ascética. El islamismo es una fe dominada por los hombres y que tiene un fuerte estándar doble, pero que reconoce varios derechos y prerrogativas para las mujeres.

Debido a que el islamismo no tiene una sola fuente central de autoridad como el Papa, no es una fe monolítica y existe gran variedad en las maneras de seguir las leyes del Corán en las sociedades del mundo musulmán (Boonstra, 2001; Ilkharacan, 2001). Algunos estados árabes (p. ej., Irán) son teocracias en las que la ley religiosa se promulga como ley civil. En estas naciones, es probable que las ofensas sexuales se castiguen con mucha rigurosidad y que las mujeres tengan poca libertad. Otros países islámicos (como Egipto y Siria) son estados seculares en los que se han adoptado en cierto grado los valores occidentales. En ellos, las mujeres tienen más derechos y las costumbres sexuales son más plurales. Lo que es más, existe considerable variación en la interpretación del Corán, en especial entre los Sunnis y Shiítas, las dos principales “denominaciones” islámicas.

Aunque el islamismo acepta a las escrituras hebreas como sagradas, no interpreta que la historia de Adán y Eva signifique que los seres humanos han sido corrompidos por el pecado original (Ahmadi, 2003). Por ende, la búsqueda de los placeres mundanos es aceptable y la sexualidad se considera principalmente como una fuente de placer y sólo de manera secundaria como medio de reproducción.

La anticoncepción no sólo se permite, sino que se alienta, dentro de la ley islámica (Boonstra, 2001). El mismo Mahoma alentaba la práctica de *al'azl* (retiro o coito interrumpido). Incluso en el estricto estado de Irán, actualmente existe un amplio programa de planificación familiar y 73 por ciento de las mujeres casadas utilizan anticonceptivos.

Hinduismo

Hinduismo es un término más bien inclusivo que se refiere a un complejo sumamente variado de mitos y prácticas religiosas fundadas en la India. Aquí podemos encontrar casi todo tipo de enfoques en cuanto a la sexualidad que la especie humana haya podido inventar. Sin embargo, ciertos temas merecen comentario. En el hinduismo, son aceptables cuatro enfoques posibles para la vida: Kama, la búsqueda del placer; Artha, la búsqueda del poder y los bienes materiales; Dharma, la búsqueda de la vida moral; y Moksha, la

búsqueda de la liberación a través de la negación de uno mismo en un estado del ser que se conoce como nirvana. Kama es notable porque ha producido una extensa literatura sobre el logro del placer sexual, notablemente el *Kama Sutra* de Vatsyayana, una obra maestra del hedonismo erótico. Este libro manifiesta la perspectiva muy positiva de la sexualidad que se encuentra en el hinduismo.

En contraste, los modos de vida del Dharma y Moksha pueden ser tan rigurosamente ascéticos como cualquiera que se encuentre en el cristianismo. Al evitar todas las pasiones, incluyendo el sexo, el seguidor busca superar el ciclo de continua reencarnación para llegar a ser absorbido por la deidad. Parte de esto es *brahmacharya*, o celibato, que se cultiva al inicio de la vida (con propósitos educativos y disciplinarios) y al final de la vida (con el propósito de encontrar la paz). Es interesante señalar que en el periodo intermedio está permitido casarse y tener una familia y, por ende, esta forma de hinduismo hace posible la sexualidad activa y el ascetismo en el curso de una misma vida (Noss, 1963).

Budismo

El budismo se derivó del hinduismo; se origina en la vida y obra de Gautama (560-480 A.N.E.), el Buda, y se ha desarrollado en muchas formas desde entonces. En las enseñanzas del Buda existe poca discusión acerca del sexo; su modo de actuar es generalmente ascético y se concentra en el logro de la iluminación y en escapar del sufrimiento del mundo. Dos tradiciones principales, Therevada y Mahayana, encontradas ambas en el budismo actual, difieren en gran medida. La ética de Therevada incluye la estricta privación de los deseos que traen dicha; se enfatizan la comprensión, la moral y la disciplina. La ética de Mahayana es más activa y se dirige hacia el amor a los demás. Ambas alientan a los hombres a vivir en celibato como monjes. Originalmente, el Buda buscó el “camino intermedio” entre el ascetismo extremo y el hedonismo extremo, pero actualmente la situación es más parecida a la del cristianismo medieval: las masas tienen vidas comunes —generalmente matrimoniales— mientras que los monjes cultivan la sabiduría ascética.

El budismo tántrico, que se encuentra particularmente en Tíbet, es una forma de budismo que es de especial interés. Existe una devoción a la energía natural (*shakti*) y a los seguidores se les enseña que la pasión puede extinguirse a través de la pasión. Por ejemplo, el deseo sexual puede superarse mientras se participa en el coito, según el conocimiento oculto. Por ende, la sexualidad puede utilizarse como un medio para trascender las limitaciones de la vida humana. Este misticismo sexual no es común en ningún sentido, pero es una de las diversas formas que puede asumir esa religión oriental (Parrinder, 1980).

Figura 21.6 El budismo alienta a los hombres a vivir como monjes célibes.



Temas contemporáneos en la ética sexual

La sexualidad humana está sumamente influida por los valores y, por ende, es probable que esté sujeta a convicciones fuertes y con elevada carga emocional. También es probable que sea el punto focal de conflictos en la sociedad, si no existe un consenso amplio

Moralismo: actitud religiosa o filosófica que enfatiza la conducta moral, acompañada en general por normas estrictas, como la meta máxima de la vida humana. Los moralistas tienden a favorecer la regulación estricta del comportamiento humano para ayudar a hacer buena a la gente.

Pluralismo: actitud filosófica o política que afirma el valor de muchas opiniones divergentes y que cree que la verdad se descubre a través del choque entre las diversas perspectivas. Por tanto, los pluralistas creen en la máxima libertad humana posible.

acerca de las normas para la conducta sexual. Es evidente que esto ocurre así en la sociedad estadounidense contemporánea. La “revolución sexual” es para muchas personas una amenaza para todo aquello que estiman y no es sorpresa que respondan con temor y enojo. La oposición contra la perspectiva más liberal acerca de la sexualidad y la mayor libertad de la conducta humana que ha ocurrido en los últimos 40 años, acelerada por la disper-

sión del SIDA y del herpes, ha resultado en un debate público explosivo, en intentos organizados por legislar y volver a instituir por fuerza la Vieja Moral, y en una reafirmación de la perspectiva sumamente legalista de la ética judeocristiana. El debate promete continuar durante cierto tiempo y generar gran acaloramamiento.

El debate acerca de los límites, si existen algunos, de la libertad sexual humana puede observarse en el choque entre la Nueva Moral y la Vieja Moral, pero permítanos proponer un modelo más útil. En cierto grado, la Vieja Moral ha recibido el apoyo de personas que creen que existen normas definidas clara y objetivamente acerca de lo que es correcto e incorrecto y que una sociedad tiene el derecho a insistir que todos sus miembros se conformen a ellas, por lo menos hacia el exterior. A esta perspectiva podríamos denominarle **moralismo**; tiene muchos defensores en la comunidad religiosa que consideran que la norma objetiva de la moral se deriva de la ley divina. En oposición a este punto de vista se encuentran los defensores del **pluralismo**, que consideran que las dudas acerca de la moral pública son mucho más complejas. Los pluralistas niegan que existan normas objetivas de moral y afirman que la verdad ha de descubrirse a través del choque entre opiniones y convicciones divergentes. Según esta

perspectiva, la sociedad haría bien en permitir que se defiendan y expresen muchos puntos de vista. La conciencia y derechos de los individuos deben destacarse por encima de las necesidades de orden y uniformidad de la sociedad. Los pluralistas están en mucha menor probabilidad que los moralistas de apelar a la ley o la religión para imponer sus opiniones y es más probable que concedan libertad a los individuos. El debate entre moralistas y pluralistas ha estado ocurriendo desde hace largo tiempo, tanto en la comunidad religiosa en sí como en toda la historia de Estados Unidos. No se llegará a acuerdos en corto tiempo.

Un ejemplo de la perspectiva moralista se puede encontrar en la postura “profamilia” que está enraizada en el conservadurismo religioso y que intenta influir cada vez más en el proceso legislativo. Los activistas profamilia están a favor de una prohibición constitucional del aborto, contra cualquier tipo de tolerancia legal para la cohabitación de personas no casadas y a favor de la discriminación legal de los homosexuales en áreas tales como vivienda, patria potestad y empleo.

Esta posición es, en esencia, aquella de la Nueva Derecha Religiosa, una coalición de grupos religiosos y políticos conservadores. Los miembros de este movimiento son principalmente, pero no de manera exclusiva, fundamentalistas protestantes, que discuten que la Nueva Moral ha drenado el vigor moral de la sociedad estadounidense, dejando al país abierto al deterioro interno y al juicio divino. Sus esfuerzos por imponer sus convicciones religiosas a través de la legislación han creado una de las controversias más intensas entre iglesia y estado de finales del siglo XX y principios del siglo XXI (véase capítulo 22). Su postura es odiosa para los pluralistas y para aquellos que se han beneficiado por la liberalización de las leyes y actitudes relacionadas con la sexualidad. Estas personas luchan por conservar lo que consideran sus avances, mientras que los activistas profamilia y de la nueva derecha buscan dar marcha atrás al reloj hacia lo que ellos perciben como un tiempo que fue más sano y moral.

Este conflicto se puede encontrar actualmente dentro de la mayoría de las comunidades religiosas. Incluso los grupos protestantes troncales de actitudes liberales, que han tendido a dar acomodo a cuando menos una parte de la Nueva Moral, han sido objeto de ataque por parte de sectores de sus propios miembros en temas como el aborto, el sexo premarital y la homosexualidad. Los informes en la prensa acerca de reuniones nacionales de los grupos religiosos estadounidenses revelan un notable número de debates acerca de la sexualidad humana. Éstos son debates que se equiparan con aquellos que ocurren en la sociedad en general. A continuación ilustraremos esta conmoción discutiendo los temas éticos que implican el sexo fuera del matrimonio, la anticoncepción, el aborto, la homosexualidad, el SIDA y las técnicas reproductivas.

Sexo fuera del matrimonio

La tradición bíblica que sustenta la ética occidental casi siempre ha limitado el coito al matrimonio. Esto tiene sus raíces en los conceptos religiosos acerca de que el matrimonio es la voluntad de Dios para la mayoría de los hombres y mujeres, y la manera en que se evita el pecado y a través de la cual se cuida de los hijos. Por ende, la tradición ha condenado tanto el sexo fuera del matrimonio (que la Biblia denomina **fornicación**) como el sexo entre personas casadas con otros (**adulterio**). En la actualidad, esta posición sigue siendo la de los conservadores teológicos entre los judíos, protestantes y católicos romanos. Una declaración católica romana acerca del tema es típica de esta postura:

En la actualidad existen muchos que reivindican el derecho a la unión sexual antes del matrimonio, cuando menos en aquellos casos donde la firme intención de casarse y un afecto que en cierto modo es conyugal en la psicología de los sujetos, requiere de esta conclusión que ellos juzgan connatural.... Esta opinión es contraria a la doctrina cristiana, que afirma que todo acto genital debe ocurrir dentro del marco del matrimonio. (Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 1976, p. 11)

Sin embargo, las tendencias en la sociedad han causado que muchos éticos reabran la cuestión y asuman posturas menos dogmáticas. Entre éstas se encuentran el desarrollo de anticoncepción segura y confiable, la mayor edad para el primer matrimonio, el hecho de que muchas personas experimenten la soltería a causa del divorcio y la viudez, y la evidencia empírica que indica la difusión de la actividad sexual entre los adolescentes. Estos éticos están preocupados de que las personas reciban una guía más útil que el simple “no debes”. Para ellos, la calidad de la relación es más importante en un sentido ético que su estatus legal.

Los criterios para juzgar la moral de los actos sexuales pueden incluir los siguientes (Countryman, 1994). Primero, ¿existe un genuino respeto hacia la calidad como persona de todos los implicados? Casi todos los éticos estarían de acuerdo en que la explotación de una persona a manos de otra (ya sea casada o no) —el uso de otros seres humanos sólo por el propio placer— es incorrecto. Lo que es más, la mayoría requerirían afecto genuino y compromiso serio de ambas partes. El compromiso se manifestaría en el comportamiento responsable, como el uso de anticonceptivos, si la pareja no estuviera dispuesta o pudiera tener hijos, y las precauciones contra las ETS. Por último, muchos éticos insistirían en que el comportamiento sexual moral debe incluir apertura genuina y honestidad entre los miembros de la pareja. Desde su perspectiva, las instituciones públicas y privadas deberían

Fornicación: término bíblico para el sexo entre personas no casadas y, de manera más general, toda la conducta sexual inmoral.
Adulterio: acto sexual voluntario del marido o la esposa con otra persona que no es su cónyuge; por tanto, traición a los votos matrimoniales.

estar implicadas en ayudar a la gente a tomar buenas decisiones éticas sobre la conducta sexual en una cultura que tiende a glorificar y explotar el sexo (Lebacqz, 1987; Moore, 1987).⁶

El sexo extramarital (adulterio) siempre ha sido considerado como un asunto grave en la tradición judeocristiana. En las escrituras hebreas, el castigo para ello era ser apedreado hasta morir; en el nuevo testamento, es la única base para el divorcio permitida por Jesús (Mateo 6:21-22). El adulterio se ha considerado como una falta grave a la confianza del cónyuge, al igual que como un acto de infidelidad hacia Dios (una violación de promesas importantes en un sentido religioso). Pocos éticos contemporáneos modificarían esta postura, pero muchos estarían a favor de un enfoque menos crítico y más humano hacia las personas implicadas. Desde este punto de vista, se debería ayudar a las personas involucradas en relaciones extramaritales a encontrar los orígenes de su infidelidad y avanzar hacia una reconciliación con sus cónyuges con base en el perdón y el amor. Este enfoque sugeriría que la orientación es mucho más útil que la condena. Algunos discuten que, sobre todo, las organizaciones religiosas necesitan asistir a las personas para establecer y conservar buenos matrimonios basados en el respeto, la comunicación y el compromiso mutuos.

Anticoncepción

Los católicos romanos y los judíos ortodoxos se oponen a cualquier medio “artificial” de anticoncepción; otros judíos y muchos protestantes favorecen la planificación familiar responsable de las parejas casadas. Además, la mayoría de los éticos sugerirían que las personas no casadas que tienen actividad sexual deben utilizar control natal.

Aquellos que se oponen al control de la natalidad por razones religiosas lo consideran como algo contrario a la voluntad de Dios, a la ley natural, o ambas. El judaísmo ortodoxo cita el precepto bíblico de “creced y multiplicaos” (Génesis 1:26) como la orden de Dios para su pueblo, que no debe desobedecerse de ninguna manera. Lo que es más, algunos miembros de otras comunidades judías advierten que limitar el tamaño de la familia amenaza la futura existencia del pueblo judío y demandan el regreso a la familia judía tradicionalmente grande.

La postura católica romana está mejor enunciada en la encíclica de 1968 del Papa Paulo VI, *Humanae Vitae*:

Por su naturaleza, el matrimonio y el amor conyugal están consagrados a la procreación y educación de los hijos.... Por ende, en la tarea de transmitir la vida, no están en libertad de proceder por completo a volun-

tad, como si pudieran determinar de modo totalmente autónomo la vía honesta que han de seguir, sino que deben conformar su actividad a la intención creativa de Dios, expresada en la misma naturaleza del matrimonio y por sus actos, y que se manifiesta a través de las constantes enseñanzas de la Iglesia. (Papa Paulo VI, 1968, p. 20)

La encíclica continuaba con la aprobación eclesiástica de la “planificación familiar natural”, es decir, la abstinencia durante periodos fértiles que popularmente se conoce como “método del ritmo” o “ruleta vaticana”. *Humanae Vitae* no fue aceptada con entusiasmo por todos los católicos y la evidencia indica que muchas parejas católicas, a menudo con aliento o aprobación tácita de sus sacerdotes, ignoran estas enseñanzas y utilizan de todos modos la anticoncepción. Sin embargo, las enseñanzas de *Humanae Vitae* han sido reiteradas de manera repetida y resonante por el Papa Juan Pablo II.

Aquellos dentro de la comunidad religiosa que favorecen el uso de anticonceptivos lo hacen por una variedad de razones. Muchos expresan una preocupación de que todos los niños que nacen deberían ser “deseados” y consideran que la planificación familiar sería un medio para lograrlo. Otros, que enfatizan los peligros que representa la sobrepoblación para la calidad y futuro de la vida humana, la necesidad de distribución más equitativa de los recursos naturales y las necesidades de las naciones en desarrollo, demandan la planificación familiar como una cuestión de justicia. Otro punto de vista considera que la utilización de los anticonceptivos es parte del uso responsable de la libertad. Desde esta perspectiva, cualquier pareja que no esté dispuesta o lista para asumir la responsabilidad de los hijos, tiene el deber de utilizar anticonceptivos. Para estos grupos, la decisión de utilizar anticonceptivos es sumamente individual y el gobierno debe permitir a cada individuo el libre ejercicio de su conciencia (Curran, 1988).

Aborto

Uno de los debates más convulsivos de nuestro tiempo continúa agitándose alrededor del tema del aborto. Los activistas Provida y Proelección están bien organizados y profundamente convencidos de la rectitud de sus posturas. El conflicto es un choque de creencia religiosa, convicción política y una perspectiva mundial en el campo de la política pública que no permite soluciones fáciles.⁷

De inicio deberían hacerse dos distinciones. Primero, no existe consenso en cuanto a la relación entre aborto y anticoncepción. Para la Iglesia Católica Romana y para otros dentro del movimiento Provida, los dos tienen la misma intención; de hecho, muchos activistas

⁶Una inteligente discusión sobre estos temas desde diferentes perspectivas (protestante liberal y católica romana, respectivamente) puede encontrarse en Nelson (1978) y Genovesi (1987).

⁷Para un estudio cuidadoso y minucioso de aquello que los activistas Provida y Proelección consideran que está en riesgo, véase Ginsburg (1989).

Provida desean prohibir todo tipo de anticoncepción, excepto la planificación familiar natural. En el otro bando, existen algunos defensores Proelección que consideran al aborto como una variedad de anticoncepción (menos deseable, quizás, pero mejor que el embarazo no deseado). Sin embargo, la mayoría de los éticos centristas distinguen entre el aborto y la anticoncepción, favoreciendo de manera típica a esta última, en tanto que formulan ciertas dudas éticas acerca del primero. En segundo lugar, con frecuencia se distingue entre el aborto terapéutico y el aborto electivo. El aborto terapéutico es la terminación del embarazo cuando la vida o salud mental de la mujer se ve amenazada o cuando existe un trauma, como en los casos de violación o incesto. Muchos teóricos éticos están dispuestos a favorecer el aborto terapéutico como el menor de dos males, pero no sancionan el aborto electivo; es decir, el aborto que se realiza a solicitud de una mujer por cualquier razón.

Los líderes del movimiento contrario al aborto provienen claramente de la Iglesia Católica Romana, para la que ponerle fin al aborto es una de sus principales metas políticas. Para muchos católicos, la oposición al aborto se considera como parte del compromiso general de respeto a la vida, que el Cardenal Joseph Bernardin llamó la “prenda perfecta” que incluye la oposición a la pena de muerte, la eutanasia (homicidio por piedad) y la injusticia social, y una postura muy positiva hacia la paz (Cahill, 1985). El Papa Juan Pablo II reafirmó su posición en su encíclica de 1995 *Evangelium Vitae* (Evangelio de la vida), diciendo “Declaro que el aborto directo, es decir, el aborto que se realiza como fin y como medio, siempre constituye una grave perturbación moral, dado que es el homicidio deliberado de un ser humano inocente”. Y a continuación prosigue con la condena hacia la pena capital y la eutanasia. El principio que subyace a esta postura es que toda vida es un don de Dios que los seres humanos no tienen permitido tomar. La postura del movimiento Provida es que la vida comienza al momento de la concepción y que el feto es merecedor, desde el principio, a plenos derechos y protecciones. La posición de la Iglesia Católica Romana es compartida por los judíos ortodoxos, cristianos ortodoxos orientales y muchos protestantes conservadores o fundamentalistas (véase el Tema central 21.2). La eliminación del aborto legal está entre los primeros elementos de la agenda política de muchos grupos teológicamente conservadores y ha sido uno de los principales temas en las elecciones presidenciales y para el Congreso y en las nominaciones para la Suprema Corte de Estados Unidos durante los últimos 30 años.

Sin embargo, ha habido cierta discrepancia significativa con respecto a esta posición dentro de la misma Iglesia Católica. Los católicos Proelección señalan que durante gran parte de su historia, la Iglesia ha aceptado las enseñanzas de Aristóteles, reafirmadas por Santo Tomás de Aquino, acerca de la “infusión del alma”; es

Figura 21.7 La controversia del aborto. Los defensores provida y proelección son inflexibles acerca de sus posturas. a) El 25 de agosto de 2004, 1 millón de defensores proelección se manifestaron en Washington para protestar las tendencias hacia la limitación del acceso al aborto. b) También se presentaron algunos manifestantes contrarios.



a)



b)

Tema central 21.2

Declaraciones de la postura religiosa acerca del aborto: Provida contra Proelección

Las siguientes declaraciones provienen de una variedad de las principales organizaciones religiosas. Reflejan la naturaleza de los argumentos y la retórica en el debate sobre el aborto. Considérense estas declaraciones en relación con la encuesta de Gallup (cuadro 21.1) que muestra una amplia diversidad de opiniones entre el público estadounidense.

Declaraciones de Provida

[La] Iglesia siempre ha rechazado el aborto como un grave mal moral. Siempre se ha considerado que la indefensión del niño, tanto antes como después del nacimiento, lejos de disminuir su derecho a la vida, aumenta nuestra obligación moral de respetar y proteger ese derecho... La iglesia también se percató de que una sociedad que tolera la destrucción directa de vida inocente, como ocurre en la práctica actual del aborto, está en peligro de perder su respeto por la vida en todos los demás contextos (Conferencia Nacional de Obispos Católicos, 1985).

Todos los seres humanos deben valorar a toda persona en su naturaleza única como criaturas de Dios, llamados a ser hermano o hermana de Cristo en razón de su encarnación y redención universal. Para nosotros, la santidad de la vida humana se basa en esas premisas. Y es con fundamentación en las mismas premisas que se basa nuestra celebración de la vida humana (toda vida humana). Esto explica nuestros esfuerzos por defender la vida humana contra toda influencia o acción que

decir, que el ingreso del alma distintivamente humana dentro del feto ocurre 40 días después de la concepción para un varón y 80 o 90 días después de la concepción para la mujer. En teoría, esto permite el aborto al menos hasta el cuadragésimo día. En 1869, el Papa Pío IX eliminó el concepto de la "infusión del alma", sosteniendo que la vida comienza con la concepción y que todo aborto es, por lo tanto, un homicidio (Luker, 1984). Aunque denunciado regularmente por el Vaticano y la jerarquía eclesiástica de Estados Unidos, algunos éticos católicos insisten en que la posición de la iglesia no es inmutable y discuten que las preocupaciones y necesidades de la mujer deben considerarse de manera más cuidadosa dentro de la materia (Kolbenshlag, 1985; Maguire, 1983; Reuther, 1985).

Cuadro 21.1 Datos de la encuesta de Gallup acerca de las actitudes de los estadounidenses hacia el aborto

| | Porcentaje | | |
|---|------------|------|-------|
| | 1975 | 1992 | 2003* |
| El aborto debería ser: | | | |
| Legal bajo cualquier circunstancia | 21% | 31% | 26% |
| Legal sólo bajo ciertas circunstancias* | 54 | 53 | — |
| Legal bajo ciertas (la mayoría de) circunstancias | — | — | 14 |
| Legal bajo ciertas (unas cuantas) circunstancias | — | — | 40 |
| Illegal en toda circunstancia | 22 | 14 | 17 |
| Sin opinión | 3 | 2 | 5.3 |

*En 1996, la Organización Gallup cambió el fraseo de esta pregunta, dividiendo la opción anterior "Legal sólo bajo ciertas circunstancias" en dos alternativas: "Legal bajo ciertas (la mayoría de) circunstancias" y "Legal bajo ciertas (sólo unas cuantas) circunstancias". <http://ropercenter.uconn.edu>.

la amenace o debilite, al igual que nuestros empeños para hacer que cada vida sea más humana en todos los sentidos. (Papa Juan Pablo II, 1979.)

Los cristianos ortodoxos siempre han considerado que el aborto voluntario de un niño no nacido es un acto maligno e inmoral. La tradición canónica de la

La postura Proelección asume cuando menos dos formas: absoluta y modificada. La postura absoluta discute que el embarazo es únicamente un asunto de la mujer y que ella debería tener el derecho absoluto de controlar su propio cuerpo y de determinar si debe llevar el feto a término. En un sentido ético, esta posición se basa en la convicción de que el individuo debe ser libre y autónomo en todas las decisiones personales. También está inspirado en el feminismo, que considera que tal autonomía es una necesidad si se quiere que las mujeres sean verdaderamente iguales a los varones. Las feministas también observan que, en un sentido histórico, las reglas sobre el aborto fueron creadas por los hombres, que no se embarazan y, por tanto, son profundamente sospechosas. De hecho,

Iglesia identifica todo acto que tenga el propósito de destruir a un feto como el crimen de homicidio. (Iglesia Ortodoxa de Estados Unidos, 1992.)

El aborto no es una opción moral, excepto como subproducto trágicamente inevitable de los procedimientos médicos necesarios para prevenir la muerte de otro ser humano; es decir, la madre. (Iglesia Luterana-Sínodo de Missouri, 1979.)

Afirmamos nuestra oposición al aborto legalizado y nuestro apoyo a la legislación federal y estatal apropiada, a la enmienda constitucional, o ambas, que prohíban el aborto excepto para prevenir la muerte inminente de la madre. (Convención Bautista del Sur, 1989.)

Declaraciones Proelección

La Iglesia Unida de Cristo ha afirmado y vuelto a afirmar desde 1971 que el acceso a un aborto seguro y legal es consistente con el derecho de una mujer a seguir los dictados de su propia fe y creencias en cuanto a determinar cuándo tendrá hijos y si los tendrá, y ha prestado un apoyo amplio a la educación sexual como una medida para prevenir los embarazos no deseados o no planeados (Iglesia Unida de Cristo, 2004.)

El aborto es una decisión sumamente difícil que enfrenta una mujer. En todas las circunstancias, debería ser su decisión si debe terminar o no un embarazo, sustentada por aquellos en quienes confíe (médico, terapeuta, pareja, etc.). Esta decisión no debe tomarse a la ligera (el aborto nunca debería utilizarse con propósitos de control natal) y puede tener ramificaciones que duren toda la vida. Sin embargo, cualquier decisión debe dejarse en manos de la mujer dentro de cuyo cuerpo está creciendo el feto. (Unión de Judaísmo Reformado, 2004.)

Nuestra creencia acerca de la santidad de la vida humana que aún no ha nacido nos vuelve renuentes a aprobar el aborto. Pero estamos igualmente obliga-

dos a respetar la santidad de la vida y el bienestar de la madre, en quien puede ocurrir un daño devastador derivado de un embarazo que no acepta. En continuidad con las enseñanzas cristianas del pasado, reconocemos los conflictos trágicos entre una vida y otra que pueden justificar el aborto y en tales casos apoyamos la opción legal del aborto a través de procedimientos médicos apropiados. No podemos afirmar al aborto como un medio aceptable de control natal e incondicionalmente lo rechazamos como un medio para la selección del género. (Iglesia Metodista Unida, 2000.)

Consideramos que la legislación acerca del aborto no atenderá la raíz del problema. Por ende, expresamos nuestra profunda convicción de que cualquier legislación propuesta por los gobiernos nacional o estatal respecto al aborto debe tener un especial cuidado en observar que se respete la conciencia del individuo y en reconocer y honrar la responsabilidad del individuo en cuanto a tomar decisiones informadas en esta materia. (Iglesia Episcopal, 1994.)

El judaísmo no cree que la condición como persona y los derechos humanos comiencen con la concepción. La premisa de que la condición de persona inicia con la concepción se fundamenta en una postura religiosa que no es idéntica a la tradición judía. Por lo tanto, bajo circunstancias especiales, el judaísmo elige y requiere del aborto como un acto que afirma y protege la vida, bienestar y salud de la madre. Negar a la mujer judía y a su familia la capacidad para obtener un aborto seguro y legal cuando así lo manda la tradición judía es privar a los judíos de su derecho fundamental a la libertad religiosa. (Sinagoga Unida del Judaísmo Conservador, 1989.)

Fuente: National Right to Life; Religious Coalition for Reproductive Choice (2004).

para muchas feministas, el acceso completo al aborto es un principio absoluto para la liberación de la mujer. Las preocupaciones acerca de la autonomía y el individualismo han formado una parte importante de la ética occidental y de la teoría social estadounidense durante más de dos siglos.

Para aquellos que tienen una postura proelección modificada —que incluye a la mayoría de los protestantes y judíos liberales— la cuestión es más compleja e implica una comparación entre varios beneficios. Afirman que la vida humana es buena y debe preservarse, pero también discuten que la calidad de vida es importante. Afirman que existe la posibilidad de que el niño no nacido tenga un derecho a la vida, pero se preguntan si no también tiene el derecho a ser deseado

y a que se cuide de él. En situaciones de alto riesgo, ¿el peligro para el bienestar de una mujer, que ya está viva, no tendría precedente sobre el bienestar del feto que aún no ha nacido? Pocos en este bando consideran que el aborto es algo bueno, pero sugieren que puede haber muchas situaciones en las que es la elección menos mala. Lo que es más, estos éticos tienden a observar que, dado que no existe un verdadero consenso en la sociedad acerca de la moral del aborto, el gobierno debería mantenerse al margen y permitir que cada mujer tome su propia decisión.

La postura Provida es, como es típico del moralismo, mucho más absoluta y aparentemente simple, mientras que la postura Proelección, que es pluralista, resulta compleja. Ambas posiciones concuerdan en el

valor y dignidad de la vida humana, pero están agudamente divididas en cuanto al momento en que inicia la vida, la manera en que deben ponderarse los intereses en conflicto y cómo se puede preservar y fomentar de mejor manera la vida humana. Varios factores garantizan que el debate continuará durante cierto tiempo. Los avances en la medicina neonatal están reduciendo el umbral de “viabilidad” (la supervivencia de los lactantes prematuros), lo cual puede afectar la aceptabilidad ética de los abortos durante el segundo trimestre para algunas personas (Callahan, 1986). La politización del tema lo mantendrá dentro de la conciencia del público y, sin duda, continuarán los desafíos legales (véase capítulo 22). Con toda certeza, no es probable que disminuya la intensidad, ya que es un choque entre la vida, la ley, la libertad y los valores, y poca gente es neutral acerca de esos asuntos.

Homosexualidad

Como reflejo de la sociedad en general, las comunidades religiosas han estado participando en un vigoroso debate acerca del tema de la homosexualidad. Hasta fechas recientes, se suponía que todos los actos y personas homosexuales recibían la condena de la tradición judeocristiana. Sin embargo, muchos éticos contemporáneos, y algunas organizaciones religiosas, han comenzado a reexaminar sus actitudes hacia la homosexualidad (Siker, 1994). Este cambio ha ocurrido en parte debido a que ciertas conclusiones académicas sugieren que la interpretación tradicional de los pasajes bíblicos sobre el tema no es precisa y en parte debido a que el impacto de las ciencias sociales ha conducido a muchos éticos a cuestionar si la homosexualidad es verdaderamente anormal y antinatural y, por ende, contraria a la voluntad de Dios. En términos generales, existen tres posturas sobre este asunto: discriminación, discriminación modificada o aceptación con reservas, y aceptación plena (Nelson, 1978).

Discriminación

En cuanto a la *postura de discriminación*, en general se ha supuesto que gran parte de la tradición judeocristiana se opone de manera absoluta a cualquier acto sexual entre personas del mismo género y considera que aquellos que cometen dichos actos son pecadores terribles que reciben la condena total de Dios. Aunque existen pocas referencias en la Biblia, todas ellas negativas, la más famosa es el pasaje sobre la destrucción de Sodoma (véase figura 21.8).⁸

En las escrituras hebreas, las prácticas homosexuales se incluyen dentro de las listas de ofensas contra Dios. Jesús no hizo ningún comentario sobre la materia, pero San Pablo se expresó de manera determinada

Figura 21.8 En esta pintura de Dürer, Lot y su familia huyen mientras se incendia la ciudad de Sodoma. En Génesis 19:4-11, Dios envía dos ángeles a la ciudad de Sodoma a investigar su supuesta inmoralidad. Lot da hospitalidad a los ángeles, pero su casa es rodeada por una multitud de hombres que demandan que saque a los ángeles, “para que los conozcamos”. Lot ofrece a cambio a sus hijas vírgenes, pero los hombres de Sodoma insisten; los ángeles los dejan ciegos y Dios destruye la ciudad. Esta historia se ha entendido como una condena para todos los actos homosexuales. Sin embargo, algunos estudiosos modernos cuestionan esta interpretación, señalando que cuando mucho condena la violación homosexual. Lo que es más, los académicos señalan que en otras partes de la Biblia y en la historia judía, nunca se ha considerado que el pecado de Sodoma haya sido la homosexualidad, sino más bien la inmoralidad general y la falta de hospitalidad, una ofensa grave en el Cercano Oriente de la antigüedad (Helminiak, 2000).



contra los actos homosexuales, al considerarlos como una conducta perversa de personas que fundamentalmente son heterosexuales. Por tanto, los incluyó en la lista de pecados sexuales, junto con el adulterio y la fornicación, que se oponen a la voluntad de Dios y son un síntoma de la depravación humana. Sin embargo, no parece ser que Pablo haya considerado a la homosexualidad como más terrible que otros pecados sexuales.

⁸Otros pasajes bíblicos relevantes incluyen Levítico 18:22 y 20:13; Génesis 19; Romanos 1:26 y I Corintios 6:9.

La homosexualidad no era poco común en el mundo Mediterráneo de la Iglesia inicial y ésta la condenaba como parte del mundo inmoral en el que se encontraba. La Iglesia lo consideraba como un crimen contra la naturaleza que podría provocar la ira de Dios para toda la comunidad (Kosnick, 1977). En la Edad Media, Santo Tomás de Aquino afirmó que el “vicio antinatural... ofende a la naturaleza al transgredir su principio básico de la sexualidad y es, en este sentido, el más grave de los pecados” (edición de 1968, II-II. q. 154, a. 12)

La postura de discriminación continúa siendo la de muchos miembros de la comunidad religiosa que condenan los actos homosexuales y rechazan a las personas homosexuales, a menos que se arrepientan y se vuelvan heterosexuales. Un ejemplo de esta actitud es la resolución de 1987 de la Convención Bautista del Sur que afirma que “la homosexualidad es una perversión de las normas divinas y una violación de la naturaleza y de los afectos naturales... [En tanto que] Dios ama al homosexual y le ofrece la salvación, la homosexualidad no es un estilo normal de vida y es una abominación ante los ojos de Dios”.

Discriminación modificada o aceptación con reservas

Muchos grupos religiosos modifican un poco esta postura, aunque se hace una distinción entre orientación y conducta homosexuales. En esencia, esta posición de *discriminación modificada* o *aceptación con reservas* considera que la orientación homosexual —suponiendo que no pueda cambiarse— es moralmente neutra, pero rechaza los actos homosexuales. De este modo, es posible que una persona homosexual ética sea obediente de la voluntad de Dios, en tanto que se mantenga en estado de abstinencia. Ésta es la postura oficial de la Iglesia Católica Romana, reiterada en una directiva del Vaticano intitulada “Atención pastoral para las personas homosexuales”, que afirma en parte:

Aunque la inclinación particular de la persona homosexual no es un pecado, la tendencia más o menos fuerte dirigida a un mal moral intrínseco y, por ende, la inclinación en sí misma, es la que debe considerarse como un trastorno objetivo. De este modo, se debería tener preocupación especial y dirigir la atención pastoral hacia aquellos que tienen este padecimiento, a riesgo de conducirlos a la creencia de que ejecutar su orientación en actividad homosexual es una opción moralmente aceptable. Esto no es así. (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1986, p. 379)

Como resultado de esta instrucción, los obispos estadounidenses negaron el uso de las instalaciones de las iglesias a muchas divisiones de Dignity, una organización de lesbianas y homosexuales católicos. Los grupos protestantes han asumido la misma postura; es decir, es posible que ser gay, por sí mismo, no sea un pecado, pero los actos homosexuales sí lo son.

En un lugar un poco más alejado de la aceptación con reservas se encuentra la declaración de la

Convención General de la Iglesia Episcopal, en la que el grupo religioso se comprometió:

a encontrar una manera efectiva de fomentar una mejor comprensión acerca de las personas homosexuales, para despejar mitos y prejuicios sobre la homosexualidad, para proporcionar apoyo pastoral y dar vida a la demanda de las personas homosexuales de amor, aceptación, atención y preocupación pastoral de la Iglesia. (*Journal of the General Convention*, 1985, p. 505)

La Iglesia Episcopal sostiene, junto con muchos otros grupos religiosos, los plenos derechos y libertades civiles de las personas homosexuales. De este modo, existe una variedad de maneras en que puede modificarse el rechazo y reservar la aceptación.

Aceptación plena

En el otro extremo del espectro se encuentran aquellos dentro de la comunidad religiosa que favorecen la *aceptación plena* de las personas lesbianas y gay, generalmente con base en la perspectiva revisionista de la Biblia y de la tradición eclesial. Algunos estudiosos cuestionan si la aparente condena en las escrituras es en realidad pertinente para la homosexualidad como se le entiende en la actualidad (Furnish, 1994). Por ejemplo, el académico del Nuevo Testamento, Robin Scroggs, dice que la única forma de comportamiento del mismo género que se conocía en la época del Nuevo Testamento implicaba a hombres viejos y muchachos jóvenes (a menudo prostitutas o esclavos) y concluye que “aquello a lo que se oponía el Nuevo Testamento era a la imagen de la homosexualidad como pederastia y principalmente a sus dimensiones más sórdidas y deshumanizadas” (1983, p. 126). El historiador de Yale, John Boswell, realizó una detallada investigación acerca de la cristiandad temprana y medieval que le condujo a concluir que, hasta aproximadamente el siglo XIII, la Iglesia Cristiana era relativamente neutral hacia la homosexualidad y, cuando consideraba a la conducta homosexual como pecaminosa, no pensaba que era peor que las transgresiones heterosexuales. Boswell encontró una subcultura gay que floreció a lo largo de este periodo y afirma que era conocida para la Iglesia, que a menudo los clérigos y dirigentes eclesiales eran parte de ella, que no era poco frecuente que las autoridades religiosas y civiles la toleraran por igual, y que en ella ocurrían matrimonios o “uniones” del mismo género (McNeill, 1980; 1994). Este tipo de reinterpretación ha conducido a algunos teólogos, como el católico romano John McNeill y el anglicano Norman Pittenger, a cuestionar si la tradición ha sido entendida de manera apropiada y a concluir que las relaciones sexuales que se caracterizan por el respeto, la preocupación y el compromiso mutuos —por el amor en su sentido más amplio— deben valorarse y afirmarse, sin importar el género de la pareja (Pittenger, 1970; McNeill, 1987). El punto de vista revisionista parece estar adquiriendo seguidores a lo largo del tiempo.

La expresión institucional de la postura de aceptación plena ha sido variada. En 1963, un grupo de English Friends (Amigos Ingleses) desafió el pensamiento tradicional sobre la sexualidad, incluyendo a la homosexualidad, en *Toward a Quaker View of Sex* (Hacia una perspectiva cuáquera del sexo). Desde esa época, los Cuáqueros y los Unitarios han sido notables por su aceptación no sólo de la persona homosexual sino también de su comportamiento sexual, en tanto sea consciente. Dentro de casi todas las iglesias principales, se han formado asambleas y organizaciones gay en un esfuerzo por hacer que los creyentes de sus grupos tengan una mayor comprensión y tolerancia. Un considerable número de lesbianas y varones gay simplemente han abandonado las organizaciones religiosas establecidas y fundado sus propias iglesias, de las cuales la más amplia es la Iglesia de la Comunidad

Figura 21.9 El reverendo Troy Perry fundó la Universal Fellowship of Metropolitan Community Churches (Fraternidad Universal de Iglesias de la Comunidad Metropolitana) en 1968 como parte de su revelación pública como homosexual, historia que contó en su libro, *The Lord is My Sheperd and He Knows I'm Gay* (El Señor es mi pastor y sabe que soy gay). Al proporcionar un sitio para más de 30 000 miembros, en 1983 la UFMCC solicitó la membresía al National Council of Churches (Consejo nacional de iglesias), la principal organización en Estados Unidos de congregaciones cristianas. Después de mucho debate, su solicitud se colocó en espera permanente (Glaser, 1994).



Metropolitana. Por otro lado, muchas personas homosexuales rechazan todas las formas de religión por considerarlas opresivas e inválidas, haciendo que la religión sea tan polémica dentro de la comunidad gay como la homosexualidad lo es en las comunidades religiosas.

Dos temas en particular parecen provocar el mayor debate: la ordenación y el matrimonio entre personas homosexuales. Desde el decenio de 1970, la mayoría de las principales denominaciones protestantes estadounidenses debatieron si era apropiado ordenar como ministros a lesbianas y homosexuales. Los debates fueron emocionales y explosivos y casi todos dieron por resultado legislación que prohibía la consagración de homosexuales. El debate en 2004 en la General Conference of the United Methodist Church (Conferencia general de la Iglesia Metodista Unida) fue típico de esto. En una atmósfera sumamente tensa que incluyó manifestaciones públicas, el grupo votó, con un margen de 2 a 1, que los “homosexuales practicantes” no pueden ser ordenados y que los ministros Metodistas no pueden bendecir uniones del mismo sexo (Bloom, 2004). En la actualidad, sólo la Unitarian-Universalist Association (Asociación Unitaria-Universalista), la United Church of Christ (Congregacionalist) [Iglesia Unida de Cristo (Congregacionalista)] y la American Union of Hebrew Congregations (Unión Estadounidense de Congregaciones Hebreas) parecen dispuestas a la ordenación abierta de personas gay y lesbianas y los límites están muy claramente establecidos en otros grupos religiosos. En 2003, la Iglesia Episcopal aprobó, entre gran controversia, la consagración como obispo de un sacerdote abiertamente gay (Davey, 2003a).

Muchas personas que favorecen la aceptación plena de personas homosexuales han defendido el reconocimiento formal de las relaciones de compromiso dentro de los límites del matrimonio. En el año 2000, los rabinos judíos de la American Reform (Reforma Estadounidense) aprobaron tales uniones y autorizaron el desarrollo de una ceremonia apropiada (Hames, 2000). La Iglesia Unida de Cristo bendice las uniones del mismo sexo. Otros grupos protestantes diversos, como los Episcopales, Presbiterianos y Luteranos de la ELCA (Iglesia Evangélica Luterana de Estados Unidos), se debaten activamente y están analizando este tema (Davey, 2003b, Evangelical Lutheran Church of America, 2003).

SIDA

El SIDA ha hecho surgir una multitud de temas éticos complejos y difíciles para los individuos, las comunidades religiosas y la sociedad en general. A menudo, estos temas se discuten en una atmósfera de temor, enojo e ignorancia, que se enfoca en la fatalidad de la enfermedad y en el hecho de que la gran mayoría de las víctimas en Estados Unidos son hombres homosexuales o usuarios de drogas inyectables, dos poblaciones sobre las que la sociedad tiene una profunda ambiva-

lencia. Los grupos religiosos, al igual que el resto de la sociedad, se han esforzado por desarrollar maneras efectivas de prestar atención a las personas con infección por VIH o SIDA (Cherry y Mitulski, 1988; Jantzen, 1994). Las respuestas han ido desde declarar al SIDA como castigo de Dios para los pecadores hasta organizar de manera activa el ministerio para los individuos con SIDA y buscar la manera de educar a los miembros de iglesias y sinagogas acerca de la enfermedad y cómo pueden responder con una actitud compasiva (Countryman, 1987; Godges, 1986; Jantzen, 1994).

En un sentido amplio, los principales conflictos éticos se centran en la dignidad y autonomía de la persona, por un lado, y el bienestar de la sociedad por el otro. El tema tiene aspectos tanto personales como públicos. Para la persona que tiene SIDA o que es VIH positiva, una cuestión esencial es la confidencialidad. Dado que la revelación puede conducir a la pérdida del empleo, vivienda, amigos y familia, es posible que tales personas se pregunten si alguien tiene el derecho a conocer su padecimiento. Sin embargo, muchas personas discuten que el público, o cuando menos ciertos grupos dentro de la sociedad, tienen el derecho a conocer quién está infectado para protegerse de esa persona.

Se ha propuesto que se prohíba que los niños con infección por VIH asistan a las escuelas públicas y que se inscriba a las personas infectadas en un registro para protección del personal médico de urgencia, los trabajadores de la salud, los forenses y el personal de funerarias. Varias poblaciones grandes, que incluyen al personal militar, futuros inmigrantes y algunos prisioneros, han sido forzados a someterse a pruebas obligatorias de VIH. Muchos funcionarios de salud pública e investigadores del SIDA se oponen a tales medidas porque temen que las personas en riesgo de adquirir la enfermedad se vean forzadas a ocultarse. Discuten que la salud pública se puede proteger de mejor manera a través de las pruebas voluntarias y de la protección inflexible de la confidencialidad (Levine y Bermel, 1985, 1986).

En un sentido ético, una sólida posición intermedia alentaría a las personas en las categorías de alto riesgo a asumir la responsabilidad de sí mismos sometiéndose a pruebas voluntarias y practicando sexo más seguro. Esta postura afirmaría que las personas infectadas tienen derecho a la confidencialidad, pero deberían revelar de manera voluntaria su situación a cualquiera que estuviera en riesgo por causa de ella (notablemente el personal de cuidados médicos y las parejas sexuales). Para quienes trabajan en el área de la salud, existe un problema ético personal en cuanto a si tratarán a las personas que son VIH positivas. Es probable que exista una obligación ética de prestar el tratamiento, pero también existe una obligación de utilizar las precauciones apropiadas (Zuger, 1987).

Muchos de los problemas éticos en la política pública tienen que ver con el costo muy elevado del SIDA, tanto en el tratamiento de sus víctimas como

en la búsqueda de soluciones médicas. ¿Quién debería pagar este costo? Las compañías de seguros han buscado las maneras de negar coberturas de salud a las personas de los grupos de alto riesgo. A menudo, las personas con SIDA no pueden trabajar y pierden los beneficios de aseguramiento relacionados con el empleo. ¿Quién debería pagar los cuidados: los hospitales, ciudades, estados o el gobierno federal? Se necesitan servicios e instalaciones especializadas como la atención en casa y los hospicios. ¿Quién es responsable de proporcionarlos? Dados los pocos fondos disponibles para la investigación ¿cuál debería ser el punto focal de la investigación? ¿Los recursos deberían concentrarse en la prevención a través de una vacuna o en el tratamiento de quienes ya sufren la enfermedad? ¿Quién debería desarrollar los tratamientos, las instituciones públicas o las compañías farmacéuticas privadas? Y, de nuevo, ¿quién costeará el gasto?

La educación pública para la prevención, que en general se considera como la única respuesta verdaderamente efectiva en la actualidad, hace surgir algunos problemas éticos. ¿Qué tipo de educación es apropiado? ¿A qué edad debería comenzar? ¿Qué tan descriptiva debería ser? ¿La defensa del "sexo más seguro" por parte del gobierno implica una ratificación de prácticas sexuales ofensivas para muchos estadounidenses? Debido a su postura sobre el control de la natalidad, la Iglesia Católica Romana se opone de manera absoluta al uso de los condones. ¿Los católicos deberían apoyar los programas gubernamentales que hacen que el condón esté ampliamente disponible? Algunos funcionarios de salud pública, alarmados por la rápida dispersión del SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas, sugieren la eliminación de la antigua política de luchar contra el abuso de drogas a través de restringir la disponibilidad de jeringas. Discuten que si los adictos pudieran obtener agujas limpias, no tendrían que compartirlas y arriesgarse a la infección. Sin embargo, esta estrategia ofende la sensibilidad de muchas personas que consideran que la adicción a las drogas es un grave mal moral y social.

La mayoría de las decisiones que deben tomarse con respecto al SIDA son poco atractivas, costosas, o ambas. Se ha desafiado a la sociedad estadounidense a mantener sus propios valores y lidiar de manera compasiva y efectiva con lo que muchos han descrito como la mayor crisis de salud desde la peste bubónica.

Tecnología y ética sexual

Uno de los principales desafíos para los éticos actuales es el rápido desarrollo de tecnologías que hacen surgir nuevos problemas morales antes de que se hayan resuelto los antiguos. Ya hemos discutido varios temas en los que la tecnología ha representado un papel principal. Aunque el sexo fuera del matrimonio difícilmente es un problema único de nuestro tiempo, es probable que la disponibilidad de técnicas anticoncep-

tivas confiables haya aumentado la incidencia de sexo premarital y extramarital. El hecho de que millones de personas puedan disfrutar de vidas sexuales vigorosas sin concebir hijos, a menos que así lo elijan, ha cambiado de manera notable el clima moral básico.

La cuestión del aborto también se ha intensificado por los avances tecnológicos de las últimas décadas y sólo se complicará más en el futuro. El desarrollo continuo de la ciencia médica de la neonatología implica que los fetos tienen viabilidad fuera del útero en un tiempo que es cada vez más corto. Algunos abortos tardíos durante el embarazo producen un feto que podría mantenerse con vida, lo cual confronta al personal de los hospitales con preguntas perturbadoras acerca de lo que debería hacerse en esos casos. La ética tradicional sugiere que tales niños no deseados se mantengan vivos, aunque esto puede representar un costo increíblemente elevado y a menudo los niños tienen discapacidades graves. Es posible que los hospitales limiten, o incluso prohíban, los abortos durante el segundo trimestre como forma de afrontar este problema (Callahan, 1986).

Otro tema ético complejo surge de la multitud de nuevas tecnologías reproductivas que permiten que las personas conciban hijos fuera del proceso “normal” del coito, en lo que se ha dado en llamar “parentalidad de colaboración”. Estas tecnologías incluyen la inseminación artificial, ya sea del esposo o de un donador (IAE o IAD), la fertilización *in vitro* (FIV), la transferencia embrionaria y la maternidad sustituta.

Para muchos éticos, estas tecnologías pueden aprobarse de manera tentativa, porque permiten que personas que de otra manera serían infértiles tengan hijos que posean cuando menos los genes de uno de los miembros de la pareja (Strong, 1997). Con toda seguridad, tener hijos propios ha tenido un valor muy elevado para la mayoría de las personas a lo largo de la historia y, en la mayoría de las culturas, la infertilidad se ha considerado como una maldición.

Estas tecnologías también traen consigo varios dilemas éticos, entre los cuales el principal es que implican “jugar a Dios”. Es decir, le dan a los seres humanos el control sobre cosas que, según se argumenta, sería mejor dejar en manos de la naturaleza ya que hacen surgir problemas serios acerca de quién decidirá cómo se han de utilizar. Se discute que separar la concepción del coito marital puede confundir la parentalidad de los hijos y tener efectos negativos sobre la familia. Otra preocupación es la posibilidad de explotación de otras personas, en particular en los casos de madres sustitutas. Algunos éticos, en particular aquellos que asumen una perspectiva feminista, temen que las parejas ricas “renten vientres” o “compren bebés” de mujeres de bajos ingresos. Muchos cuestionan la moral de concebir, llevar en el vientre, o ambos, un hijo que no se pretende criar. Otros se preocupan de que la IAD y la FIV se utilizarán para seleccionar el sexo del niño u otras características predeterminadas, anunciando “Un Mundo Feliz” que es difícil considerar humano (Boyd

et al., 1986; Krimmel, 1983; McDowell, 1983; Schneider, 1985).

Ahora que las tecnologías, como la fertilización *in vitro*, son comunes, surgen nuevos problemas. Con frecuencia se implanta más de un embrión, con la meta de aumentar al máximo las probabilidades de un embarazo exitoso. El resultado en muchos casos es el nacimiento múltiple de seis o más bebés, nacidos mucho antes de los nueve meses de gestación. Un estudio sobre los niños nacidos a las 25 semanas de gestación o antes —no necesariamente como producto de un parto múltiple— encontró que 49 por ciento tenían una discapacidad y 23 por ciento tenían una discapacidad grave (Wood *et al.*, 2000). ¿Es ético utilizar procedimientos que representan un riesgo tan grave para el bebé?

Dos comunidades religiosas han condenado la mayoría o todas estas tecnologías, aunque con fundamentos un tanto diferentes. El judaísmo ortodoxo podría permitir el uso de técnicas que permitan que una pareja, que de otra manera es infecunda, tenga un hijo, si tanto el óvulo como el espermatozoide provienen de la pareja; p, ej., en la IAE o FIV, con implantación en el útero de la esposa. Cualquier técnica que implique a un tercero está condenada como adulterio *de facto* y confunde el origen parental del niño (Green, 1984; Rosner, 1983). La postura católica romana se expresa claramente en una declaración emitida por el Vaticano, “Instrucción sobre el respeto a la vida humana en sus orígenes y sobre la dignidad de la procreación”. Esta declaración admitió como una pregunta moral abierta las técnicas de fertilidad que permanecían dentro del cuerpo de la mujer, utilizando el esperma del marido que no se haya obtenido a través de la masturbación. De otra manera, todas las técnicas como la IAD, FIV y uso de una madre sustituta se condenaban de manera inequívoca como una agresión a la dignidad del embrión (en la teología católica, una persona humana) y a la santidad del matrimonio como el único medio lícito de procreación (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1987).

Una posición centrista sobre las nuevas técnicas reproductivas podría aprobar su utilización en muchos casos, como la IAE en la que la pareja utiliza sus propios óvulos y espermatozoides y el útero de la mujer y simplemente logra la fertilización y la implantación por medios artificiales, quizá porque las trompas de Falopio de la mujer están bloqueadas. Al mismo tiempo, esta posición centrista podría prohibir otras prácticas, como el uso de los óvulos de una desconocida para lograr la gestación con los espermatozoides del marido como contribución única de la pareja “parental”. En ese caso, una pregunta sería si la concepción tecnológica debiese regularse de acuerdo con la edad de la madre. Rosanna Dalla Corte, una mujer italiana de 62 años de edad, creó titulares cuando dio a luz, después de haber utilizado una donación de óvulos, porque ya era postmenopáusica (Strong, 1997). Tendrá 80 años cuando su hijo se gradúe de la preparatoria.

Figura 21.10 La clonación exitosa de Dolly, la oveja, fue un avance tecnológico que también hizo surgir una serie de preguntas éticas.



El anuncio, en 1997, de que científicos escoceses habían clonado con éxito a una oveja, Dolly, confrontó al público con la posibilidad de la clonación humana y sus problemas éticos cuando la mayoría habían pensado que la clonación era, cuando mucho, una fantasía de ciencia-ficción. La técnica misma, llamada **transferencia nuclear de células somáticas**, implica sustituir el núcleo de un óvulo con el material genético de la célula de un adulto (Shapiro, 1997). Rápidamente, el presidente Clinton pidió a la National Bioethics Advisory Commission (Comisión consultiva nacional de bioética) que informara acerca de los asuntos éticos y legales que rodean a la clonación humana. El grupo consideró varias perspectivas éticas (Shapiro, 1997). Un niño nacido a través de clonación podría tener un menor sentido de individualidad y de autonomía personal al ser genéticamente idéntico, por ejemplo, a su madre. La práctica podría abrirle la puerta a un movimiento de eugenesia en el que se crearan individuos genéticamente “deseables” mientras que a otros no se les permitiría reproducirse. Sin embargo, estas preocupaciones deben ponderarse contra principios importantes como el derecho a la privacidad y la libertad personal, al igual que contra la necesidad de proseguir con la investigación científica. La comisión concluyó que, en este momento, sería moralmente inaceptable que cualquiera creara a un niño humano utilizando la clonación por transferencia nuclear de células somáticas, en parte porque la evidencia indica que

la técnica, en este momento, no es segura e introduciría graves riesgos desconocidos para el feto. Al mismo tiempo, la comisión concluyó que diversos grupos religiosos sostienen puntos de vista divergentes acerca de la clonación y que se requería de un amplio debate público para refinar y alcanzar el consenso en cuanto a estos problemas éticos.

El desarrollo más novedoso es la **clonación terapéutica**, que se refiere a crear tejidos o células que son genéticamente idénticos a los de un paciente que los necesita para tratar cualquiera de diversas enfermedades (Pollack, 2004). Por ende, la clonación terapéutica es diferente de la clonación reproductiva para crear a otro individuo, como Dolly. A medida que se desarrolla el embrión clonado, es posible obtener de éste las *células madre*, que representan una enorme esperanza para el tratamiento de diversos trastornos neurológicos como la enfermedad de Alzheimer. En la actualidad, esta investigación está prohibida en Estados Unidos, pero se está llevando a cabo en otros países. Mientras tanto, los éticos debaten la moral de la investigación con células madre, que implica la destrucción de los embriones.

No hay manera de detener el desarrollo de la tecnología o de aminorar su velocidad. No obstante, es importante reconocer que las decisiones acerca de la vida humana y la reproducción no deben tomarse con fundamentos puramente científicos. Por definición, tienen las implicaciones morales más profundas, que deben atenderse de manera adecuada si se desea proteger los valores humanos esenciales.

Hacia una ética de la sexualidad humana

Las fuerzas combinadas de la revolución sexual y la Nueva Moral han atacado a la ética sexual judeocristiana tradicional por considerarla estrecha y represiva. Esto puede ser cierto, pero no se ha probado a satisfacción de nadie que las alternativas propuestas sean una mejoría real con respecto a la Vieja Moral. Falta por verse si el debate se resolverá y cómo. Algunos de los argumentos y posibilidades son los siguientes.

La Vieja Moral tiende a ser ascética y legalista y, en su peor acepción, reduce el comportamiento ético al seguimiento de una serie de normas. Su ascetismo puede degradar la bondad de la sexualidad humana y negar el disfrute muy real del placer físico. Una personalidad sana necesita integrar el lado físico de la vida y afirmarlo, y es posible que la Vieja Moral haga más difícil este tipo de aceptación de uno mismo. Lo que es más, si la moral es simplemente una cuestión de aplicar reglas universales, no existe

Clonación terapéutica: creación de células o tejidos que son genéticamente idénticos a los de un paciente, para tratar una enfermedad.

Transformación nuclear de las células somáticas: técnica de clonación que implica sustituir el núcleo de un óvulo con el material genético de la célula de un adulto.

una verdadera decisión y se socava de manera grave la libertad humana. En pocas palabras, quienes se oponen a la Vieja Moral podrían afirmar que este enfoque disminuye la naturaleza plena de la humanidad y empobrece la vida humana.

Por otro lado, el enfoque tradicional merece también unas cuantas palabras amables. En primer lugar, con la moral tradicional las personas casi siempre saben cuál es su posición. Aquello que es correcto e incorrecto, bueno y malo, se expresan claramente, aunque de un modo un tanto inflexible. Lo que es más, el ascetismo es prueba del hecho de que la naturaleza humana es más que tan sólo el cuerpo.

La Nueva Moral, con su enfoque situacional y tendencias al hedonismo, tiene su propia carga de aspectos positivos y negativos. Afirma de manera bastante positiva el lado físico y sexual de la naturaleza humana como parte integral del individuo. Esto es útil, pero si se lleva demasiado lejos, puede dejar a las personas sin control y, por ello, en una situación en la que no son plenamente humanas. La ética de situación demanda de manera bastante apropiada una evaluación de cada decisión ética con base en los aspectos concretos de las personas implicadas y el contexto de la decisión. Sus principios amplios de amor, respeto y responsabilidad interpersonal son sólidos, pero se puede discutir que el situacionismo no toma suficientemente en cuenta el problema del egoísmo humano. La falta de honradez acerca de nuestros verdaderos motivos puede cegar-

nos a los efectos reales de nuestros actos, sin importar nuestra aparente sinceridad. Además, el situacionismo es una guía mucho menos certera que el viejo enfoque, dado que tantas situaciones son ambiguas.

Existe un punto medio entre estos dos extremos que podría resultar la síntesis que la ética sexual parece estar buscando. Este enfoque utilizaría los principios tradicionales (leyes) como pautas para los actos mientras que insistiría en que, en ocasiones, éstos deben transformarse ante ciertas situaciones específicas. Este enfoque difiere de la Vieja Moral al expresar que los principios éticos deben ser flexibles y de la Nueva Moral al sostener que la discrepancia con respecto a la tradición debe basarse en evidencia muy firme de que no es posible aplicar las viejas reglas. Para aquellos que adoptan esta postura, la toma sana de decisiones opera en las tensiones entre el rígido “no debes” del legalista y el “haz lo que quieras” del situacionista.

En el caso específico de la ética sexual, este enfoque intermedio afirmaría la bondad de la sexualidad humana pero insistiría en que el comportamiento sexual necesita ser responsable y basarse en la razón, la experiencia y la conciencia. Aceptaría la sexualidad como una parte vital de la personalidad humana, pero no como la suma total de quienes somos. Si, como se ha afirmado en ocasiones, la revolución sexual ha concluido y existe un movimiento hacia las relaciones y el compromiso, ésta podría ser la moral sexual que buscan las personas de nuestro tiempo.

RESUMEN

Es importante estudiar religión y ética junto con sexualidad humana porque es frecuente que las primeras proporcionen la estructura dentro de la cual las personas juzgan la naturaleza correcta o incorrecta de la actividad sexual. Ambas hacen surgir actitudes que influyen la manera en que los miembros de la sociedad consideran a la sexualidad y, por ende, son influencias poderosas en la conducta. La religión y la ética pueden ser hedonistas (orientadas al placer) o ascéticas (al enfatizar la autodisciplina). Pueden ser legalistas (al operar de acuerdo con reglas) o situacionistas (al tomar las decisiones en situaciones concretas, con pocas reglas).

Entre las grandes religiones éticas, el judaísmo antiguo tenía una perspectiva positiva, aunque legalista, de la sexualidad. Las fuentes cristianas son ambivalentes acerca del tema, ya que Jesús dijo poco acerca de la sexualidad y San Pablo, influido por la inmoralidad de la cultura romana y sus expectativas del fin del mundo, se mostraba un poco más negativo. Posteriormente, la cristiandad se volvió mucho más ascética, como lo reflejan los escritos de Agustín y Tomás de Aquino, quienes colocaron la teología moral católica dentro del molde de ley natural. La reforma protestante abolió el celibato de

los clérigos y abrió la puerta a una mayor libertad individual en cuanto a la ética. En la actualidad, los nuevos estudiosos bíblicos han conducido a una amplia variedad de posturas sobre los temas de ética sexual.

La ética humanista rechaza la autoridad externa, reemplazándola con un enfoque ético centrado en la persona. Una variedad de enfoques acerca de la sexualidad pueden encontrarse en el islamismo, el hinduismo y el budismo.

Seis dilemas éticos relacionados con la sexualidad humana han provocado un acalorado debate en fechas recientes. Aunque las tradiciones éticas occidentales se oponen al sexo fuera del matrimonio, algunos liberales están abiertos al sexo entre personas no casadas, bajo ciertas condiciones. El catolicismo romano y el judaísmo ortodoxo se oponen a la anticoncepción con fundamento en las escrituras y en la ley natural, pero otros grupos la valoran de manera positiva. El aborto provoca una discusión sumamente emocional con posturas que van desde la condena con base en que es un homicidio hasta una perspectiva que afirma el derecho moral de las mujeres de controlar su propio cuerpo. Aunque la perspectiva tradicional condena

de manera absoluta la homosexualidad, existe cierto movimiento hacia, ya sea, la aprobación con reservas de, por lo menos, los derechos civiles de las personas gay o una aceptación más completa de su estilo de vida. La dispersión del SIDA plantea dilemas éticos graves, que implican un equilibrio entre las necesidades del individuo y el bienestar de la sociedad. Los avances en la tecnología de la reproducción humana

están creando problemas éticos complejos con pocas normas evidentes.

Una posible solución del conflicto entre la Vieja Moral y la Nueva Moral implica una ética de la sexualidad *humana*, que no sea hedonista ni rígidamente ascética y que tome en serio la tradición histórica del pensamiento ético al tiempo que insiste en que las decisiones se tomen con base en la situación específica.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Si perteneces a un grupo religioso, investiga las creencias de tu grupo acerca de los temas analizados en este capítulo (sexo fuera del matrimonio, anticoncepción, aborto, homosexualidad, SIDA y tecnología reproductiva). ¿Concuerdas con estas posturas? Si no perteneces a un grupo religioso, trata de formular una declaración sobre la ética sexual que sea consistente con tu filosofía de vida.
2. Busca a una persona, grupo o material escrito que tome la postura opuesta a la tuya en cuanto al aborto y considera con cuidado esos argumentos. ¿Qué efecto tiene esto sobre tus puntos de vista?
3. Ruth Greenberg es la juez de un caso poco común de patria potestad. Chad y Michele son una pareja casada que tiene un problema de infertilidad. Las pruebas médicas revelaron que Chad tenía una

cuenta de espermatozoides sumamente baja que tenía pocas probabilidades de producir una fertilización exitosa. Para empeorar las cosas, Michele tiene un útero pequeño y subdesarrollado que probablemente siempre causaría que el producto se abortara al inicio del embarazo. Sin embargo, estaban desesperados por tener hijos. Contrataron a una sustituta, Mary, para que les proporcionara un óvulo y para que gestara al producto, y utilizaron espermatozoides de un banco de esperma para lograr la fertilización. Como resultado nació un bebé, una niña, pero Mary ha decidido ahora que desea conservarla. La batalla legal es entre Chad y Michele, por un lado, y Mary, por el otro, en cuanto a quién debería conservar al bebé. ¿Qué debería hacer la juez Greenberg?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Biale, David. (1997) *Eros and the Jews*. Berkeley, CA: University of California Press. Una historia sobre el sexo y el pueblo judío.
- Boswell, John. (1980). *Christianity, social tolerance and homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press. Una reevaluación muy sofisticada acerca de las actitudes cristianas hacia los individuos gay y su sitio dentro de la sociedad occidental a través de la Edad Media.
- Contryman, L. William. (1988). *Dirt, greed and sex: Sexual ethics in the New Testament and their implications for today*. Este profesor del seminario examina cuidadosamente las afirmaciones bíblicas relacionadas con la sexualidad para obtener una mejor comprensión de su significado y relevancia actuales.
- Genovesi, Vincent J. (1987). *In pursuit of love: Catholic morality and human sexuality*. Wilmington, DE: Michael Glazier. Trabajo académico bien escrito que trata sobre el campo completo del punto de vista católico romano troncal.

- Helminiak, Daniel A. (2000). *What the Bible really says about homosexuality*. Millennium edition. New Mexico: Alamo Square Press. El autor, un sacerdote católico romano, cuestiona las interpretaciones tradicionales de los pasajes bíblicos relativos a la homosexualidad, discutiendo que se han interpretado de manera errónea y en realidad no la condenan.
- Jung, Patricia B., Hunt, Mary E. y Balakrishnan, Radhika (Eds.) (2001). *Good sex: Feminist perspectives from the world's religions*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. Este libro examina las posibilidades para la sexualidad femenina en el islamismo, budismo, judaísmo y cristianismo contemporáneos.
- Moore, Thomas. (1999). *The soul of sex: Cultivating life as an act of love*. New York: HarperCollins. Moore discute que el vínculo entre el alma y el sexo, entre la espiritualidad y la sexualidad, es valioso para todos.
- Nelson, James B. y Longfellow, Sandra P. (Eds.) (1994). *Sexuality and the sacred*. Louisville, KY: Westminster

Press. Una interesante colección de ensayos relacionados con una variedad de temas en el área de la ética sexual.

Parrinder, Geoffrey. (1996). *Sexual morality in the world's religions*. New York: Oxford University Press.

Un tratamiento magnífico y conciso de la variedad de enfoques religiosos acerca de la sexualidad humana. El mejor libro breve en el área.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.bigeye.com/sexeducation/religion.html>

Vínculos de educación sexual: religión y sexo.

<http://www.christusrex.org/www1/CDHN/sexeduc.html>

Declaración católica romana acerca de la ética sexual.

<http://www.ctrsr.org>

The Center for Sexuality and Religion
(Centro de sexualidad y religión).

<http://www.mwlnusa.org/publications/essays/sexuality.html>

Ensayo sobre el islamismo y la sexualidad de la Muslim Women's League (Liga de mujeres musulmanas).

<http://www.jewfaq.org/sex.htm>

Judaism 101:Kosher Sex. (Introducción al judaísmo: sexo kosher)

C A P Í T U L O

22

El sexo y la ley

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

¿Por qué existen las leyes sexuales?

¿Qué tipos de leyes sexuales hay?

Delitos de explotación y fuerza
Actos consensuales delictivos
Delitos contra las buenas costumbres
Delitos contra la reproducción
Sexo comercial delictivo

Imposición de las leyes sexuales

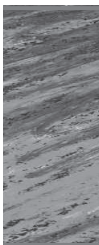
Tendencias en la reforma de las leyes sexuales

Esfuerzos por reformar las leyes sexuales
Derecho a la privacidad

Igualdad de protección
Crímenes sin víctimas
El problema de la obscenidad y la pornografía
La controversia acerca de la libertad reproductiva
Grupos étnicos y leyes sexuales

El sexo y la ley en el futuro

Reforma de las leyes sexuales y oposición
El reto legal de las nuevas tecnologías reproductivas



El sexo, aunque muchas personas dentro de nuestra cultura los consideran la quintaesencia de las actividades privadas, está totalmente regido por una impactante cantidad y variedad de leyes. Esta enloquecida multiplicidad de leyes estatales significa que una práctica sexual perfectamente legítima en un estado puede ser un delito grave en otro. Al cruzar una frontera estatal, uno puede estar entrando a un universo moral diferente.*

*Posner y Silbaugh (1996).

Cada día, millones de personas en Estados Unidos participan en conductas sexuales que son ilegales. Es posible que esto lo sorprenda ya que los arrestos a causa de las conductas sexuales delictuosas son poco comunes (Posner, 1992). Pero en muchos estados o ciudades, la actividad sexual con una persona menor a los 18 años de edad (estupro), la actividad sexual obtenida por medio del uso de la amenaza de violencia (ataque sexual) y el sexo con alguien quien está legalmente casado con alguien más (adulterio) son delitos. De hecho, existen numerosas leyes que, en efecto, les dicen a las personas lo que pueden hacer y cómo, dónde y con quién pueden hacerlo. Este capítulo

examinará las razones por las que existen tales leyes, los tipos de conducta que afectan, la manera en que estas leyes

se hacen cumplir, la forma en que están cambiando y lo que pudieran ser las perspectivas futuras para la reforma de las leyes sexuales.

Fornicación: sexo entre dos personas que no están casadas.

¿Por qué existen las leyes sexuales?

Para empezar bien podríamos preguntar, de inicio, por qué existen leyes que regulan el comportamiento sexual. En realidad, ésta es una pregunta muy moderna, ya que a lo largo de la mayor parte de la historia occidental, la regulación del comportamiento sexual se tomaba como un hecho. La legislación sexual es bastante antigua y data, ciertamente, de los tiempos del Antiguo Testamento (véase el capítulo 21). Desde entonces, en los países donde la tradición judeocristiana ha tenido influencia, los intentos por reglamentar la moral han sido la regla. Hoy en día, es probable que consideremos que el sexo es una cuestión privada que concierne sólo a los implicados. Sin embargo, en sentido histórico, se ha considerado como una cuestión que afecta en mucho a la sociedad y que, por tanto, es tema adecuado para la ley. La mayoría de las sociedades regulan la conducta sexual, tanto por medio de costumbres como por ley.

Aún en la actualidad, es probable que ciertos tipos de leyes sexuales sean legítimas y necesarias. Un estudioso ha argumentado que lo siguiente razonablemente se podría incluir en la ley: protección “en contra de la fuerza y de medios equivalentes de coerción para obtener la gratificación sexual”, “protección de los

inmaduros en contra de la explotación sexual” y (una categoría un tanto problemática) “la prevención de conductas que ofendan o que tengan probabilidades de ofender a los espectadores inocentes” (Packer, 1968, p. 306). Parece evidente que las personas deberían estar libres del ataque y coerción sexuales y que no se debería explotar a los niños en sentido sexual; aquí, concuerdan los derechos individuales y los intereses de la sociedad.

Sin embargo, las leyes también se han diseñado para otros propósitos que estarían sujetos a debate. En un sentido histórico, una fundamentación era preservar a la familia como unidad principal del orden social por medio de la protección de su integridad contra, por ejemplo, el adulterio y el abandono de uno de los cónyuges. Las leyes sexuales también buscan garantizar que los niños tengan una familia sustentadora al prohibir conductas tales como la **fornicación**, que tiene probabilidades de producir nacimientos fuera del matrimonio. Es posible que los cambios de las condiciones sociales requieran de una revisión de estos estatutos, pero los principios que los subyacen son comprensibles.

Existe aún otro terreno de motivaciones detrás de las leyes sexuales que es enormemente problemático: la protección de la moral de la sociedad. La preocupación por la moralidad pública conduce a las leyes contra el sexo no procreativo, por las razones que se explican en el capítulo 21. Así, han existido leyes en contra de la homosexualidad, del bestialismo y de la anticoncepción. Las creencias religiosas acerca de lo que es “antinatural,” “inmoral” o “pecaminoso” han encontrado expresión en la ley, ya que con frecuencia se sostenía que el estado tenía el deber de sustentar a la religión como pilar de la sociedad civilizada, utilizando la ley para hacer buenas a las personas. El ejemplo de Inglaterra es ilustrativo, ya que las leyes estadounidenses se derivan de manera tan extensa del derecho inglés. Históricamente, la iglesia y el estado se han considerado como idénticas en Inglaterra, y el estado tenía la obligación de proteger los intereses de la iglesia. Un gobierno secular que no estuviera ligado a la iglesia, tal como el de Estados Unidos, era impensable y la moral del individuo era materia de interés público.

En contraste, en Estados Unidos, la constitución separa a la iglesia del estado a fin de prevenir que un grupo religioso imponga sus creencias sobre los demás. Hasta donde las leyes se derivan de la tradición religiosa judeocristiana (y alguna otra), violan este principio.

Además, hemos sido testigos de una creciente heterogeneidad de creencias morales en las décadas recientes (Posner y Silbaugh, 1996). Incluso si aceptáramos el uso de la ley para la regulación de la moralidad, ya no existe —si es que alguna vez existió— un consenso acerca de cuál moral se debería codificar para formar una ley.

Se puede discutir que otra fuente principal de las leyes sexuales es el *sexismo*, que está profundamente arraigado en la cultura occidental. Un estudioso ha sugerido que la historia de la regulación de la actividad sexual podría bien llamarse la historia del doble estándar. Prosigue a señalar que

La ley del matrimonio y la ley que controla la expresión sexual son, en realidad, la misma cuestión vista desde diferentes ángulos. Siempre se ha considerado que las mujeres son propiedad de los varones (sean padres o esposos). En la historia, ha sido frecuente que el matrimonio haya sido una transacción comercial o una manera en que se podía conservar la estructura de la sociedad.

La insistencia masculina sobre la castidad era, sencillamente, un intento por reglamentar las relaciones sociales, para cimentar dinastías, para garantizar la ordenada sucesión de la propiedad (en especial los bienes inmuebles) y para perpetuar el dominio masculino. (Parker, 1983, p. 190)

Tema central 22.1

Anthony Comstock: paladín en contra del vicio

En cualquier discusión acerca de las leyes que regulan la conducta sexual, el nombre de Anthony Comstock toma un lugar preponderante. Su fanatismo por la reforma moral se refleja en el uso del término *leyes Comstock* para el tipo de estatutos restrictivos que aquí se consideran.

Comstock nació en Connecticut en 1844 y se crió como estricto Puritano Congregacionista; tenía un sentido bien desarrollado de su propia pecaminosidad, así como de la de los demás. Sirvió en el Ejército de la Unión durante la Guerra Civil y trabajó como vendedor de abarrotos. Cuando aún era un hombre joven, se volvió muy activo dentro de la Young Men's Christian Association (Asociación Cristiana de Hombres Jóvenes), en búsqueda del arresto y condena de traficantes de pornografía. Ayudó a fundar el Comité para la Supresión del Vicio dentro de la YMCA. Más adelante, éste se convirtió en una sociedad independiente a medida que los esfuerzos de Comstock le ganaron atención a nivel nacional.

Es probable que el éxito más notable de Comstock haya sido una amplia propuesta de ley contra la obscenidad que el Congreso aprobó en 1873. La ley prohibía el envío por correo de materiales obscenos dentro de Estados Unidos, así como la publicidad para obscenidades, que incluían materiales “para la prevención de la concepción”. Comstock inició la aprobación de una ley similar en Nueva York, haciendo que fuera ilegal proporcionar información oral acerca de la prevención de la natalidad, y muchos otros estados siguieron el ejemplo. Al mismo tiempo, se designó a Comstock como agente especial para el Servicio Postal de Estados Unidos, que le proporcionó la autoridad personal de hacer cumplir la Ley Comstock. Lo hizo con fiereza, afirmando, al final de su carrera, haber sido personalmente responsable del encarcelamiento de más de 3 600 delincuentes en contra de la decencia pública.

Las energías de Comstock se dirigieron no sólo contra la pornografía, sino también en contra de los abortistas, anunciantes y vendedores fraudulentos de medicinas de curanderismo, loterías, dueños de tabernas, artistas que pintaban sujetos desnudos y defensores del amor libre. Entre los objetos de su furia se encontraban muchos de los más importantes defensores de las opiniones impopulares de sus tiempos. Llevó a cabo una cruzada en contra de las pioneras del movimiento feminista, Victoria Woodhull y su hermana Tennessee Claflin; ayudó a encarcelar a William Sanger, esposo de Margaret Sanger, paladina del control natal; atacó a Robert Ingersoll, un famoso ateo; y trató de prevenir la producción neoyorquina de la obra teatral de Bernard Shaw, *Mrs. Warren's Profession*, que trataba de una prostituta. A causa de estos últimos esfuerzos, Shaw lo recompensó al acuñar la palabra *comstockería*.

Anthony Comstock fue una figura controvertida durante su propia vida y con frecuencia se le ha responsabilizado de toda legislación que refleja sus puntos de vista. Sin embargo, es importante entender que contaba con gran cantidad de apoyo de parte del público, sin el cual no hubiese podido encarcelar a sus 3 600 malhechores. Es probable que pase a la historia como símbolo del esfuerzo por hacer que las personas sean morales por medio de la legislación. Murió en 1915, poco después de haber representado a Estados Unidos en un Congreso Internacional de Pureza.

Puede que Comstock haya muerto hace mucho tiempo, pero la *comstockería* siempre ha sido característica de la sociedad estadounidense y parece haber hecho un regreso en las décadas de 1990 y 2000. Bien podría ser santo patrono de la ultraderecha cristiana.

Fuente: Broun y Leech (1927).

Es probable que no sea ninguna coincidencia que el movimiento de reforma de las leyes sexuales haya ido de la mano del movimiento de liberación de las mujeres.

La tradición moralista estadounidense en la política, la mojigatería del periodo victoriano (durante el cual nació gran parte del sistema legal estadounidense) y el fanatismo de individuos tales como Anthony Comstock (véase Tema central 22.1) se han combinado para proporcionar a Estados Unidos una enorme cantidad de legislación sexual. Esta legislación refleja la gran cantidad de conflicto en las actitudes estadounidenses acerca del sexo, lo cual probablemente no es de sorprender en una sociedad tan pluralista. Según una autoridad en la materia, “Estados Unidos criminaliza más conductas sexuales que otros países desarrollados y castiga las conductas sexuales que criminaliza en común con esos otros países de manera más estricta” (Posner, 1992, p. 78). El cuadro 22.1 lista el castigo máximo (en años de prisión) permitido por las leyes de seis países para tres delitos sexuales y para tres delitos contra la propiedad. Para estos tres delitos sexuales, las penas permitidas en Estados Unidos se encuentran entre las más estrictas, mientras que las penas para los tres delitos contra la propiedad en Estados Unidos se acercan al promedio para los seis países. En realidad, las personas condenadas por un delito en Estados Unidos pasan mucho menos tiempo dentro de la cárcel, pero estas sentencias máximas nos dicen qué delitos se consideran más

Avenencia victoriana: la decisión de no criminalizar una conducta en sí y, en lugar de ello, criminalizar la conducta visible para el mundo exterior.

serios a los ojos de los legisladores.

El conflicto en las actitudes estadounidenses hacia muchos tipos de actividad sexual dio por resultado la **avenencia victoriana**; de manera típica, la ley no criminaliza la conducta en sí, pero sí criminaliza la conducta que es visible para el mundo exterior (Silbaugh, 2002). Así, las leyes de muchas jurisdicciones no criminalizan el coito comercial, pero sí criminalizan la *tentativa de corrupción* por medio de actividad sexual a cambio de bienes y servicios. En otro ejemplo, es posible que las leyes estatales criminalicen el adulterio “abierto y notorio”, pero no el acto de sostener relaciones sexuales con

una persona casada. Para algunos observadores, esto puede parecer una hipocresía. La fundamentación subyacente es que algunas (¿muchas?) personas se ofenden ante la mala conducta sexual visible y que, por tanto, ésta daña a la sociedad. Además, las personas que favorecen la conservación del *status quo*, como por ejemplo, la preservación del matrimonio heterosexual, no quieren que se les presenten ejemplos públicos de formas alternativas de conducta que podrían conducir a otros a adoptar estas conductas o estilos de vida alternativos. Y es cierto que muchas personas se vuelven más abiertas en la expresión de conductas poco tradicionales cuando se enteran que otros comparten sus intereses o preferencias. Éste es uno de los efectos del acceso generalizado a la red.

La tradición legal estadounidense supone tanto el derecho del estado a hacer cumplir la moral, como el consenso social en cuanto a cuál moral se debe hacer cumplir. Sin embargo, algunos ciudadanos han empezado a cuestionar la legitimidad de la interferencia gubernamental en lo que ellos consideran son sus asuntos privados. Esta tensión ha conducido a una demanda generalizada de la revisión radical de las leyes que regulan el comportamiento sexual. Todo esto contribuye a lo que es un campo fascinante, si también frustrante, de estudio, ya que la ley tiene la forma de reflejar las ambigüedades y conflictos de la sociedad.

¿Qué tipos de leyes sexuales hay?

Catalogar las leyes tocantes al comportamiento sexual sería un proyecto difícil. Es posible que nadie sepa en realidad cuántas leyes de estas hay, dado el gran número de jurisdicciones dentro del sistema legal de Estados Unidos. Cuando uno considera el rango de las leyes federales, el Uniform Code of Military Justice (Código Uniforme de la Justicia Militar), las leyes estatales, y demás, se vuelve clara la magnitud del problema. Además a las *leyes criminales*, también se necesitan tomar en cuenta las porciones de la ley civil que pueden penalizar ciertas conductas sexuales: como es el caso de la licenciatura de profesiones, las reglas de personal para

Cuadro 22.1 Gravedad del castigo para tres delitos sexuales y tres delitos de otra índole.

| Delito | Sentencia máxima de prisión (años) en | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------|---------|--------|-------|--------|----------------|
| | Inglaterra | Francia | Italia | Japón | Suecia | Estados Unidos |
| Violación | 30 | 20 | 10 | 15 | 6 | 18 |
| Estupro | 16 | 10 | 10 | 15 | 4 | 16 |
| Incesto | 7 | 20 | 6.5 | ND | 2 | 10 |
| Incendio doloso | 30 | 30 | 7 | 15 | 8 | 14 |
| Latrocinio | 30 | 30 | 10 | 15 | 6 | 14 |
| Hurto | 10 | 10 | 3 | 10 | 2 | 8 |

Fuente: Adaptado y reimpresso con autorización del editor de *Sex and Reason* de Richard A. Posner, pp. 75-76, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, Copyright © 1992 del Presidente y Miembros de la Junta Rectora de Harvard College.

trabajadores de gobierno y los reglamentos de inmigración. Además de lo anterior, estas leyes cambian a cada momento, de modo que cualquier lista se volvería obsoleta antes de que llegara a prensa. Por lo anterior, lo que aquí se ofrece no es tanto un resumen estadístico de las leyes sexuales específicas, sino más bien un análisis de los tipos de leyes que existen, o que han existido, dentro de los libros de estatutos.¹ Los subtítulos, todos los cuales contienen la palabra *delito*, se han elegido con sumo cuidado, como recordatorio de que estamos discutiendo violaciones de la ley que pueden implicar penas de cárcel, pérdida de la reputación, multas económicas, o todas las anteriores. Por más anticuadas y graciosas que puedan parecer estas leyes, son cuestiones serias.

Delitos de explotación y fuerza

Recordando nuestra discusión anterior acerca del tipo de leyes sexuales que parecen tener sentido en una sociedad pluralista, comencemos con aquellas que buscan prevenir el uso de la fuerza o la explotación en las relaciones sexuales (principalmente leyes contra la violación y contra las relaciones sexuales con niños). En las últimas dos décadas, se ha gestado un movimiento hacia considerar tales delitos no tanto como crímenes sexuales, sino como delitos de violencia y victimización; se ha hecho revisión de las leyes para adecuarse a esta comprensión diferente y a fin de proteger a las víctimas (véase capítulo 17).

Por generaciones, la clásica definición legal de **violación** (forzada) era

el acto del coito sexual con una persona femenina que no sea esposa, o que esté judicialmente separada de casa y sustento, del infractor y que se comete sin su legítimo consentimiento. No es necesaria la emisión; y cualquier penetración sexual, sin importar qué tan leve, es suficiente para la comisión del delito. (Slovenko, 1965, p. 48)

En los juicios que se llevaban a cabo bajo esta definición, la cuestión principal era el consentimiento de la víctima, y muchos estados permitían que las actividades sexuales previas de ésta se tomaran en cuenta como evidencia de consentimiento, con lo que, en efecto, se sometía a juicio a la víctima.

Hoy en día, de manera típica, la violación se define, según las leyes actuales de muchos estados, como “la penetración oral, anal o vaginal no consensual, que se obtiene por la fuerza, bajo amenaza de daño físico, o cuando la víctima es incapaz de dar su consentimiento” (Koss, 1993, p. 1062). Una víctima puede ser “incapaz de dar su consentimiento” a causa de estar inconsciente o en estado de embriaguez.

Hasta la década de 1970, la violación marital no era delito. El caso Rideout de 1979 en Oregon fue el primero enjuiciado bajo una revisión de ley, aunque se

¹Se puede encontrar una discusión general de los tipos de leyes en MacNamara y Sagarin (1977). Aparecen listas estado por estado en Bernard *et al.* (1985), Hunter *et al.* (1992) y en Posner y Silbaugh (1996).

liberó al esposo. Hoy en día, la violación del cónyuge es un delito en los 50 estados de la Unión Americana y en el Distrito de Columbia (National Center for Victims of Crime, 2004). Sin embargo, en algunas jurisdicciones existen obstáculos judiciales adicionales que se deben franquear a fin de darle seguimiento judicial a un caso. Uno es un límite de tiempo más corto para reportar la violación a las autoridades. Un segundo obstáculo es que el acto debe ser llevado a cabo por la fuerza o por medio de amenaza de violencia; en casos no maritales, la falta del consentimiento con frecuencia es suficiente para presentar una denuncia.

Las leyes que buscan prevenir la explotación sexual de niños y personas jóvenes se ven complicadas por las cuestiones del consentimiento, la coerción y la inmadurez, todas las cuales son difíciles de definir. La mayoría de los estados tienen leyes en contra del *estupro*, o conocimiento carnal de un menor. Estas leyes presuponen que cualquier tipo de coito entre un varón adulto (por lo normal aquel mayor a los 17 o 18 años de edad) con cualquier mujer por debajo de cierta edad es ilícito por definición, ya que ella no puede dar consentimiento legítimo. La edad de consentimiento varía de estado a estado, y va en un rango de los 14 a los 18 años de edad; en la mayoría de los estados de la Unión Americana, es a los 15 o 16 años de edad (Posner y Silbaugh, 1996). Muchos estados tienen leyes que también incluyen una referencia a la diferencia de edades entre el varón y la mujer, bajo la suposición de que existe una diferencia entre la criminalidad de que una chica de 16 años de edad sostenga relaciones sexuales con su novio de 18 años de edad y que lo haga con un varón de 30 o 40 años de edad (MacNamara y Sagarin, 1977; Mueller, 1980).

Existe una gran variedad de leyes en contra del *abuso sexual de niños*, nombrado de diversas maneras tales como pederastia, abuso carnal infantil o corrupción de menores. Por lo normal, estos términos generales cubren cualquier contacto sexual entre adultos y

niños, independientemente del género, y pueden incluir el uso de lenguaje sexual, exhibicionismo, mostrarle pornografía a un niño, hacer que un niño sea testigo del coito o llevar a un niño a un burdel o bar gay (MacNamara y Sagarin, 1977).

Tales estatutos intentan proteger a los niños, lo cual es una meta razonable, pero algunos son tan vagos que resultan ya sea ineficientes o bien criminalizan conductas inocuas. A fin de prevenir el mal uso de estas leyes, es importante desarrollar otras que sean más precisas.

Por último, cada estado de la Unión Americana incluye leyes relacionadas con el **incesto** en su código penal. Estas leyes prohíben las relaciones sexuales entre los niños y “sus padres biológicos, ancestros u otros hermanos o hermanas”; algunas también prohíben las actividades que implican padrastros o padres adoptivos (Posner y Silbaugh, 1996). La mayoría de los

Violación: penetración oral, anal o vaginal sin consentimiento, obtenida por la fuerza, a través de amenaza de daño físico o cuando la víctima es incapaz de otorgar consentimiento.
Incesto: actividad sexual entre personas con lazos familiares cercanos.

enjuiciamientos son casos que involucran niños y familiares adultos. El tabú casi universal en contra del incesto parece tener como propósito garantizarles a los niños que su hogar será un sitio donde puedan estar libres de la presión sexual. En muchos estados de la Unión Americana, mientras más cercana sea la relación familiar, más graves las penalidades en contra del incesto (Mueller, 1980). Las leyes de incesto también buscan prevenir los supuestos problemas genéticos de la endogamia.

Actos consensuales delictivos

Aunque no es difícil ver la lógica de las leyes contra la fuerza y explotación de menores, muchas personas se sorprenden al enterarse del número de actos sexuales que están legalmente prohibidos entre adultos

que consienten. Estas leyes se han justificado con base en la prevención de la ilegitimidad, la preservación de la familia la promoción de la salud pública, y la imposición de la moralidad (Bernard *et al.*, 1985). Existen un número de leyes contra la fornicación, la **cohabitación** y el adulterio. A partir del 2002,

la fornicación era legal en 11 estados y en el Distrito de Columbia. A partir de 1994 se prohibió la cohabitación en 14 estados (Posner y Silbaugh, 1996).

El **adulterio**, el coito entre personas de las cuales al menos una se encuentra casada con alguien más, es un delito en 24 estados y en el Distrito de Columbia. Es causal de divorcio en casi todos los estados (véase figura 22.1). Al definir el adulterio, surgen dos cuestiones. La primera es si ambas partes son culpables de un delito o si sólo lo es la persona casada; en un estado sólo se puede inculpar al participante casado. La otra es qué constituye adulterio; un sólo incidente (42 estados) o conductas habituales o abiertas (10 estados) (recuérdese la discusión acerca de la avenencia victoriana).

Además de especificar con quién se puede sostener relaciones sexuales, las leyes han intentado reglamentar qué actos son permisibles, aun en el caso de una pareja legalmente casada.

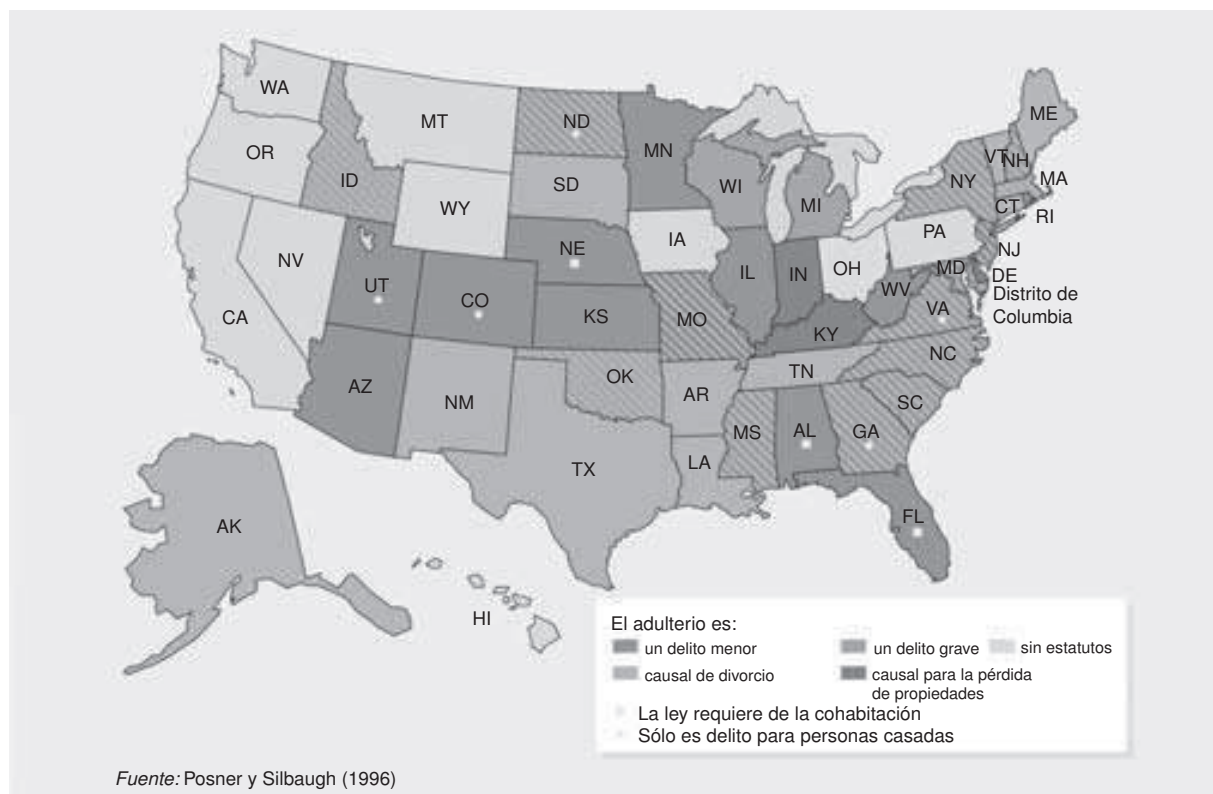
En 1986, 24 estados contaban con leyes que prohibían la **sodomía**; en algunos estados, la ley definía a la *sodomía* de manera muy amplia como “crímenes antinatura” o como “coito sexual desviado”, mientras que en otros estados la ley era muy específica como, por ejemplo, “contacto entre el pene y el ano, la boca y el pene, o la boca y la vulva”. En 1986, la Suprema Corte de Estados Unidos refrendó, por un voto de 5 a 4, la ley de sodomía de Georgia en el caso *Bowers v. Hardwick* (478

Cohabitación: personas que sin casarse viven juntas (con la suposición de existencia de relaciones sexuales).

Adulterio: coito entre personas de las cuales al menos una se encuentra casada con alguien más.

Sodomía: originalmente los “crímenes antinatura”; en las leyes contemporáneas, el coito oral y anal.

Figura 22.1 Leyes estatales que gobiernan el adulterio.



U.S. 186, 1986), en el que la Corte reafirmó el derecho de los estados de promulgar tales estatutos. Sin embargo, en la década de 1990, varias leyes similares en diversos estados se decretaron anticonstitucionales en tribunales estatales y de apelaciones. En 1998, John Geddes Lawrence y Tyron Garner fueron puestos bajo arresto en Texas después de que la policía los encontró sosteniendo relaciones sexuales consensuales en el departamento de Lawrence. Se les acusó bajo la Homosexual Conduct Law (Ley de Comportamiento Homosexual) del estado, la cual prohibía coito entre miembros del mismo sexo; ninguno disputó los cargos y se les impuso una multa de 200 dólares. Cuando se apeló el caso, la Suprema Corte de Estados Unidos revocó su fallo anterior el 26 de junio del 2003 y falló 6 votos a 3 que tales leyes son una invasión anticonstitucional de la privacidad (*Lawrence et al. v. Texas*, 539 U.S. 102 2003). Este fallo invalidó las leyes de sodomía que quedaban en los códigos de ley de 13 estados. La opinión mayoritaria incluyó una referencia a una decisión de la Corte Europea de los Derechos Humanos que apoyaba los derechos gay; éste es un ejemplo notable del impacto del creciente movimiento de derechos humanos (incluyendo los sexuales) (véase Tema central 22.2).

Los varones gay, las lesbianas, los bisexuales y las personas transgénero siguen enfrentándose a la dis-

crimación basada en una variedad de leyes y normas locales, estatales y federales, aun cuando las prácticas y normas discriminatorias sobre las que se basan se encuentran bajo ataque. En muchos lugares, es posible que a tales personas se les niegue el empleo en empresas privadas. Sin embargo, las normas del servicio civil federal prohíben este tipo de discriminación en empresas públicas y algunos gobernadores estatales y alcaldes han emitido órdenes ejecutivas que prohíben la discriminación basada en la orientación sexual. No obstante, muchos requisitos para licencias profesionales u ocupacionales cuentan con cláusulas de moralidad o de "buen carácter" que se pueden utilizar como base para la discriminación. Por ejemplo, varios maestros de escuelas públicas han sido despedidos o reasignados cuando se ha dado a conocer su estatus como homosexuales o transgénero. Al menos 17 estados, algunos condados y 157 municipios tienen leyes o políticas que prohíben la discriminación basada en la orientación sexual, específicamente en cuanto a vivienda y empleo (Epstein, 1995). Estas leyes han sobrevivido pruebas en la corte, pero con frecuencia son poco populares y siguen siendo sujeto de revocación por referéndum. La ley en el Condado de Dade en Florida, promulgada en 1998, se vio impugnada por medio de una grande y bien

Figura 22.2 En 1994, el Presidente William Clinton, junto con el entonces General Colin Powell, anunciaron la nueva política "no preguntes, no digas" para varones gay y lesbianas en las fuerzas armadas. Esta política se ha refrendado por medio de diversas decisiones judiciales.

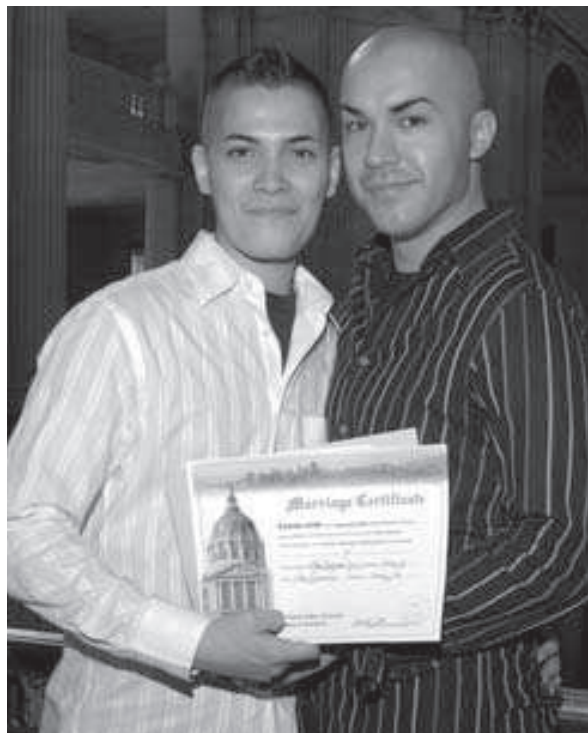


financiada campaña en el 2002, y los esfuerzos por revocarla se derrotaron por sólo 6 por ciento.

Los varones gay y las lesbianas tienen un estatus ambiguo en cuanto al servicio dentro de las fuerzas armadas de Estados Unidos. Durante muchos años, se les podía negar el acceso o bien se les podía destituir del servicio militar. Y, en 1990, la Suprema Corte de Estados Unidos ratificó el derecho de la milicia de prohibir la entrada a varones gay y lesbianas. Los casos en tribunales inferiores hacen un esfuerzo por distinguir entre las afirmaciones de orientación y la conducta de hecho, actuando a favor de la protección de la segunda (*Meinhold v. U.S.* 34 F 3d 1469, 1994). En 1994, la administración del Presidente Clinton adoptó una política de “no preguntes, no digas”: de allí en adelante, las autoridades militares no pueden preguntarle a la persona acerca de su orientación sexual, y los no heterosexuales no deben hacer pública su orientación: de nuevo, la avenencia victoriana. Cada año se destituye a cientos de varones y mujeres de las fuerzas armadas, en la mayoría de los casos porque han revelado su orientación sexual. En 1999, en respuesta a varios casos ampliamente publicitados de ataques u homicidios de personal militar relacionados con cuestiones de orientación sexual, las fuerzas armadas anunciaron la política de que se requeriría capacitación contra el acoso antigay a lo largo de la carrera militar. El Artículo 125 del *Uniform Code of Military Justice* prohíbe la sodomía consensual. Los miembros del personal militar arrestados por violar este artículo están apelando sus arrestos, algunos de los cuales implicaron sodomía heterosexual. Con base en el fallo de la Suprema Corte en el caso de *Lawrence et al. v. Texas*, una coalición de grupos de derechos civiles han hecho petición a la máxima corte de justicia militar para eliminar el Artículo 125.

Más allá de la discriminación en el empleo y en la milicia, también se hacen distinciones en otras áreas. Al menos hasta el 2004, las relaciones gay y lésbicas contaban con muy poco apoyo legal. Esto quiere decir que la pareja de un varón gay o de una lesbiana no tiene derecho a recibir cobertura de seguros médicos ni prestaciones de Seguridad Social, aunque una encuesta indica

Figura 22.3 La cuestión en cuanto a las leyes que gobiernan el matrimonio entre parejas del mismo sexo ha suscitado un acalorado debate.



que la mayoría de los estadounidenses apoyan este tipo de derechos (véase cuadro 22.2). Las parejas de mismo sexo no pueden heredar las propiedades de cada quien de manera automática. El estatus de homosexualidad o transgénero de un padre puede representar una seria desventaja en juicios de patria potestad. Una estrategia que se está persiguiendo es obtener reconocimiento para el estatus de “pareja doméstica”, que le proporcionaría acceso a la pareja a algunos o todos las prestaciones de un cónyuge. Algunas ciudades, agencias públicas tales como universidades, y corporaciones han reco-

Cuadro 22.2 Actitudes de los estadounidenses acerca de los derechos gay

| | Porcentaje que dijo | | |
|--|---------------------|------------|-------|
| | Debería | No debería | No sé |
| Usted cree que debería o no debería existir | | | |
| ¿Igualdad de derechos en cuanto a oportunidades de empleo? | 83% | 12% | 5% |
| ¿Igualdad de derechos en cuanto a vivienda? | 78 | 15 | 7 |
| ¿Seguro médico y otras prestaciones laborales para cónyuges gay? | 58 | 34 | 8 |
| ¿Prestaciones de Seguridad Social para cónyuges gay? | 54 | 38 | 8 |
| ¿Legislación especial para garantizar la igualdad de derechos para personas gay? | 53 | 38 | 9 |
| ¿Derechos de adopción para cónyuges gay? | 39 | 50 | 11 |
| ¿Igualdad de derechos en cuanto a matrimonios gay legalmente sancionados? | 34 | 57 | 9 |

Fuente: Encuesta telefónica de 803 adultos conducida por Princeton Survey Research Associates en marzo del 2000.

nocido a estas personas y les han extendido sus prestaciones. Una ley adoptada en Vermont en el año 2000 estableció las “uniones civiles” que le proporcionan los derechos y prestaciones del matrimonio a las parejas.

Una estrategia alternativa es obtener aprobación y reconocimiento de los matrimonios entre parejas no heterosexuales. El 12 de julio del 2002, la Corte Superior de Ontario dictaminó que negar el reconocimiento legal a los matrimonios de mismo sexo violaba la Carta Canadiense de Derechos y Libertades. El 18 de noviembre del 2003, la Suprema Corte de Massachusetts dictaminó, 4 votos a 3, que las parejas de mismo sexo tienen derecho a casarse (*Goodridge v. Department of Public Health*, SJC-08860, 18 de noviembre, 2003). Como vocero de la opinión mayoritaria, la Presidente de la Suprema Corte Margaret H. Marshall escribió,

Sin el derecho al matrimonio—o mejor dicho, el derecho a decidir casarse— uno se ve excluido del rango completo de la experiencia humana y se le es negada la completa protección de la ley para el propio “compromiso declarado a una relación humana íntima y duradera”.

La Corte le concedió 180 días a la legislatura estatal de Massachusetts para promulgar las leyes adecuadas. Al no hacerlo, el “matrimonio gay” se volvió legal en Massachusetts el 17 de mayo del 2004. Las autoridades de la ciudad de Boston inmediatamente comenzaron a reconocer los matrimonios religiosos y civiles entre parejas de mismo sexo.

El 12 de febrero del 2004, en oposición directa a las leyes del estado, el Alcalde de San Francisco, Gavin Newsom, dio órdenes a las autoridades de la ciudad para que comenzaran a expedir licencias para matrimonios del mismo sexo. Se emitieron más de cuatro mil antes de que la Suprema Corte de California le ordenara a Newsom que se detuviera. Las impugnaciones tanto a la ley y a la validez de las licencias se han consolidado en un caso único que se ventilará en la Corte Superior de San Francisco. La mayoría de los observadores espera que el caso se lleve en apelación a la Suprema Corte de California, lo cual podría tomar varios años. Mientras tanto, el estatus de los “matrimonios” celebrados en San Francisco es ambiguo.

De manera predecible, estas maniobras para obtener el reconocimiento de los matrimonios gay han estimulado la oposición. A finales de febrero del 2004, el Presidente George W. Bush, se unió a varios políticos y líderes religiosos en su llamado a que se hiciera una enmienda a la Constitución de Estados Unidos que limitara el matrimonio sólo a personas de sexos opuestos. Como precedente, Bush citó la Federal Defense of Marriage Act (Ley Federal de Defensa del Matrimonio) aprobada en 1996 y firmada por el Presidente Clinton. Treinta y nueve estados de la Unión Americana cuentan con leyes que prohíben el matrimonio de varones gay y lesbianas, muchas de ellas modeladas a partir de la ley federal citada antes (Peterson, 2004).

En noviembre de 2004, los votantes de 11 estados aprobaron enmiendas a las constituciones estatales

haciendo que el matrimonio fuese exclusivamente heterosexual. El margen de victoria varió de 7 a 5 en Oregon a 6 a 1 en Mississippi (véase figura 22.4). Es claro que el matrimonio gay es una cuestión polémica. Una encuesta Gallup realizada en mayo del 2004, encontró que el público se divide casi en mitades iguales con 51 por ciento a favor de una enmienda constitucional y 45 por ciento en contra (Roper Center, 2004).

Exhibicionismo: mostrar los propios genitales en un sitio público, hacia los transeúntes; exhibición impúdica.
Voyeurismo: observar secretamente a personas desnudas.

Delitos contra las buenas costumbres

Otra amplia categoría de infracciones sexuales se puede considerar como aquellos delitos que ofenden los estándares comunitarios de buenas costumbres y discreción. En esta área encontramos leyes contra el **exhibicionismo**, el **voyeurismo**, la tentativa de corrupción, desorden público, delitos contra la tranquilidad, seguridad o salud pública, y “obscenidad general”. Por lo general, estos estatutos son bastante vagos y castigan actos que le sean ofensivos o que *probablemente* le sean ofensivos a alguien. Cuarenta estados de la Unión Americana tienen leyes que prohíben la desnudez intencional pública y el exhibicionismo. Veintitrés estados tienen leyes que declaran que el contacto o actividad sexual en un sitio público son delito (Posner y Silbaugh, 1996). En todos los estados menos dos de ellos, estos delitos son menores. Como se verá después, la aplicación desigual de estas leyes, su vaguedad y la diferencia entre lo que es ofensivo y lo que en realidad es delictivo hace que estos estatutos sean cuestionables.

Delitos contra la reproducción

La tradición judeocristiana consideraba que las conductas que interfieren con la reproducción eran pecaminosas. El derecho consuetudinario inglés criminalizó estas conductas, incluyendo la homosexualidad, la sodomía y el control natal. (La concepción era imposible bajo estas conductas.)

Como se señaló en el Tema central 22.1, las leyes Comstock incluían una prohibición a la difusión de la información relativa a la prevención de la concepción. En apariencia, Comstock, como muchas personas de entonces y de ahora, consideraban que la anticoncepción y el aborto eran idénticos. Estas cuestiones se discutirán en mayor detalle en la sección que trata de los derechos a la privacidad; aquí, sólo mencionaremos que, hasta 1973, el aborto estaba prohibido o seriamente limitado en diversas jurisdicciones y que la anticoncepción se prohibía en algunas. Estas leyes son ejemplos claros del abrigo que se proporciona a valores de días pasados en los libros de estatutos. Surgen de la comprensión de la reproducción como el único propósito legítimo del sexo y de la creencia en la necesidad de la vigorosa propagación de la especie. Tales leyes se derogaron por medio de las acciones de la Suprema

Figura 22.4 Leyes estatales que gobiernan el matrimonio entre parejas del mismo sexo en noviembre del 2004.



Fuente: Lambda Legal, 2004.

Corte, pero la agitación continua, al menos en el caso del aborto, garantiza que el debate público se extenderá durante algún tiempo.

Sexo comercial delictivo

La ley también ha considerado que es ilegal ganar dinero por medio del sexo, al menos bajo ciertas circunstancias. No es ilegal vender productos con sutiles promesas de satisfacción sexual, pero es ilegal proporcionar dicha satisfacción de manera real, ya sea en forma directa (es decir, por medio de la prostitución) o por medios impresos, como en el caso de la pornografía. Estas dos cuestiones se tratarán con mayor detalle más adelante; sin embargo, primero examinaremos los tipos de leyes que tratan con estos temas.

Prostitución: El intercambio de sexo por dinero o por otro tipo de pago, como drogas.

Obscenidad: aquello que ofende a la decencia o pudor, o calculado para despertar la excitación sexual o lujuria.

Estos dos tipos de leyes que tratan con estos temas.

La **prostitución** es el intercambio de sexo por dinero o por otro tipo de pago, como drogas. A excepción de Nevada, donde ciertos condados pueden permitir la prostitución, la prostitución es ilegal en toda jurisdicción dentro de Estados Unidos, aunque no es así en muchos otros países. En la mayoría de los estados de la Unión Americana, la prostitución es un delito menor que se castiga por medio de multa o de sentencia de cárcel. La ley también prohíbe las actividades relacionadas con ella, tales como la tentativa de corrupción, el proxenetismo (padrotear, regentear), rentar locales para la prostitución, e incitar a menores a la prostitución (Perry, 1980). En la mayoría de los estados, éstos son delitos graves. También se utilizan las leyes contra el merodeo y la vagancia en contra de las prostitutas. Muchas leyes estatales aplican las mismas penas a quienes acuden a las prostitutas y a la prostitución. Sin embargo, es poco común que se inculpe a los clientes. Según un esti-

Figura 22.5 La profesión más antigua. Una prostituta se ofrece a un cliente potencial.



mado, sólo el 10 por ciento de los 100 000 arrestos relacionados con la prostitución son de clientes (Prostitutes Education Network, 1998). En general, todas estas leyes han resultado muy difíciles de hacer cumplir y, así, la “profesión más antigua” continúa sin tregua.

Se discutirá la **obscenidad** en mayor detalle en una sección posterior. Baste decir que en la mayoría de las jurisdicciones es un delito vender material o presentar una obra, cinta u otra presentación en vivo que sea “obscena”. Hasta allí, todo es sencillo. El problema verdadero surge al decidir *qué* exactamente es obsceno y cómo se puede determinar tal cosa sin violar la garantía de libertad de prensa de la Primera Enmienda. Hasta el momento, no se ha encontrado una respuesta satisfactoria. Las leyes de obscenidad parecen tener una base doble. Primero, intentan prevenir la corrupción de la moral por medio de materiales que incitan pensamientos y deseos sexuales. Segundo, intentan garantizar que nadie se beneficie por medio de la producción y distribución de ese tipo de materiales. Ya sea que cualquiera de ambas cosas se pueda hacer, o que valga la pena hacerlo, es una pregunta que examinaremos más adelante en el presente capítulo.

Imposición de las leyes sexuales

De lo anterior, es claro que la ley ha irrumpido en áreas que el lector bien puede haber pensado que sólo le incumbían a él o ella. Ahora podemos preguntar: ¿Cómo se hacen cumplir las leyes sexuales? La respuesta es sencilla: con una *gran* inconsistencia. Una autoridad ha estimado que “la tasa de cumplimiento de los infractores sexuales consensuales muestra probabilidades enormes en contra del arresto: tal vez de uno en un millón” (Packer, 1968, p. 304); poco ha cambiado

desde 1968. El contraste entre el número y severidad de las leyes mismas y la poca frecuencia y aleatoriedad con que se hacen cumplir refleja la ambivalencia de la sociedad en cuanto al tema en su totalidad.

Este contraste conduce a graves abusos y a demandas de reformas radicales de las leyes sexuales. En la siguiente sección se presentará un resumen de los argumentos a favor de dichas reformas. Sin embargo, primero se debería señalar que, siempre y cuando las leyes permanezcan dentro de los códigos, la *amenaza* de enjuiciamiento, o incluso de arresto, puede ocasionarle graves perjuicios al “infractor”. La pérdida del empleo, de la reputación, de las amistades, de la familia y demás, pueden ser el resultado, y en ocasiones lo son, de la imposición esporádica de las leyes sexuales. Para aquellas personas que participan en actos prohibidos, la amenaza del chantaje siempre está presente. Por supuesto, para aquellos que de hecho son condenados por “cargos morales”, la situación es aún peor. Es cuestionable que los individuos sean sometidos a este tipo de castigo a causa de actos privados.

Segundo, la imposición desigual de las leyes sexuales puede tener un efecto muy nocivo sobre la observancia de las leyes en general. Invita a la conducta arbitraria e injusta y al abuso de autoridad por parte la policía y de la fiscalía. En cuanto a los sexoservidores comerciales, las prácticas de arresto parecen ser altamente discriminatorias. En primer lugar, 90 por ciento de todos los arrestos se ejecuta con los servidores (no con los clientes). De estos, 50 a 80 por ciento son mujeres pertenecientes a minorías, aun cuando la mayoría de las prostitutas son blancas. Por último, una gran mayoría de aquellas condenadas a sentencias de cárcel son mujeres de color; es más probable que se multe a las mujeres blancas (Prostitution Education Network, 1998). Otro abuso grave es la inducción dolosa a la comisión de un delito, en la que un oficial de policía que finge, por ejemplo, ser un cliente potencial, de hecho incita a la comisión de dicho delito. Debido a que un acto sexual consensual significa que no hay nadie que denuncie el acto a las autoridades, los agentes encubiertos deben crear el crimen a fin de lograr un arresto a partir del mismo. Este tipo de trampas difícilmente conducen a que se tenga respeto por la ley. Además, el conocimiento de que las leyes sexuales se pueden violar con impunidad crea una falta de respeto generalizada por la ley, en especial entre aquellos que saben que, en términos estrictos, son “criminales” según dicha ley. Si no por otra razón, el fracaso de la prohibición debería ser demostración de que es una mala política pública prohibir actividades aprobadas por una parte sustancial de la población. Bien se podría decir que se han cometido más violaciones del bien público por la imposición de las leyes sexuales que a causa de los actos que buscan prevenir.² Teniendo esto en mente, pasemos a las perspectivas para el futuro.

²Para una buena discusión acerca de éstos y otros argumentos, véase Packer (1968, pp. 301-306).

Tendencias en la reforma de las leyes sexuales

Es difícil especificar el número y detalles de las leyes sexuales. Nuestro desagrado por estos intentos de regulación de la conducta humana nos conduce a considerar que los esfuerzos por modificarlos son *reformas*, aunque muchas personas dentro de la sociedad estadounidense discutirían que con frecuencia el cambio resulta peor. Ya que el sexo es un tema cargado de valores, es poco probable que tales reformas se lleven a cabo sin una gran cantidad de conflictos. Esto hace difícil predecir la dirección precisa del cambio y su velocidad. Sin embargo, se utilizan algunos importantes principios legales a fin de hacer que ocurran cambios en las leyes sexuales.

Despenalización: eliminar un acto de entre aquellos prohibidos por la ley, dejando de definirlo como delito.

probable que tales reformas se lleven a cabo sin una gran cantidad de conflictos. Esto hace difícil predecir la dirección precisa del

cambio y su velocidad. Sin embargo, se utilizan algunos importantes principios legales a fin de hacer que ocurran cambios en las leyes sexuales.

Esfuerzos por reformar las leyes sexuales

Después de una exhaustiva revisión de las prácticas legales en Estados Unidos, el Model Penal Code (Modelo de Código Penal) del American Law Institute (Instituto Estadounidense de Derecho) recomendó la **despenalización** de muchos tipos de conductas sexuales que anteriormente se prohibían. Bajo la sección que trata acerca de los delitos sexuales, incluye como razonable que la ley sólo reglamente la violación, el coito sexual desviado por fuerza o imposición, la corrupción y seducción de menores, el ataque sexual y el exhibicionismo (American Law Institute, 1962, Artículo 213). Con la notable excepción del sexoservicio comercial, que sigue considerando como ilegal, el American Law Institute sigue el principio de que la conducta sexual privada entre adultos que consienten en realidad no le concierne a la ley. Casi la mitad de los estados de la Unión Americana ha seguido las recomendaciones del Model Penal Code.

Aunque existen excepciones, es más probable que un estado modifique sus leyes sexuales como parte de una revisión total de su código criminal, a que lleve a cabo una revocación específica de tales leyes. La razón por la que esto sucede es política y se basa en la distinción entre legalización y despenalización. Si los legisladores “legalizan” las prácticas sexuales poco convencionales, es probable que la gente se moleste y que acuse al estado de “condonarlas”. Por tanto, es importante señalar que lo que se propone es la despenalización; es decir, el dejar de definir ciertos actos como criminales o eliminar las penas asociados con ellos. La despenalización es moralmente neutra; ni aprueba ni desaprueba, sencillamente revisa las definiciones.



Para aprender más acerca de la historia de las leyes que regulan la pornografía, la información sexual y el control natal, vea el video “El derecho a la privacidad” en el capítulo 22 de su CD.

Derecho a la privacidad

Un principio legal que ha sido de gran importancia en la reforma de las leyes sexuales es el derecho a la privacidad. Esto se ha utilizado principalmente en los ataques contra leyes sexuales en los tribunales. De manera interesante, a pesar de que se invoca el derecho a la privacidad en relación con una sorprendente variedad de cuestiones —expedientes criminales, el buró de crédito y los bancos, registros escolares, información médica, archivos gubernamentales, grabaciones ilícitas y la enmienda de 1974 a la Freedom of Information Act (Ley de Libertad de Información) (conocida como Ley de Privacidad), para nombrar unas cuantas— la articulación definitiva del principio constitucional se dio a partir de un caso relacionado con el sexo (Brent, 1976).

En 1965, la Suprema Corte de Estados Unidos decidió el caso de *Griswold v. Connecticut*, invalidando una ley estatal bajo la cual se enjuiciaba a un médico si proporcionaba información y recomendaciones médicas relacionadas con la anticoncepción a parejas casadas. El Magistrado William Douglas afirmó llanamente que “estamos lidiando con un derecho a la privacidad que antecede a la Declaración de Derechos, a nuestros partidos políticos, a nuestro sistema escolar” (*Griswold v. Connecticut*, 1965, p. 486). El problema al que se enfrentaron Douglas y los seis jueces que votaron con él, fue encontrar las provisiones específicas dentro de la Constitución que garantizaran tal derecho. Douglas no las encontró en ningún artículo específico de la Declaración de Derechos, sino en las “penumbras formadas por las emanaciones que provienen de esas garantías que ayudan a darles vida y sustancia” (*Griswold v. Connecticut*, 1965, p. 484). Los críticos han encontrado que éste es un ejemplo espléndido de ambigüedad constitucional, por lo que continúa el debate acerca del derecho a la privacidad. No obstante, al invalidar la ley de Connecticut, la Corte definió un derecho a la privacidad que, en esta instancia, se violentó cuando se le negó acceso a una pareja casada a la información acerca de anticoncepción.

Mientras que la decisión en el caso *Griswold* declaró que el lecho conyugal era un área privada, en el caso de 1972 de *Eisenstadt v. Baird*, la Corte invalidó una ley de Massachusetts que prohibía la difusión de información acerca de anticoncepción a las personas solteras. Al hacerlo, la Corte afirmó que “si el derecho a la privacidad significa algo, es el derecho del individuo, sea casado o soltero, a estar libre de la intrusión gubernamental injustificada en cuestiones que afectan a la persona de modo tan fundamental como lo es la decisión de tener o concebir un hijo” (*Eisenstadt v. Baird*, 1972, p. 453). Otras decisiones han establecido que el hogar propio es un área protegida de privacidad que la ley no puede invadir (Brent, 1976).

La Corte también invocó el derecho a la privacidad en 1973 en uno de sus casos más polémicos, *Roe v. Wade*, que invalidó las leyes que prohibían el aborto. En una demanda que hizo bajo el nombre asumido de Jane Roe, una residente de Texas discutió que las leyes de su

estado contra el aborto le negaban un derecho constitucional. La Corte estuvo de acuerdo en que “el derecho a la privacidad personal incluye la decisión de abortar” (*Roe v. Wade*, 1973, p. 113). Sin embargo, sostuvo que tal derecho no es absoluto y que el estado tiene cierto interés legítimo que puede proteger por medio de la ley, como sería la protección de un feto viable. No obstante, la Corte declaró que el feto no es una persona y que, por tanto, no tiene derecho a la protección constitucional. El efecto del caso *Roe*, y de la legislación relacionada, fue la invalidación de la mayoría de las leyes estatales contra el aborto. La Corte limitó los abortos de segundo y tercer trimestre a razones de salud materna, pero hizo que el derecho de una mujer al aborto en el primer trimestre fuese casi absoluto. Sin embargo, el fallo de 1989 en *Webster v. Reproductive Health Services* (Webster contra Servicios de Salud Reproductiva) y la decisión de 1992 en *Planned Parenthood v. Casey* (Planificación Familiar contra Casey) cambiaron el aspecto de las leyes de aborto, como se discutirá más adelante dentro del presente capítulo.

La Suprema Corte extendió aún más el derecho a la privacidad en *Lawrence et al. v. Texas*. La opinión mayoritaria señaló los efectos del estatuto de Texas que prohibía el coito entre personas del mismo sexo y de leyes similares: “Sus penalidades y propósitos tienen consecuencias más amplias tocantes a la más privada de las conductas humanas, la conducta sexual, y en el lugar más privado de todos, el hogar” (539 U.S. 103, 2003, pp. 1-2). Ésta es la afirmación más fuerte que hasta la fecha se haya hecho en relación con la naturaleza protegida de la conducta sexual consensual en el propio hogar.

Igualdad de protección

Otro importante principio legal es el derecho a la igualdad de protección legal. Este derecho se ve garantizado por la Constitución de Estados Unidos, en sus Cuarta y Quinta Enmiendas. Si las acciones de la ley o del gobierno dan por resultado una desventaja para algún grupo, dicho grupo puede buscar alivio, de manera típica a través de alguna acción judicial.

Las impugnaciones a leyes o políticas que discriminan en contra de varones gay, lesbianas, sexoservidores comerciales y otros grupos que se distinguen por sus conductas sexuales se han basado en este principio. Varones gay y lesbianas han iniciado una serie de casos judiciales contra acciones o leyes provenientes de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, tales como las políticas que requieren la baja de lesbianas o de varones gay de la milicia. Algunos de estos casos se han juzgado a favor de los demandantes, otros de ellos no.

La discriminación en contra de varones gay y lesbianas en el empleo y en otras áreas también se ha impugnado en los tribunales. El caso más celebrado es *Evans v. Romer*. En 1992, la Segunda Enmienda de la Constitución del estado de Colorado se sometió a votación, y prohibía la promulgación de leyes o políticas antidiscriminatorias que favorecieran a las perso-

Figura 22.6 La perspectiva de un caricaturista acerca del crimen sin víctimas.



“Señora, estaré con usted en un momento, en cuanto haya llevado a estos malhechores ante la justicia.”

Fuente: Copyright © 1976 de Bill Mauldin. Reimpreso por cortesía de los herederos de Bill Mauldin.

nas homosexuales. En noviembre de 1992, se adoptó la enmienda con un 54 por ciento de los votos. Nueve individuos, tres ciudades y un distrito escolar entablaron una demanda, pidiendo que se revocara la Segunda Enmienda ya que violaba la cláusula de igualdad de protección de la constitución de Estados Unidos. Después de una serie de decisiones del Juez de Distrito Jeffrey Bayless y de la Suprema Corte de Colorado, la Suprema Corte de Estados Unidos acordó revisar la Segunda Enmienda. En 1996, la Suprema Corte declaró que la Segunda Enmienda era inconstitucional (517 U.S. 620); es decir, los estados no pueden prohibir leyes antidiscriminatorias. La cláusula de igualdad de protección es la base para la decisión de la Suprema Corte de Massachusetts para invalidar las prohibiciones en contra de los matrimonios entre personas del mismo sexo, como se señaló con anterioridad.

Crímenes sin víctimas

En las últimas cuatro décadas se han presentado enormes cambios legislativos que implican el principio de *crímenes sin víctimas*: un concepto que tiene amplias aplicaciones que van más allá de la conducta sexual. El argumento es que cuando un acto no daña a nadie en sentido legal o no proporciona una víctima demos-

Tema central 22.2

Derechos sexuales universales

Otra base para la reforma de las leyes sexuales es el concepto de los derechos sexuales universales. La adopción de tales principios proporcionaría una fundación para la revisión de leyes en todo país de modo que reconozcan la libertad y dignidad individuales al mismo tiempo que protegen los derechos de los demás. En 1999, en el Decimocuarto Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong, se adoptó la afirmación de estos derechos:

La sexualidad es parte integral de la personalidad de cada ser humano. Su desarrollo total depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción del individuo y las estructuras sociales. El completo desarrollo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales que se basan en la inherente libertad, dignidad y equidad de todos los seres humanos. Ya que la salud es un derecho humano fundamental, así también es que la salud sexual debe ser un derecho humano básico.

A fin de garantizar que los seres humanos y las sociedades desarrollen una sexualidad sana, los siguientes derechos sexuales se deben reconocer, promover, respetar y defender por todas las sociedades y por todos los medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejercita estos derechos sexuales.

1. **El derecho a la libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de que el individuo exprese su potencial sexual completo. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier momento y en cualquier situación de la vida.
2. **El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad del cuerpo sexual.** Este derecho implica la capacidad de tomar decisiones autónomas acerca de la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social propia. También abarca el control y disfrute de nuestros propios cuerpos librándolos de la tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. **El derecho a la privacidad sexual.** Esto implica el derecho a decisiones y conductas individuales

relacionadas con la intimidad siempre y cuando no infrinjan los derechos sexuales de los demás.

4. **El derecho a la equidad sexual.** Esto se refiere a estar libre de todo tipo de discriminación independientemente del sexo, del género, de la orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física y emocional.
5. **El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual es más que el placer erótico o que los actos sexuales. Los individuos tienen el derecho a expresar su sexualidad por medio de la comunicación, las caricias, la expresión emocional y el amor.
7. **El derecho a asociarse libremente en sentido sexual.** Esto significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
8. **El derecho a hacer elecciones reproductivas libres y responsables.** Esto abarca el derecho a decidir si se quiere tener hijos o no, el número y espaciado de los hijos y el derecho al total acceso a los medios de regulación de la fertilidad.
9. **El derecho a la información sexual que se basa en la indagación científica.** Este derecho implica que la información sexual se debe generar a través del proceso de la indagación autónoma pero científicamente ética y diseminar de manera apropiada a todos los niveles sociales.
10. **El derecho a la educación comprensiva en sexualidad.** Éste es un proceso permanente desde el nacimiento y a lo largo del ciclo vital y debe involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El derecho al cuidado de la salud sexual.** El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y tratamiento de toda preocupación, problema y trastorno sexual.

trable, no es razonable definirlo como crimen. Norvil Morris, anterior decano de la Escuela de Leyes de la Universidad de Chicago, enunció la idea principal del argumento de manera excelente:

La mayoría de nuestra legislación en cuanto a la embriaguez, los narcóticos, las apuestas y la conducta sexual es completamente irracional. Se basa en una concepción exagerada de la capacidad de la legislación criminal para influir en el hombre y, de manera irónica, en la creencia simultánea en la capacidad limitada del hombre para gobernarse a sí mismo. Incurrimos en enormes costos colaterales a causa de esa exageración y sobrecargamos a nuestro sistema de justicia criminal a tal grado que lo deja ampliamente deficiente en las áreas en que realmente necesitamos protección (de la violencia y de la depredación de nuestras propiedades). Pero al intentar remediar esta situación, no deberíamos sustituir con una "legislación" insensata aquello que ahora proscribimos como delito. En lugar de esto, los programas de regulación, sustentados por sanciones criminales, deben tomar el lugar de nuestras actuales prohibiciones que son imposibles de imponer y que conducen al delito y a la corrupción. (1973, p. 11)

El argumento del crimen sin víctimas debería resultarle atractivo al sentido de privacidad del público y a sus bolsillos. Los crímenes en los que no existe una víctima fácilmente identificable constituyen más de la mitad de los casos manejados por los tribunales estadounidenses (Boruchowitz, 1973). Si se pudieran reducir las listas de casos judiciales a fin de reasignar a los oficiales de la justicia, la protección en contra de los crímenes violentos sería más eficiente y menos costosa.

La aplicación de este principio a algunas de las cuestiones discutidas con anterioridad debería resultar obvia. Un acto sexual que se lleva a cabo por adultos que consienten no produce daños legales, y ninguno de los participantes es víctima. El único fin concebible que se sirve por medio de la criminalización de tal acto es la protección de la "moral pública" que, en una sociedad con muchos valores, parece un fin que no justifica los costos, aun si es posible lograrlo.

La referencia más común a la despenalización de los actos sin víctimas se relaciona con la prostitución. Los esfuerzos policíacos para contener a la "profesión más antigua" parecen ser ineficientes, abiertos a la corrupción y a las prácticas cuestionables, y excesivamente costosos. Ya que por lo general se enjuicia a la prostituta y no al cliente, parece haber un claro patrón de discriminación en contra de la mujer que viola el principio constitucional de la igualdad de protección. Por último, a medida que todo tipo de conducta consensual entre adultos ha comenzado a despenalizarse, se ha cuestionado la legitimidad de la distinción entre el sexo consensual comercial y no comercial (Parnas, 1981). Se ha sugerido que gran parte del daño demostrable que se asocia con el sexoservicio comercial, tal como la comisión de robos y otros crímenes por parte de los sexoservidores y los proxenetas, así como los vínculos con el crimen organizado, han resultado *debido* a que la actividad es ilegal (Caughey, 1974). Así, se ha discutido que

si ya no se le definiera como delito, todos se beneficiarían: el sexoservidor, el cliente, la policía y la sociedad en general (Parnas, 1981; Rosenblat y Pariente, 1973).

San Francisco tiene una larga tradición de prostitución que data del 1860. También tiene miles de personas empleadas en la actividad sexual comercial. En marzo de 1994, la junta de supervisores creó una Fuerza de Tarea para la Prostitución. Después de 18 meses de audiencias y de estudio, la Fuerza de Tarea concluyó que

no sólo son ineficientes las actuales respuestas, sino que también son dañinas. Marginan y victimizan a las prostitutas, dificultándoles a aquellas que quieren abandonar la industria y a aquellas que quieren permanecer dentro de ella el reclamo de sus derechos civiles y humanos. (San Francisco Task Force on Prostitution, 1996)

Por lo anterior, la Fuerza de Tarea recomendó que los departamentos de la Ciudad dejen de imponer y enjuiciar los delitos de prostitución. Además, recomienda que en lugar de esto, los departamentos se enfoquen hacia las infracciones a la calidad de vida de la cual se quejan los vecindarios y que redirijan los fondos destinados al enjuiciamiento, defensoría pública, tiempos de juicio, gastos generales del sistema legal y encarcelamiento hacia servicios y alternativas para demarcaciones necesitadas.

El argumento contra la criminalización de la prostitución supone que si fuese legal, ésta se podría regular y se podrían evitar los problemas de delito, ofensa pública y

Figura 22.7 El "Capo" de un negocio de giro sexual en Macao, Malasia, inspecciona a una de las anfitrionas. Existe un acalorado desacuerdo en cuanto a si podemos decir que las sexoservidoras como esta mujer consienten a la actividad sexual que su trabajo requiere. ¿Usted, qué piensa?



transmisión de infecciones sexuales que se asocian con ella. Entonces, en este caso, no habría víctimas ni una necesidad social de prohibir la práctica. Sin embargo, dicho argumento se puede refutar al sugerir que el sexo-servicio comercial puede, de hecho, tener víctimas.

Como señalamos en el capítulo 18, algunos servidores, como los involucrados en el tráfico sexual, se ven forzados a participar en actividades sexuales y pueden no tener oportunidad de huir de él. Algunos sexoservidores se ven forzados a continuar “en la vida” a manos de un padrote o una madame, o tal vez por medio del abuso físico. Algunos varones y mujeres jóvenes participan en el sexoservicio comercial debido a que cuentan con pocas habilidades negociables y se ven seducidos por las promesas de altos ingresos. Estos casos sugieren que existe un continuo de consentimiento que va de ninguno, al forzado, al que surge por falta de opciones, a la participación más o menos voluntaria. Es probable que este continuo caracterice no sólo a los trabajadores que venden gratificación sexual, sino también a aquellos que laboran dentro de la industria de la pornografía. ¿En qué momento se vuelve consensual este tipo de actividad? Segundo, un análisis feminista de la prostitución sugiere que el sexoservicio comercial de todo tipo es inherentemente degradante y contribuye a que las mujeres y sus cuerpos se conviertan en objetos, con lo que perjudica a todas las mujeres. Tercero, otras actividades que involucran a los adultos que consienten pueden afectar a terceras personas. El adulterio puede dañar uno o dos matrimonios, herir a los cónyuges e hijos de los participantes y conducir al extremo del divorcio y a la disrupción de la familia. Por último, deberíamos considerar la posibilidad de que algunas actividades consensuales pueden ocasionar perjuicios morales, religiosos o éticos (Silbaugh, 2002).

El problema de la obscenidad y la pornografía

Entre los temas más polémicos en el área de la regulación sexual se encuentran la obscenidad y la pornografía. Una porción sustancial de la población estadounidense (37 por ciento en 1998 según la General Social Survey [Encuesta Social General]) encuentra ofensiva la pornografía y desea que se elimine. Muchas otras personas no comparten este punto de vista y piensan que cualquier tipo de censura es intolerable e inconstitucional. Los paladines en contra del vicio consideran que la “inmundicia” es peligrosa para el ciudadano promedio. Los legisladores se ven abrumados por demandas de que se haga algo, al mismo tiempo que los tribunales han trabajado sin éxito durante años para equilibrar el derecho de la libertad de expresión de la Primera Enmienda con el deseo de algunos de prohibir, o al menos reglamentar, la pornografía.

De inicio, tenemos el problema de la definición. Aquí, resulta útil distinguir entre *pornografía* como término popular y *obscenidad* como concepto legal.

Pornografía viene del griego *porneia* que, sencillamente, significa “prostitución”, y de *graphos*, que significa “escritura”. En el uso general que se le da hoy en día, pornografía se refiere a la literatura, arte, cintas, habla y demás que tienen la intención de ser de naturaleza sexualmente excitante, o que se presume son excitantes. La pornografía puede ser *blanda* (sugerente) o *dura*, que por lo general significa que implica una representación explícita de algún tipo de acto sexual y de los genitales. La pornografía, en sí, nunca ha sido ilegal, pero la obscenidad sí lo es. La palabra *obsceno* se refiere a aquello que es inundo, repulsivo o lascivo, y se utiliza como término legal para aquello que es ofensivo a las autoridades o a la sociedad (Wilson, 1973).

La obscenidad ha sido un tema de discusión legal desde el fallo de la Suprema Corte en el caso Roth en 1957. En él, la Corte afirmó de manera explícita que la obscenidad no estaba protegida bajo la Primera Enmienda, la cual garantiza la libertad de expresión y de la prensa y que, por extensión reconocida desde hace largo tiempo, incluye cintas, fotografías, literatura y otros tipos de expresión artística. Sin embargo, también dictaminó que no toda expresión sexual es obscena, definiendo la obscenidad como el material “que maneja el sexo en forma que atrae el interés lujurioso” (*U.S. v. Roth*, 1957, p. 487). La decisión Roth ocasionó gran cantidad de controversia, tanto de parte de aquellos que pensaban que la Corte había abierto la puerta a la pornografía, como de parte de los defensores de las libertades civiles quienes pensaron que la definición era demasiado restrictiva. La Corte continuó tratando de refinar las pruebas de obscenidad. En el caso *Memoirs* de 1966, se hizo una definición adicional de la obscenidad como algo que “carece por completo de cualquier valor social que la redima”. En el fallo *Ginzburg* del mismo año, la Corte ratificó la condena de obscenidad de un editor a causa de la “incitación” de su publicidad; es decir, hacía explotación flagrante de la naturaleza sexualmente estimulante de su publicación. Sin embargo, ninguna de estas pruebas convenció a más de cinco miembros de la Corte, y mucho menos al público en general.³

La definición habitual actual de obscenidad que proporciona la Suprema Corte, proviene del caso de 1973 de *Miller v. California*. Rechazando la prueba de “sin valor social que la redima”, el Presidente de la Suprema Corte, Burger, y los cuatro magistrados que concurren con él, propusieron la siguiente definición:

- (a) que “la persona promedio, aplicando los estándares comunitarios contemporáneos,” decida que la obra, tomada en su totalidad, atrae el interés lascivo, (b) que

³ El Magistrado Potter Stewart es tal vez quien mejor expresó la frustración de definir la obscenidad en *Jacobellis v. Ohio* (1964): “No haré mayores intentos por definir [la pornografía dura], y tal vez nunca podría tener éxito en tratar de hacerlo de manera inteligible. Pero la reconozco cuando la veo” (378 U.S., 197).

la obra ilustre o describa, en manera patentemente ofensiva, el comportamiento sexual específicamente definido por las leyes estatales que se apliquen, y (c) que la obra, tomada en su totalidad, carezca de serio valor literario, artístico, político o científico. (*Miller v. California*, 1973, p. 24)

Las metas de esta definición parecen ser describir la “pornografía dura” como obscenidad en el sentido popular, requerir de los reglamentos estatales descripciones precisas de aquello que se ha de prohibir y darle más poder a los gobiernos para regularla (Gruntz, 1974). El problema notable con la prueba *Miller*, al menos para los defensores de las libertades civiles, es la disposición que se refiere a los “estándares comunitarios contemporáneos”. Esto permite que la comunidad local determine lo que es obsceno, en lugar de utilizar normas nacionales, lo que hace imposible predecir lo que un jurado dado en un pueblo específico podría encontrar obsceno.

Un factor importante que ha afectado las leyes de pornografía es el grado al cual los legisladores, autoridades judiciales y tribunales creen que daña a la población general. A fin de buscar evidencia, con frecuencia han acudido a la ciencia social y han encontrado una mezcla de datos y conclusiones. La Comisión de Pornografía designada por el Procurador General, Edwin Meese, concluyó, en su *Reporte Final* de 1986, el cual utilizó testimonios personales y estudios científicos, que la pornografía es dañina y que está ligada al abuso de niños y mujeres. Las polémicas recomendaciones de la comisión reafirmaron los estatutos existentes contra la obscenidad y su vigorosa imposición. También pareció aprobar otras estrategias para combatir la pornografía (U.S. Department of Justice, 1986).

La menos polémica de estas estrategias tiene que ver con el problema de la pornografía infantil, la representación de actividades sexuales que involucran niños, aun cuando no se utilizan niños verdaderos, que es generalizada y perjudicial para los jóvenes que participan en ella (Burgess, 1984). En el caso de 1982 de *New York v. Ferber*, la Suprema Corte de Estados Unidos falló de manera unánime que la pornografía infantil, sea o no obscena bajo los estándares legales prevalecientes, no está protegida por la Constitución. Esta decisión le dio a los estados una mayor flexibilidad en cuanto a legislación, con base en la obligación del gobierno a proteger a los niños del abuso (Shewaga, 1983). La Corte demandó que los estados fuesen precisos en cuanto a si estaban prohibiendo la producción, procesamiento o distribución de pornografía infantil, y que desarrollaran claras definiciones de lo que se habría de prohibir. Esto ha resultado difícil, pero las labores continúan. Otro abordaje al problema es crear leyes más duras y precisas contra el abuso sexual infantil, sin el cual no se podría llevar a cabo la “porno infantil”. Este enfoque haría delictiva la producción misma de este tipo de material y evitaría el asunto constitucional más complejo de la distribución y venta (Shouvin, 1981).

Un enfoque más provechoso para aquellos que se oponen a la pornografía ha sido el intento por reglamentar o eliminar su venta por medio de la zonificación. En un esfuerzo por alejar a las salas de cine adulto de la comunidad, la ciudad de Renton, Washington, pasó una ordenanza que prohibía que hubiera salas de cine adulto a menos de 1 000 pies (30 Km.) de cualquier zona residencial, vivienda de una o más familias, iglesia, parque o escuela. Citando precedentes y el derecho de un municipio a prevenir el crimen y a proteger la plusvalía, la Suprema Corte refrendó la ordenanza de Renton en 1986. Estas leyes de zonificación son de contenido neutral y por tanto pueden evitar cuestiones problemáticas de Primera Enmienda. Más adelante, National City, California, impuso una muy restrictiva ordenanza de zonificación que fue refrendada por la Suprema Corte de California (Ragona, 1993).

En el año 2001, la ciudad de Spokane, Washington, adoptó una ordenanza de zonificación que prohibía que se situaran negocios de giro sexual a menos de 750 pies (22.5 Km.) de un parque público, biblioteca, escuela, centro de cuidados diurnos, iglesia, hogar, edificio de departamentos o granja. Al mismo tiempo, la ciudad estableció zonas en que se podían localizar tales negocios y le dio un año a los negocios que no cumplieran con la ordenanza para reubicarse en tales zonas. World Wide Video, dueños de un negocio adulto en Spokane, eligió no reubicar sus tiendas, fallando en el cumplimiento de la ordenanza, y estableció una demanda que la impugnaba. World Wide sostenía que la Ciudad no había probado que los negocios de giro sexual afectaran a la comunidad de manera negativa y discutió que un año no era un periodo razonable para que reubicara o cambiara sus puntos de venta. En el 2004, el 9o. Tribunal de Circuito de Apelaciones refrendó la ordenanza (*World Wide Video v. City of Spokane*, CV-02-00074-AAM, 27 de mayo, 2004). El tribunal decidió que no era necesario que la Ciudad llevara a cabo investigaciones para probar la existencia de los efectos negativos. Una refutación provocativa al uso de las ordenanzas de zonificación es en el sentido de que su efecto es separar y distanciar a las mujeres de clase media y alta de la pornografía, a fin de que puedan ignorarla con facilidad (Lasker, 2002). Al mismo tiempo, es frecuente que la zonificación ocasione que los negocios de giro sexual se localicen cerca de comunidades de clases bajas y minoritarias, forzando a sus residentes a enfrentarse a ellos de manera cotidiana; además, esto previene que las mujeres de clase media y alta se involucren en discursos pornográficos y que reten los estereotipos que contienen.

La Suprema Corte no ha abandonado la prueba de “estándares comunitarios”, pero parece probable que se sigan haciendo intentos por reducir o eliminar la disponibilidad de lo que algunos consideran como pornografía dañina. La complejidad de los asuntos legales y el continuo debate acerca de lo que es apropiado que lean y vean los estadounidenses indudablemente hará

que durante un buen tiempo siga siendo controversial la cuestión de la pornografía, la obscenidad y la erótica. Aunque es difícil definir la obscenidad, los tribunales han dictaminado de manera consistente que los estados y comunidades locales tienen el derecho de reglamentar el comportamiento público y la expresión artística pública (Leonard, 1993).

La polémica actual acerca de la pornografía se centra en la red. En el capítulo 18 describimos los diversos bienes y servicios de giro sexual que están disponibles en línea a cualquiera que tenga una computadora y acceso a la red. En el pasado, un usuario potencial de libros, fotografías, videos o CDs de clasificación X tenía que adquirirlos a través de una tienda de menudeo o de una empresa de pedidos por correo. Estos negocios, al menos en teoría, podían controlar quiénes compraban sus productos. De manera específica, podían pedir pruebas de la mayoría de edad, con lo que se prevenía que los menores tuvieran acceso a este tipo de materiales. En la red, nadie sirve de guardián ni controla el acceso a estos productos.

Las leyes existentes que gobiernan la producción, distribución, venta y posesión de pornografía infantil se aplican a la red y, de hecho, algunas agencias judiciales sí buscan y arrestan a los infractores. Los materiales que presentan a personas mayores a los 18 años de edad son más problemáticos. Aun cuando los sitios de la red piden que los usuarios indiquen que tienen 18 años o más a fin de obtener acceso, no hay manera práctica de imponer esta restricción. Una vez que el usuario obtiene acceso, muchos sitios de la red proporcionan vistas gratuitas de fotografías e historias pornográficas. En respuesta a esta situación, en 1996 el Congreso de Estados Unidos pasó la Communications Decency Act (Ley de Decencia en Comunicaciones), la cual hizo que fuese ilegal distribuir “materiales indecentes” a los que podría tener acceso un menor, por medio de la red. De inmediato, varios grupos impugnaron la constitucionalidad de la ley, afirmando que violaba los derechos del individuo bajo la Primera Enmienda. En 1997, la Suprema Corte declaró que la ley era inconstitucional.

En un nuevo esfuerzo, el Congreso aprobó la Children’s Online Privacy Act (Ley de Protección de la Privacidad Infantil en Línea) en 1998. Declaraba que era delictiva cualquier comunicación para propósitos comerciales vía la red si “incluía cualquier material que fuese dañino para los menores” (47 U.S.C. 231). Una coalición de grupos impugnó la ley de manera exitosa cuando la Suprema Corte la declaró inconstitucional, por un voto de 6 a 3, en el 2002 (*Ashcroft v. Free Speech Coalition*, 00-795). La opinión mayoritaria declaró que la ley era demasiado amplia y afirmó que resultaría en la prohibición de imágenes que no son obscenas según la definición de la Corte.

Al menos tres estados han aprobado leyes que prohíben que cualquier trabajador del estado —incluyendo a aquellos que hacen docencia e investigación en sexualidad humana— utilice las computadoras del gobierno para acceder a materiales sexualmente expli-

tos. Diversas corporaciones y distritos escolares han adoptado políticas similares.

La controversia acerca de la libertad reproductiva

Una controversia aún más enardecida se puede encontrar en relación al tema del aborto. Aunque el fallo de la Suprema Corte en el caso *Roe* fue bastante claro, ha estado bajo ataque continuo desde que se dio a conocer en 1973. La oposición proviene de una amplia coalición de grupos antiaborto que prefieren llamarse *provida*, e incluye a la Iglesia Católica Romana, a los protestantes evangélicos, a diversas organizaciones de la “nueva derecha” y al partido Republicano de Estados Unidos. La controversia se ha llevado a cabo en elecciones recientes, en los tribunales, en las legislaturas estatales y en el Congreso. El movimiento *provida* está bien organizado y financiado, y ha probado tener un poder efectivo de cabildeo que ha sido instrumental en el fracaso de diversos legisladores que no han apoyado la causa antiaborto. Aquellos que buscan defender los derechos de las mujeres a los abortos legales, que se denominan *proelección*, también se han organizado y han sido eficientes. En las décadas de 1980 y 1990, el movimiento *provida* ha utilizado cinco estrategias básicas para eliminar o reducir los abortos: (1) restricciones de financiamiento; (2) consentimiento parental, notificación conyugal y requisitos procesales; (3) la Enmienda de la Vida Humana; (4) una prohibición de abortos de parto parcial, y (5) acciones disruptivas contra prestadores de servicios de aborto.

El ejemplo más notable de las restricciones de financiamiento es la enmienda Hyde, que cada año propone el Congresista Henry Hyde (sin relación familiar alguna con la coautora del presente texto). Ésta es un anexo a los proyectos de ley de asignación presupuestaria que prohíbe que se expidan recursos federales para abortos bajo la mayoría de las circunstancias. Esta restricción se ha aplicado en varios años a los departamentos de Salud y Servicios Humanos, de Defensa, de Justicia y de la Tesorería (Wilcox *et al.*, 1998). En 1980, este enfoque se dictaminó como constitucional en el caso de *Harris v. McRae* (440 U.S. 297, 1980) y, en consecuencia, se les ha negado este medio de obtener abortos a las mujeres de escasos recursos (Milbauer, 1983). Diversos estados han introducido restricciones similares sobre los recursos estatales que se han utilizado para compensar por la ausencia de financiamiento federal para los abortos. Otra estrategia implica las regulaciones que se encuentran en el Décimo Título de la Public Health Act (Ley de Salud Pública), las cuales le niegan fondos a las organizaciones tales como agencias de planificación familiar que refieren a pacientes para abortos y que conceden fondos a las organizaciones que se oponen al aborto (Paul y Klassel, 1987).

La segunda estrategia para hacer que sea más difícil obtener abortos ha sido restringirlos mediante el requisito del *consentimiento parental* para que una menor de

edad pueda obtener un aborto o de la *notificación* del esposo de una mujer casada que busca abortar. En el caso de 1992 de *Planned Parenthood v. Casey* (112 S. Ct. 2791, 120 L. Ed. 674), la Suprema Corte dictaminó que los estados podían requerir el consentimiento parental para muchachas solteras menores de 18 años que buscaran abortar. Sin embargo, denegó el requisito de que una mujer casada tuviera que notificar a su marido.

Otro esfuerzo de restringir el aborto mediante hacerlo más difícil o desagradable es pedir que se proporcione cierta información a las mujeres que buscan abortar; por ejemplo, que se les informe del desarrollo del feto o de las consecuencias médicas o psicológicas del aborto. Algunas leyes de este tipo han especificado información que es razonablemente precisa en términos científicos, mientras que otras especifican información que es propagandística y que tiene poca fundamentación científica. En 1983, la Suprema Corte impugnó una ordenanza de Akron, Ohio, que requería información de la variedad propagandística (Fox, 1983). Sin embargo, en la decisión de la Suprema Corte en el caso de *Planned Parenthood v. Casey*, se refrendó el requisito de Pennsylvania de que se les informara a las mujeres que buscaban abortar acerca del desarrollo fetal durante los tres trimestres del embarazo y de la posible viabilidad de los fetos durante el tercer trimestre.

El debilitamiento del reconocimiento de la mayoría en la Suprema Corte en cuanto al derecho de la mujer al aborto se evidenció en la importante decisión de 1989 en el caso *Webster v. Reproductive Health Services*. El caso se refería a una ley de Missouri que a) prohibía que los empleados estatales asistieran en abortos y prohibía que se llevaran a cabo abortos en hospitales estatales y b) prohibía el aborto de fetos "viables". La Corte refrendó la ley de Missouri. Así, en esencia, declaró que los estados pueden promulgar cierto tipo de leyes que regulan al aborto. Por ejemplo, los estados pueden solicitar que los médicos lleven a cabo una prueba de viabilidad si se sospecha que la mujer tiene 20 semanas de embarazo o más y puede hacer que el aborto sea ilegal si las pruebas muestran que el feto podría sobrevivir (estas pruebas no tienen una precisión del 100 por ciento). De manera irónica, los abortos de fetos genéticamente defectuosos podrían prevenirse por medio de esta ley ya que la amniocentesis no arroja resultados sino hasta la decimotercera o decimonovena semana de gestación. Sin embargo, el efecto más amplio del fallo de la Corte es volver a arrojar la papa caliente a las legislaturas de los estados.

Para el año de 1992, la composición de la Suprema Corte había cambiado a una mayoría de conservadores como resultado de los nombramientos llevados a cabo durante las administraciones de los Presidentes Ronald Reagan y George H. W. Bush. Como ya se mencionó, el caso *Planned Parenthood v. Casey* se refería a una ley de Pennsylvania que colocaba muchos obstáculos procesales frente a una mujer que buscara abortar. Se le tenía que dar información acerca del desarrollo fetal y después tenía que esperar 24 horas

antes de que se pudiera realizar el aborto. Las muchachas solteras de menos de 18 años de edad tenían que obtener el consentimiento de al menos uno de sus padres, o bien un juez estatal tenía que dictaminar que tenían la madurez suficiente como para tomar la decisión (llamado *libramiento judicial*). Las mujeres casadas tenían que notificar a sus esposos antes de obtener un aborto. La decisión de la Corte fue compleja. No denegó *Roe v. Wade*, como muchos habían esperado. En lugar de ello, reafirmó el derecho constitucional de las mujeres al aborto antes de que el feto fuese viable. Por otra parte, refrendó todas las restricciones de la ley de Pennsylvania a excepción de la que requería que las mujeres casadas notificaran a sus maridos. De nuevo, la Corte estaba dictaminando que los estados podían aprobar leyes que colocaran restricciones sobre el aborto, aun cuando el aborto en sí no se pudiera prohibir y las leyes no pudieran colocar "cargas indebidas" sobre una mujer que buscara abortar.

Entonces, en resumen, *Roe v. Wade* despenalizó el aborto y declaró que los estados no podían establecer restricciones para tener acceso a los abortos de primer trimestre. Desde entonces, dos fallos han limitado *Roe v. Wade* sin derogarlo por completo. En *Webster v. Reproductive Health Services* (1989), la corte afirmó que los estados podían restringir el aborto de ciertas maneras, a saber, por medio de prohibirlo en hospitales estatales y por medio de la proscripción del aborto de fetos viables. En *Planned Parenthood v. Casey* (1992) la Corte nuevamente refrendó una ley estatal que colocaba restricciones sobre el aborto al implicar el consentimiento parental, la información y un periodo de espera. Sin embargo, solicitar que la mujer informara a su marido era ir demasiado lejos, según el fallo, que decía que las leyes no podían colocar una carga indebida sobre la mujer que buscara abortar.

Una tercera estrategia que han utilizado los oponentes del aborto ha sido abogar por la Enmienda de la Vida Humana a la Constitución, la cual prohibiría todo tipo de aborto. Esta enmienda o legislación similar se han introducido en cada sesión del Congreso desde 1983, pero no se han hecho esfuerzos serios por someterlas a votación (Wilcox *et al.*, 1998).

Una cuarta estrategia para reducir el acceso al aborto ha sido un esfuerzo continuo por prohibir los abortos de parto parcial, u otros procedimientos ampliamente definidos. El aborto de parto parcial no es un procedimiento médico reconocido; algunos proyectos de ley que intentan prohibirlo no han incluido una descripción de lo que se prohíbe, mientras que otros proporcionan sólo una vaga descripción. La falta de especificidad de estos proyectos de ley hace que surja la preocupación de que la intención de quienes los apoyan es que se promulgue la ley y después utilizarla para prohibir un amplio rango de procedimientos. Entre 1995 y 2004, 31 estados promulgaron leyes que prohíben los procedimientos de abortos de parto parcial (American Civil Liberties Union, 2004). En 18 de estos estados, se han impugnado estas leyes y se les ha declarado como

inconstitucionales; en 8 estados no se ha hecho impugnación a las leyes (Alan Guttmacher Institute, 2004b). Dentro de las leyes de cuatro estados, los procedimientos prohibidos se definen de manera estrecha, permiten excepciones y se han considerado constitucionales. El ascenso de George W. Bush a la presidencia en el 2001, y el control Republicano del Congreso permitió que se aprobara una proscripción federal sobre el aborto de parto parcial en el 2003. Planned Parenthood of America (Planificación Familiar de Estados Unidos) inmediatamente impugnó la Partial Birth Abortion Ban Act (Ley de Prohibición del Aborto de Parto Parcial) en los tribunales federales y en junio del 2004, un juez federal dictaminó que la ley era inconstitucional (*Planned Parenthood Federation of America v. Ashcroft*, 03-8695 RCC). El juez dictaminó que el lenguaje era tan vago que se podía utilizar para prohibir todo o casi todo tipo de aborto. En una medida aparentemente relacionada, a principios del 2004 el Procurador General de Justicia John Ashcroft emplazó los registros confidenciales de cientos de mujeres que habían obtenido servicios médicos por parte de Planned Parenthood. El fallo de un tribunal federal aplastó este esfuerzo en abril del 2004.

Una quinta estrategia adoptada por los miembros de Operation Rescue (Operación Rescate) y otros activistas provida implica la disrupción, tal como hacer demostraciones y participar en actos de desobediencia civil fuera de clínicas de aborto, instalaciones de Planificación Familiar o los hogares de médicos que llevan a cabo los abortos. Algunos individuos, incluyendo a los miembros de Defensive Action (Acción Defensiva) y de Army of God (Ejército de Dios), han incurrido en incendios dolosos o han puesto bombas en las clínicas donde se realizan abortos. Army of God ha publicado un manual acerca de cómo llevar a cabo protestas violentas. En respuesta a estos incidentes, en 1994 el Congreso estadounidense promulgó la Freedom of Access to Clinic Entrances Act (Ley de Libertad de Acceso a Entradas de Clínicas). Esta ley hace que sea un delito federal el utilizar violencia o la amenaza de violencia para obstaculizar el acceso a un proveedor de servicios reproductivos. En octubre de 1995, la Suprema Corte dictaminó que la ley es constitucional.

Los incidentes de violencia en contra de las clínicas de aborto y los prestadores de ese servicio —por ejemplo, asesinatos, bombas, incendios dolosos, invasión y vandalismo— llegaron a un clímax en el 2001, con 795 actos a lo largo de Estados Unidos y Canadá. El número de estos incidentes descendió a 143 en el año 2003 (National Abortion Federation, 2004). En parte, el descenso se debió al vigoroso enjuiciamiento y a las largas sentencias que se impusieron a los perpetradores de tales actos. En marzo del 2003, James Charles Kopp fue acusado del asesinato del Dr. Barnett Slepian (un médico que realizaba abortos) en octubre de 1998; la sentencia de Kopp fue de 25 años a cadena perpetua. Por otra parte, los incidentes disruptivos —por ejemplo, correspondencia de odio, acoso por la red/correo

electrónico, amenazas de bomba y demostraciones— alcanzaron su nivel más elevado en el 2003, con 11 880 incidentes. Aunque pequeños, los grupos de demostradores ocasionalmente tienen éxito en el bloqueo de los accesos a las clínicas mediante obstaculizar las entradas y los accesos automovilísticos de manera física.

Grupos étnicos y leyes sexuales

Aun cuando la Constitución de Estados Unidos promete la igualdad de protección a las personas de toda raza, en la práctica la gente de color y las personas de bajos ingresos frecuentemente se encuentran en una posición desventajosa, y esto sigue siendo cierto en el área de sexualidad al igual que en otras. Aquí, consideraremos el aborto como ejemplo (Nsiah-Jefferson, 1989; Roberts, 1993).

Existe poca información acerca de las necesidades de aborto o reproductivas de las mujeres de color. Hasta 1990, las estadísticas de aborto sólo se publicaban para dos categorías de mujeres estadounidenses: blancas y negras. Ahora se encuentran disponibles datos acerca de mujeres hispanas, pero no acerca de mujeres nativas estadounidenses y de mujeres asiáticoestadounidenses. Dadas las diferentes herencias culturales de estos grupos étnicos, es indudable que el aborto tiene significados distintos para las mujeres pertenecientes a estos grupos, pero no contamos con los datos específicos.

Aunque durante décadas las mujeres blancas han tenido cierto control sobre su reproductividad, para muchas mujeres de color, éste es un nuevo paso. Pueden sentir recelo a causa del historial de experiencias negativas que han tenido las mujeres de color en esta área, tal como el trabajo experimental que se realizó al introducir la píldora anticonceptiva y que se llevó a cabo con mujeres pobres de Puerto Rico. Por lo tanto, las mujeres de color necesitan tener mucho más acceso a la información y a la educación, y es indispensable que esta información sea sensible a su herencia cultural.

Las mujeres de color están en mayores probabilidades de abortar que las mujeres blancas. De los abortos informados que se llevaron a cabo en el año 2000, 39.4 fueron para mujeres blancas (que constituyen el 69 por ciento de la población de mujeres), 36.3 para mujeres negras (7.4 por ciento de la población) y 17.2 para mujeres hispanas (8.1 por ciento; Centers for Disease Control and Prevention, 2003). Un porcentaje significativamente mayor de mujeres de color obtiene abortos después del primer trimestre que las mujeres blancas. Los datos indican que el 8.9 por ciento de todos los abortos obtenidos por mujeres blancas se llevaron a cabo después del primer trimestre (es decir, 91.1 por ciento se llevaron a cabo durante el primer trimestre). En comparación, el 13.7 de todos los abortos obtenidos por mujeres negras y el 12.4 de todos los abortos de mujeres hispanas se llevaron a cabo después del primer trimestre.

Parece claro que la Enmienda Hyde, que prohíbe el uso de los recursos federales de Medicaid (institución

Figura 22.8 Es importante que las mujeres de color tengan el mismo acceso al aborto que las mujeres blancas de clase media.



gubernamental para el pago de cuidados médicos) para pagar abortos para mujeres de bajos ingresos, es un factor crucial en estas diferencias. Las mujeres de color, que tienen una representación desproporcionada en el grupo de menores ingresos, con frecuencia deben pasar largo tiempo juntando los fondos necesarios para obtener un aborto debido a que se les niega el Medicaid, y este proceso de juntar fondos retrasa el aborto hasta el segundo trimestre.

En algunos casos, es posible que las mujeres de color tengan un acceso significativamente menor al aborto (Nsiah-Jefferson, 1989). Por ejemplo, las mujeres nativas estadounidenses que viven en reservaciones tienen negados los recursos federales para abortar y, para colmo de males, ningún hospital o clínica del Servicio de Salud Indígena puede llevar a cabo un aborto aun cuando se pague con fondos privados. Por tanto, las mujeres nativas estadounidenses pueden estar literalmente a cientos de millas de distancia del acceso a un aborto.

El número de prestadores de servicios de aborto en Estados Unidos ha ido disminuyendo paulatinamente

desde 1982 (Henshaw y Van Vort, 1994). Ochenta y seis por ciento de los condados de Estados Unidos no tienen un prestador conocido y el 31 por ciento de las áreas metropolitanas no cuentan con un prestador (Henshaw y Finer, 2003). Esto significa que, para millones de mujeres, el acceso al aborto requiere de viajar a otra ciudad, condado o estado. Las mujeres de bajos recursos, que son mujeres de color de manera desproporcionada, tienen menos probabilidades de poder costear estos viajes.

El aborto es sólo un ejemplo de las maneras en que las personas de color se encuentran en desventaja bajo el sistema presente de leyes sexuales. Este ejemplo ilustra de manera clara que los esfuerzos por reformar las leyes sexuales necesitan incluir una consideración acerca del impacto que estas leyes puedan tener sobre las personas de color.

El sexo y la ley en el futuro

Nada parece más riesgoso que tratar de predecir con cualquier grado de confianza la manera en que las perspectivas sociales acerca del sexo y en que las leyes que expresan esos puntos de vista se desarrollarán y cambiarán. Así, cualquier mirada hacia el futuro es, en el mejor de los casos, una conjetura acerca de lo que podría suceder basada en lo que ya ha sucedido. Los sucesos imprevistos tienen una manera de alterar nuestros cálculos y de introducir variables novedosas a la situación. Por ejemplo, en 1978, la primera edición del presente texto predijo que la reforma de las leyes sexuales continuaría como lo había estado haciendo en la década de 1970, con la extensión del derecho a la privacidad y el amplio uso del argumento del crimen sin víctimas para la despenalización de diversas prácticas sexuales. La elección de 1980 en la que Reagan se convirtió en Presidente de Estados Unidos, el surgimiento de la Nueva Derecha y el atractivo cada vez mayor de su “agenda social” hicieron que la profecía fuese errada. Del mismo modo, la tercera edición (1986) se escribió sin tomar en cuenta los complejos asuntos legales que planteaban el SIDA y las nuevas tecnologías reproductivas. Ahora, a medida que nos concentremos en las siguientes cuestiones, haría usted bien en especular qué necesitaremos incluir en la siguiente edición.

Reforma de las leyes sexuales y oposición

Al momento en que escribimos la presente obra, parecería que el movimiento hacia las leyes sexuales más permisivas, que con seguridad tuvo sus raíces en el movimiento de los derechos civiles, la revolución sexual y el feminismo, ha alcanzado virtualmente todos los logros que probablemente pueda obtener por el momento. En esencia, la despenalización de delitos sexuales se detuvo para el año 1980. Se han utilizado nuevas estrategias para combatir la pornografía, y algunas de ellas han tenido éxito. En apariencia, la Nueva Derecha y sus

Tema central 22.3

El SIDA y la ley

La propagación del SIDA (véase el capítulo 20) ha creado algunas cuestiones legales provocadoras. Ninguna de las elecciones a las que se enfrentan jueces y legisladores es fácil. Cualquier reflexión acerca del SIDA y de la ley debe tomar en cuenta dos factores, ambos de los cuales hacen que el tema se vuelva más complejo y emotivo. En primer lugar, el SIDA, tanto en sentido estadístico como popular, se identifica como perteneciente a personas ajenas por las que se siente desagrado, temor y contra quienes se discrimina: varones gay y usuarios de drogas intravenosas. Segundo, al momento de la elaboración de la presente obra, no existe vacuna o cura contra el SIDA. Esta combinación de factores ha conducido a que algunos comentaristas escriban acerca de ambas epidemias: la epidemia social del temor al SIDA y la epidemia médica de la enfermedad.

La existencia de ambas epidemias hace que el acto de equilibrio legal sea aún más difícil. El Gobierno tiene dos responsabilidades importantes en cuanto a la infección por VIH y hacia aquellos que la padecen. Por una parte, el estado está obligado a proteger los derechos individuales y a defender a sus ciudadanos contra la discriminación y la injusticia. Por otra parte, está igualmente obligado a proteger la salud y bienestar de la población. El SIDA es un caso trágico en el que estas dos obligaciones se encuentran en grave conflicto. Ésta puede ser la razón por la que el gobierno federal de Estados Unidos ha fracasado en desarrollar planes amplios para la investigación y tratamiento del VIH y el SIDA. Es difícil predecir la manera en que el gobierno resolverá esta tensión, aunque la historia sugiere que es más probable que enfatice el bienestar general que los derechos individuales, especialmente en vista de la epidemia de temor.

Hay una significativa cantidad de derecho jurisprudencial, gran parte del cual surgió a principios del siglo XX, cuando las ciudades se vieron asoladas por epidemias de tuberculosis y de otras enfermedades infecciosas, que afirma el derecho y responsabilidad del estado a proteger a la población. Como lo señala un experto: “De manera tradicional, los tribunales han cedido ante las autoridades de salud pública en su esfuerzo por controlar epidemias, aun cuando estos esfuerzos han atentado contra los derechos constitucionales de ciudadanos individuales” (Nanula, 1987, p. 330). Las medidas aprobadas incluyen el informar de casos a las autoridades sanitarias locales, programas de vacunaciones masivas, cuarentenas y otras restricciones impuestas sobre portadores conocidos o sospechosos de la enfermedad. Al mismo tiempo, las autoridades sanitarias deben demostrar que cualquier medida está directamente dirigida a la enfermedad en cuestión y que no es arbitraria, caprichosa u opresiva (Lazzo y McElgunn, 1986).

Se ha suscitado un gran debate en cuanto a los análisis obligatorios de ciertas poblaciones. Los análisis identifican a las personas infectadas y son la vía de entrada al tratamiento. Hasta este momento, los análisis son legalmente obligatorios para todo recluta militar, para los que ingresan al Job Corps (Cuerpo de Empleos; agencia federal de colocaciones), para inmigrantes potenciales y,

en algunos estados, para los reos. Ninguno de estos requisitos se ha invalidado en los tribunales. Existen propuestas para someter a análisis a otros grupos de alto riesgo, tales como personas con ITS o toda mujer embarazada. La cuestión es especialmente importante en el caso de las mujeres embarazadas ya que el bebé de una mujer VIH positiva tiene un 33 por ciento de probabilidades de nacer con la infección. Hoy en día existe un régimen de tratamiento que, si se inicia con la suficiente prontitud durante el embarazo, reduce el riesgo del lactante en dos terceras partes. Sin embargo, algunos temen que los análisis obligatorios generalizados —por ejemplo, de toda mujer fértil o de toda persona que busque tratamiento para otra ITS— sólo servirá para alejar a aquellos que más necesitan de los análisis y del tratamiento, o que los impulsará a ocultarse (Nanula, 1987).

Las autoridades sanitarias de algunas ciudades han cerrado los baños y bares gay donde se informaba que estaban ocurriendo actividades sexuales. Algunas de estas clausuras han sido muy impopulares dentro de la comunidad gay. Muchas otras medidas sanitarias tradicionales, tales como análisis masivos en sitios públicos y la cuarentena de personas infectadas resultan cuestionables debido al número de personas que se piensa están infectadas (1 a 2 millones dentro de Estados Unidos) y por las maneras relativamente restringidas en que se transmite el virus.

La protección de los derechos individuales plantea un problema espinoso. El tener SIDA, o incluso que se piense que se tiene la enfermedad, ha ocasionado que muchos individuos sean despedidos de sus empleos, que muchos padres divorciados pierdan la patria potestad o los derechos de visita, que las personas pierdan la cobertura de sus seguros o incluso que se les prive de atención médica y que a los niños se les prohíba asistir a la escuela; estas personas también han sufrido todo tipo de acoso informal y discriminación. Sin embargo, los reglamentos federales, las leyes de algunos estados y las ordenanzas de ciertos condados y municipios prohíben la discriminación en contra de aquellos que tienen o que se piensa que tienen SIDA.

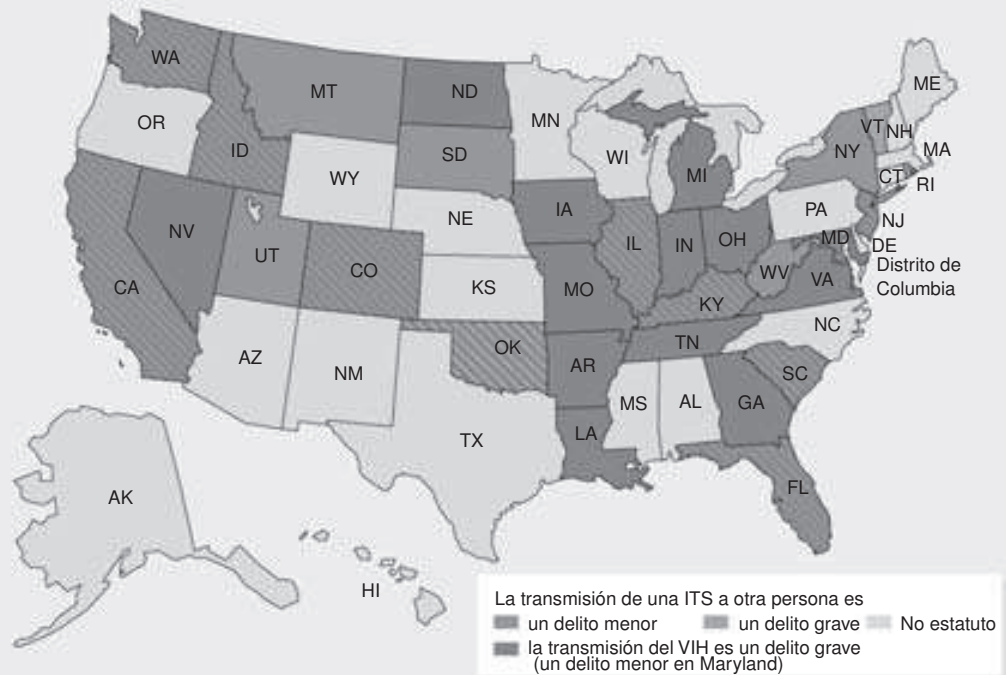
Una cuestión importante relacionada con el SIDA es la confidencialidad de los resultados de análisis y de los registros médicos. La mayoría de los estados han promulgado leyes que protegen la confidencialidad de los registros de análisis de anticuerpos. Las personas que resultan positivas tienen un temor razonable a perder sus empleos y algunas aseguradoras han hecho esfuerzos por tratar de encontrar maneras de negarle cobertura a individuos que se piensa son portadores del virus, e incluso a personas que pertenecen a grupos de alto riesgo (Schatz, 1987). Algunos estudiosos legales discuten que el derecho constitucional a la privacidad debería brindarles protección a los individuos infectados con VIH. Aún así, los resultados positivos se deben revelar a los prestadores de cuidados médicos a fin de que puedan proporcionar el tratamiento adecuado. En la mitad de los estados de la Unión Americana, es a discreción del médico el informarle

a las parejas sexuales de una persona que el individuo resultó positivo para VIH (Burris, 1993). Este rastreo de contactos y notificación a parejas han sido importantes herramientas sanitarias para el manejo de otras ITS. Las leyes en los 50 estados de la Unión Americana requieren que los nombres de las personas con SIDA se informen a las autoridades sanitarias locales o estatales (HIV Clapp, 2004).

Los individuos que experimenten discriminación a causa de ser VIH positivos o por padecer SIDA pueden buscar protección bajo diversas leyes federales. La Vocational Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación Vocacional) de 1973 (29 U.S.C.S., 701, *et seq*) prohíbe la discriminación en contra de personas discapacitadas en el empleo, en el transporte y en el acceso a servicios públicos y de salud. La Fair Housing Act (Ley de Vivienda Justa) de 1988 (42 U.S.C.S., 3601, *et seq*) prohíbe la discriminación en prácticas de vivienda en contra de individuos discapacitados y sus familias. La Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses Discapacitados) de 1990 (42 U.S.C.S., 12101, *et seq*) prohíbe la discriminación en el empleo y en sitios de alojamiento público con base en la discapacidad. En junio de 1998, la Suprema Corte de Estados Unidos dictaminó que el VIH es una discapacidad cubierta por estos estatutos, aun si la persona es asintomática.

Las leyes de los 50 estados que gobiernan la transmisión del VIH se ilustran en la figura 22.9. Una búsqueda exhaustiva realizada por la HIV Criminal Law (Ley Criminal del VIH) y el Public Policy Project (Proyecto de Política Pública) para el periodo 1986-2001 identificó 316 casos en que se enjuició a una persona a causa de la transmisión del VIH. El número de enjuiciamientos llegó a su punto máximo en 1998-1999 con más de 50. Cerca de 25 por ciento de los casos implicó la exposición por vía del sexo consensual en el que la persona infectada no le informó a su pareja de su estatus VIH. Por ejemplo, en Tennessee, Pamela Wiser, de 30 años de edad, fue arrestada por sostener relaciones sexuales desprotegidas con varones sin informarles que era VIH positiva. De manera inicial, afirmó que había tenido sexo sin protección con 50 varones, pero más adelante dijo que la cantidad era sólo de 5. A la larga, se le acusó de 22 cargos de exposición criminal al VIH, un delito grave bajo las leyes del estado. Se le declaró culpable y se le sentenció a 26 1/2 años en prisión. Apeló, afirmando que la sentencia no se relacionaba de manera razonable con la gravedad de sus delitos. El tribunal de apelaciones ratificó su sentencia (*State of Tennessee v. Pamela Denise Wiser*, M1999-02500-CCA-R3-CD, 2000).

Figura 22.9 Leyes estatales que gobiernan la transmisión de la enfermedad.



Fuente: Posner y Silbaugh (1996); HIV CLAPP (2004).

En un estudio cualitativo, un tercio de los varones gay informaron que habían mentado acerca de su estatus (Klitzman y Bayer, 2003); es frecuente que las personas teman que se les rechazará o incluso que se les atacará si revelan su estatus. Retornando a los datos acerca de enjuiciamientos, 70 por ciento de los casos involucraron escupir, morder o arañar con la intención de transmitir el VIH. Se determinó el resultado de 228 de los 316 casos; en más del 80 por ciento, se declaró culpable al acusado o recibió una sentencia aumentada por un acto delictivo relacionado.

A futuro, las legislaturas y los tribunales lucharán por resolver una multitud de preguntas, incluyendo ¿quién tiene el derecho a saber que una persona ha resultado positiva para VIH? ¿Deberían existir registros de personas infectadas y quiénes deberían tener acceso a tales registros? ¿Se debe responsabilizar legalmente a una persona si infecta a otra persona de manera intencional (o incluso, sin intención)? ¿Quién pagará los enormes costos de esta enfermedad? ¿Cómo se deben equilibrar y proteger los derechos del público y del individuo?

Fuente: Burris (1993); Dalton (1993); Dalton y Burris (1987); Dennis (1993); HIV Clapp (2004); Nanula (1987); Schatz (1987).

aliados en el sector conservador evangélico de la comunidad religiosa le han arrebatado la iniciativa a aquellos que favorecen las leyes sexuales menos restrictivas. Ahora, estos últimos se encuentran tratando de defender y preservar las ganancias ya obtenidas en lugar de extenderlas. Bajo la presidencia de George W. Bush, el Congreso y las legislaturas estatales han promulgado leyes restrictivas en diversas áreas y sus oponentes se han visto forzados a impugnarlas dentro de los tribunales. Hasta el momento, las cortes han derrotado la mayoría de esta legislación.

Aun cuando la coalición profamilia no ha logrado todas sus metas con mucho, es cierto que ha detenido la reforma de las leyes sexuales y pueden estar en camino a revertirla. Sobre todo, el temor al SIDA (véase Tema central 22.3) puede ser la fuerza motivadora que subyace a las leyes cada vez más restrictivas que regulan la conducta sexual. Esto estaría muy de acuerdo con la tradición del sistema legal estadounidense, que siempre ha tendido a reflejar tanto los valores dominantes como los conflictos de su sociedad.

El reto legal de las nuevas tecnologías reproductivas

Están surgiendo cuestiones legales muy complejas a causa de la proliferación de técnicas que permiten que las personas que antes eran infértiles, y otros, tengan hijos. Estas técnicas incluyen la inseminación artificial, la fertilización *in vitro* (FIV), la maternidad sustituta, y los diversos tipos de fertilización y transferencia embrionaria.

Existen pocas leyes estatales relacionadas con el tema. Sin embargo, en todas las jurisdicciones, existen leyes que prohíben el tráfico infantil (“compra de bebés”); algunos discuten que estas leyes prohíben el uso de sustitutas. Veintisiete estados tienen leyes que regulan la inseminación artificial. Nueve estados tienen leyes que prohíben la clonación para propósitos reproductivos; cinco de estos estados también prohíben la clonación terapéutica y la clonación con propósitos de investigación (National Conference of State Legislatures, 2004). Existen pocos estándares federales. En marzo del 2004, el President’s Council on Bioethics (Consejo Presidencial de Bioética) emitió un informe cuya Conclusión General afirma que “**no existe un sistema uniforme, comprensivo y posible de hacer cumplir de recolección de datos, monitoreo o supervisión de las biotecnologías que afectan la reproducción humana** [énfasis en el original]. El sistema actual es una aglomeración de reglamentos federales, estatales y propias del profesional.” Un resultado de la carencia de un sistema como éste es un número de demandas contenciosas y ampliamente publicitadas. El hecho de que éstos casos son polémicos refleja las profundas emociones que algunas personas sienten acerca de la reproducción, en especial de aquellos que han luchado por sobreponerse a su infertilidad.

Una dificultad fundamental es que estas tecnologías conllevan una calidad muy pública a lo que siempre ha sido una de las actividades humanas más privadas, la concepción de los hijos. Algunas de ellas implican a una tercera persona —como donadores de esperma, óvulo, embrión o útero— en algo que había sido un asunto únicamente entre un varón y una mujer. Incluso la nomenclatura es compleja. En la presente sección adoptaremos la convención de designar como *progenitor(es)* a la(s) persona(s) que crían al niño y que aceptan responsabilidad legal por él o ella. Llamaremos *donadores* a aquellos que proporcionan algún aspecto necesario del proceso o *sustitutas* al caso especial de las mujeres en cuyas matrices se implanta el feto. En la ausencia de legislaciones claras o de derecho jurisprudencial, lo mejor que podremos hacer es señalar las cuestiones que surgen.

Tal vez la pregunta más importante es si existe o no el derecho fundamental a reproducirse (Strong, 1997). Si es que existe, es difícil argumentar en contra del uso de cualquier técnica apropiada que logre ese fin, incluyendo la participación de terceras personas, o lo que algunos denominan *concepción en colaboración*. Por otra parte, si no existe ese derecho fundamental, es posible que sea razonable limitar e, incluso, prohibir el uso de dichas tecnologías. Existe un derecho bien establecido a *no* concebir bajo el derecho a la privacidad. Un tribunal estatal de apelaciones de Washington, en un caso que involucraba la patria potestad de *pre-embryones*, dictaminó que no existe el derecho a la procreación, pero que sí existe el derecho a la no procreación.

En cercana relación, se encuentra la cuestión del estatus legal del embrión, ya que en diversas de estas técnicas la fertilización y la concepción se llevan a cabo fuera del útero. ¿El embrión es *persona* o *propiedad* (Cunningham, sf)? Aquellos que afirman que la vida inicia al momento de la concepción le darían estatus completo de persona y derechos legales al embrión a partir de la primera división celular. Algunos estados han promulgado leyes dirigidas a la protección del embrión. Por ejemplo, una ley de Louisiana especifica que un embrión, aun si se encuentra fuera del cuerpo de alguien, es una persona y no se debe destruir de manera intencional (Andrews, 1989). Al otro extremo se encuentran aquellos que consideran que el embrión es tan sólo un pedazo de tejido, del que se puede disponer a voluntad. Esta perspectiva no pone límite a las tecnologías reproductivas. Un enfoque moderado considera que el embrión es menos que una persona, pero más que sólo tejido y discute que se le debe tratar con el respeto que se le debe a la vida humana potencial. En apariencia, este enfoque conduciría a cierta regulación de las tecnologías reproductivas, sin llegar a la prohibición (Robertson, 1986). A esto también se relaciona la pregunta acerca de lo que se puede hacer a los embriones no implantados. El estatus del embrión —incluso dentro del vientre materno, y mucho menos fuera de él— ha sido una cuestión que la Suprema Corte ha evitado con-

siderar de manera explícita dentro de sus decisiones acerca del aborto.

Otro asunto complejo se encuentra en relación al parentesco, derechos parentales y responsabilidades. ¿Cuando un niño nace como resultado de estas técnicas, exactamente quiénes son sus progenitores? Un comentarista señala que pueden existir cinco de ellos: la donadora del óvulo, el donador del esperma, la donadora del útero durante parte o la totalidad de la gestación y la pareja que cría al niño (Shapiro, 1986, p. 54). Éste es un tema especialmente espinoso en el caso de una madre sustituta que ha donado su óvulo y su útero durante los nueve meses y a quien después se le pide que ceda al niño. ¿Los donadores tienen algún derecho legal a comunicarse con “sus” hijos después del parto?

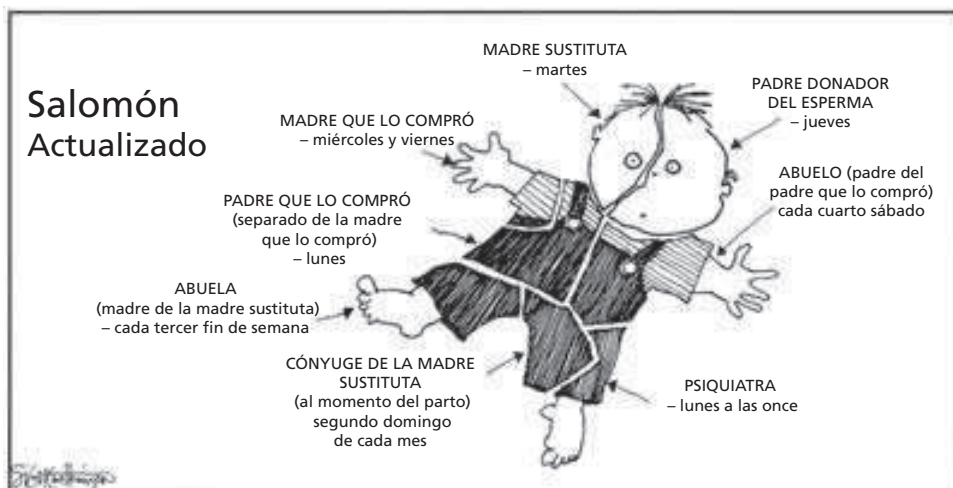
El uso de sustitutas y de los contratos de sustitución hace surgir cuestiones especialmente complejas, en especial si la mujer ha proporcionado no sólo su útero, sino también su óvulo. Un varón que dona su semen a un banco de esperma renuncia a cualquier derecho de tener contacto posterior con los niños que se pueden haber concebido; sin embargo, no se han establecido principios similares para las mujeres que donan sus óvulos o úteros. Algunos discuten que las leyes estatales en contra del tráfico infantil hacen que la sustitución, en especial si se hace a cambio de dinero, sea ilegal. Otros han expresado la preocupación de que comercializar la reproducción es inherentemente corrupto y que se debería prohibir ya que convierte a los niños en mercancía. Algunos están preocupados de que la sustitución puede conducir a la explotación de mujeres de bajos ingresos que “rentarán” sus matrices porque necesitan el dinero, a pesar de las posibles ten-

siones psicológicas y riesgos de salud de la maternidad sustituta (Andrews, 1989; O’Brien, 1986; Taub, 1987).

Si se adopta un punto de vista amplio, existen una serie de alternativas para los abordajes legales relacionados a la cuestión de la sustitución (Andrews, 1989). El más restrictivo es vedar todo contrato de sustitución a cambio de dinero, como lo hizo el estado de Michigan en 1988. Una segunda alternativa sería hacer que los tribunales escruten todos los contratos de sustitución para garantizar, por ejemplo, que no se ha coaccionado a la mujer. Algunas de las leyes propuestas requieren que un profesional de la salud mental entreviste a todos los participantes —a la sustituta, a la donadora del óvulo, al donador de esperma y a los progenitores potenciales de crianza— a fin de asegurarse de que realmente están dando su consentimiento informado. Otra alternativa, a fin de dirigirse a la preocupación de que se pueda estar explotando a la sustituta, es solicitar que las sustitutas cuenten con su propia representación legal cuando entran en el contrato. Algunas personas sugieren que todos los arreglos y contratos para la sustitución deberían estar bajo el manejo de agencias sin fines de lucro, como en el caso de las adopciones, a fin de desalentar la especulación. Otra posibilidad es declarar que la sustitución es un caso especial de adopción. Es decir, se trata a la sustituta como cualquier madre biológica que hace arreglos para poner a su hijo en adopción. Esto garantiza que tiene un periodo de cerca de seis semanas después del nacimiento para decidir si quiere quedarse con el bebé, y establece de manera clara a quién le pertenece dicho lactante.

Una última posibilidad, al otro extremo del espectro, es que el gobierno se escinda por completo de la situación, con base en que ésta es una cuestión privada

Figura 22.10 La ley aún no ha manejado las consecuencias de las nuevas tecnologías reproductivas de manera adecuada, como lo indica la siguiente caricatura.



Fuente: Signe Wilkinson, Solomon Updated. Reimpreso con permiso del Cartoonist and Writers Syndicate.

entre las partes involucradas. No consideramos que ésta sea una opción viable, ya que los casos de sustitución en disputa han estado llegando a los tribunales y el gobierno ya se encuentra implicado. Sería mucho mejor tener una legislación bien pensada acerca de esta cuestión que proporcionaría pautas y reduciría el número de dolorosos casos en disputa.

Por último, existe un sinfín de asuntos procesales que surgirán de manera inevitable si cualquiera de estas técnicas reproductivas se permite y regula de manera legal. ¿Cuáles serán los estándares de confiabilidad, en especial en cuanto a la identidad de los donadores no progenitores? Si algo sale mal durante alguno de estos procedimientos —y son riesgosos— ¿quién es legalmente responsable? ¿Quién tomará responsabilidad del niño defectuoso que nazca por medio de estas tecnologías? ¿Quién pagará los costos? ¿Las aseguradoras deben pagar por inseminaciones artificiales, FIV, transferencias embrionarias o incluso sustituciones? ¿Debería Medicaid cubrir estos gastos en el caso de personas pobres? Muchas más preguntas surgirán en el futuro.

Subyacentes a todas estas cuestiones se encuentran las siguientes preguntas de raíz: ¿Qué interés tiene el gobierno, si es que hay alguno, en la reproducción humana y cómo lo debería expresar? ¿Qué procedimientos se deben utilizar para incluir las preocupaciones de la sociedad en las leyes en caso de que se determine que éste no es un asunto estrictamente privado? Y, sobre todo, ¿quién debe decidir acerca de estas cuestiones? Las legislaturas y los tribunales han mostrado una fuerte falta de inclinación de adentrarse en este campo, pero la evasión no puede continuar siendo una estrategia viable durante mucho tiempo.⁴

En 1996, un grupo de científicos médicos y sociales y de estudiosos de la ley presentaron un informe a la Comisión Europea en el que se discutían muchas de estas cuestiones (Evans y Evans, 1996). El grupo estuvo

⁴ Para mayor información acerca de estas cuestiones, véase Cohen y Taub (1989); Mallory y Rich (1986); O'Brien (1986); Robertson (1986); Shapiro (1986); Taub (1987).

de acuerdo en que debía haber un umbral uniforme *mínimo* de leyes y reglamentos que gobernarán la procreación artificial. Los participantes alcanzaron un consenso en una diversidad de cuestiones, incluyendo las siguientes:

1. Los servicios de procreación artificial no deberían ser comerciales.
2. Se debería crear un sistema de licencias para garantizar la calidad de servicios clínicos que se ofrece al público.
3. Las clínicas deberían obtener directrices por adelantado de parte de los donadores en cuanto al uso y disposición de esperma, óvulos y embriones.
4. Todas las partes deben llegar a acuerdos de límite de tiempo por adelantado en cuanto a la criopreservación de gametos y embriones.
5. El acceso a los servicios debería estar disponible a toda pareja casada o en cohabitación.
6. Se deberían prohibir la clonación y las tecnologías relacionadas.

No se obtuvo un consenso en cuanto a un número de temas, incluyendo los siguientes:

1. Acceso a los servicios para mujeres solteras y lesbianas.
2. Criopreservación de embriones humanos.
3. Permitirle a los niños producidos por medio de reproducción asistida el acceso a la información acerca de su concepción y progenitura.
4. La aceptación de la experimentación con embriones humanos.

De manera ideal, las legislaturas y los creadores de políticas deberían utilizar este informe como base para la construcción del umbral mínimo que se describe en el informe. Por desgracia, nuestra encuesta de leyes en la presente sección y el Informe de la Comisión Presidencial indican que, hasta el momento, no lo han hecho.

RESUMEN

Son justificables las leyes que protegen a los adultos de la coerción, a los niños de la explotación sexual y al público de las conductas ofensivas. Sin embargo, muchas leyes contra el comportamiento sexual se originaron a partir de un deseo por promover la moralidad pública y perpetuar el sexismo, por lo que es difícil justificarlas.

Las leyes que gobiernan la conducta sexual incluyen leyes contra los delitos de explotación y fuerza (tales como la violación, el conocimiento carnal de un menor, y pederastia), contra diversos actos consensuales (como fornicación y adulterio), contra varones gay

y lesbianas, contra la ofensa a las buenas costumbres (exhibicionismo, voyeurismo, tentativa de corrupción, conductas contra la moral pública, lascivia y similares), contra conductas implicadas en la reproducción (anti-concepción y aborto) y contra el sexoservicio comercial delictivo (en especial prostitución y obscenidad). Con frecuencia, estas leyes se imponen de manera caprichosa y esta imposición desigual tiene elevados costos sociales que pueden requerir de reformas.

Se pueden discernir ciertas tendencias en la reforma de dichas leyes sexuales. El American Model Penal

Code incluyó propuestas para despenalizar la conducta sexual consensual. El principio legal que ha explicado gran parte de las acciones en tribunales para reformar las leyes contra la anticoncepción y el aborto es el derecho a la privacidad. El principio constitucional de igualdad de protección se ha utilizado para combatir la discriminación contra grupos que se identifican a causa de su conducta sexual, incluyendo a varones gay, lesbianas y sexoservidores comerciales. Un factor que ha influido a los legisladores es la despenalización de los crímenes sin víctimas; sin embargo, recientemente, los críticos han impugnado el argumento de que la prostitución y el adulterio no dañan a nadie. La cuestión de la pornografía y de la obscenidad, que incluye

problemas tales como la definición, valores sociales conflictivos y demostración real de los efectos, es con-fusa. La controversia más reciente se refiere a la disponibilidad de bienes y servicios de clasificación X en la red. El aborto sigue siendo una cuestión altamente volátil y polémica.

La reforma de las leyes sexuales se rezagó en la década de 1990 y a principios del siglo XXI en comparación con décadas anteriores y existe evidencia de un contragolpe conservador. En el futuro, la ley necesitará equilibrar los derechos individuales y el interés público cuando se refiere a cuestiones tales como el SIDA y las nuevas tecnologías reproductivas.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Averigüe qué tipos de leyes se relacionan con la actividad sexual en el sitio en el que vive o estudia. ¿Existe cualquier tipo de movimiento para cambiar tales leyes?
2. ¿Qué aspectos de la sexualidad humana cree usted que sea razonable que la ley reglamente?
3. ¿Cuál cree usted que sea la mejor manera de proteger a los niños del abuso y explotación sexuales?
4. Si usted fuese un legislador estatal, ¿qué tipos de leyes favorecería en cuanto al SIDA y a la maternidad sustituta?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

Burris, Scott, Dalton, Harlon L. y Miller, Judith (Eds.). (1993). *AIDS law today*. New Haven, CT: Yale University Press. Producido por el Proyecto Legal del SIDA de Yale, este excelente libro discute las cuestiones legales relacionadas con el SIDA.

Hunter, Nan, Michaelson, Sherryl y Stoddard, Thomas. (1992). *The rights of lesbians and gay men: The basic ACLU guide to a gay person's rights*. Carbondale, IL: Southern Illinois University. Preparado por la American Civil Liberties Union, esta guía cubre la mayoría de las leyes relevantes a varones gay y lesbianas.

Messer, Ellen y May, Kathryn E. (1988). *Back-rooms: Voices from the illegal abortion era*. Nueva York: St.

Martin's Press. Este libro se basa en entrevistas con 24 mujeres, todas las cuales tuvieron embarazos no deseados anteriores a *Roe v. Wade*. Las mujeres cuentan sus historias de abortos ilegales y de sus consecuencias. Es una lectura importante, en especial para aquellas personas que han crecido en la era del aborto legal.

Tribe, Laurence H. (1990). *Abortion: the clash of absolutes*. Nueva York: Norton. Tribe, un estudioso de la Constitución, analiza los argumentos de ambas partes en el debate acerca del aborto y explica por qué no se ha hecho progreso hacia un acuerdo en este tema.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.bigeye.com/sexeducation/law.html>
Vínculos de educación sexual: la ley y el sexo.

<http://www.ncsfreedom.org>
National Coalition for Sexual Freedom (Coalición Nacional para la Libertad Sexual).

<http://www.aclu.org>
American Civil Liberties Union; incluye información actualizada acerca de derechos reproductivos, orientación sexual, VIH/SIDA y censura.

<http://www.catalaw.com/topics/sexuality.shtml>
Catálogo de leyes acerca de la sexualidad.

<http://www.peacefire.org>
Sitio dedicado a prevenir los intentos por censurar la red.

C A P Í T U L O

23

Educación para la sexualidad

ELEMENTOS SOBRESALIENTES DEL CAPÍTULO

¿En el hogar, en la escuela o en otro sitio?

Propósitos de la educación para la sexualidad

Qué enseñar a diferentes edades

Conocimiento sexual de los niños

Intereses sexuales de los niños

Planes de estudio

Programas iniciales de educación sexual

Programas de sólo abstinencia

Política de la educación sexual

Educación sobre el riesgo de VIH y SIDA

Programas basados en teorías

Educación sexual en el salón de clases

Distribución de condones

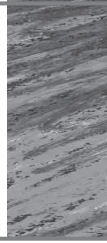
El maestro

Educación efectiva para la sexualidad

Educación sexual multicultural efectiva

Provengo de una familia donde he aprendido sobre el sexo por mis amigos. Mi madre no me lo mencionó. Y todavía no sé de qué se trata la mayoría de los asuntos relacionados con el sexo y el amor. De modo que quisiera saber porque sólo tengo 14 años de edad. Y he visto que mis amigas quedan embarazadas. Quisiera saber de qué se trata todo eso.*

—Julie, 14 años, Carolina del Sur



*Bajado de www.ecl.udel.edu/~eckman/mail/mail/00746.

Los niños tienen curiosidad acerca del sexo, al igual que la mayoría de los adolescentes y muchos adultos. Eso es perfectamente bueno y normal y tal curiosidad motiva a los niños a aprender. El único problema es que, con frecuencia, los adultos no saben qué hacer al respecto. Este capítulo se ocupa de la **educación para la sexualidad**, el proceso perpetuo de adquirir información sobre el comportamiento sexual y para formar actitudes, creencias y valores sobre la identidad, las relaciones y la intimidad (SIECUS, 1991). La educación sexual puede ocurrir en muchos entornos: el hogar, la escuela, la iglesia o sinagoga, los programas juveniles, relaciones o a través de la información que se encuentra en la Internet.

¿En el hogar, en la escuela o en otro sitio?

Cuando los padres de niños y adolescentes se reúnen para instar al sistema escolar a adoptar un programa de educación sexual, invariablemente algunos ciudadanos de la comunidad elevan sus protestas. Podrían decir que la educación sexual promueve la promiscuidad, el embarazo adolescente o el SIDA, y están seguros de que sólo debería ocurrir en el hogar (o posiblemente la iglesia), pero con toda seguridad no debería suceder en la escuela.

Algo que estos ciudadanos pasan por alto es la alternativa realista de la educación sexual en las escuelas. Entre los niños de 10 a 12 años de edad, cuando menos una tercera parte sí obtienen información de sus padres acerca de la sexualidad (véase cuadro 23.1). Entre los jóvenes de 13 a 15 años, la proporción que obtiene información de las madres es la misma. Nótese que una fuente que se menciona con frecuencia en ambos grupos es la televisión y las revistas; entre los adolescentes, los amigos se clasifican un poco más alto. En muchos casos, la información sexual que proporciona la televisión es sensacionalista y poco realista (véase Tema central 11.1). Depender de los amigos para obtener información es un caso clásico del ciego que guía a otro ciego. Es interesante señalar que las personas jóvenes desearían escuchar a sus padres hablarles de sexo (Sanders y Mullis, 1988).

El hecho es que muchos niños no reciben educación sobre sexualidad en el hogar. Más bien, aprenden del sexo a partir de la televisión y de sus compañeros y el resultado es una cantidad masiva de desinformación.

Por tanto, las personas que dicen que la educación sexual debería proporcionarse en el hogar, no en la escuela, no están dando un argumento sensato.

Existen dos razones por las que los padres no proporcionan gran cantidad de educación explícita a sus hijos. Primero, muchas personas (y los padres *son* personas!) sienten vergüenza de discutir acerca de la sexualidad. Vemos pocos modelos de la manera en que se puede tener una discusión explícita y realista; estamos en mucha mayor probabilidad de ver que las personas hablan sobre el sexo de manera indirecta, con eufemismos e insinuaciones, o contando chistes procaces. (Como corrección parcial, hemos intentado escribir este libro en un lenguaje explícito y directo.) En segundo lugar, existen muchas cosas sobre la sexualidad que muchos adultos no saben. Ellos mismos no tuvieron una buena educación sobre sexualidad y es posible que estén dolorosamente conscientes de su ignorancia. Incluso aquellos que recibieron una buena educación sexual, si tomaron un curso de sexualidad humana antes de 1980, no aprendieron nada acerca del SIDA, una enfermedad desconocida en esa época.

Las encuestas encuentran de manera consistente que la gran mayoría de los adultos en Estados Unidos y

Educación para la sexualidad: proceso perpetuo de adquirir información sobre la conducta sexual y la formación de actitudes, creencias y valores acerca de la identidad, relaciones e intimidad.

Cuadro 23.1 Fuentes de información sobre sexo

| | Porcentaje que dice "mucho" | |
|--|-----------------------------|--------------------|
| | Niños 10-12 | Adolescentes 13-15 |
| Qué tanto descubren los niños de tu edad acerca del sexo por información de: | | |
| Madres | 38% | 38% |
| TV, películas y otros medios de entretenimiento | 38 | 61 |
| Escuelas y maestros | 38 | 44 |
| Padres | 34 | — |
| Amigos | 31 | 64 |
| Internet | — | 40 |

Fuente: de Nickelodeon/Talking with Kids: "Talking With Kids About Tough Issues: A National Survey of Parents and Kids" (Nickelodeon/Hablando con los niños: "Hablando con los niños sobre temas difíciles: una encuesta nacional de padres y niños"). Utilizado con autorización de la Kaiser Family Foundation.

Figura 23.1 Aunque algunos padres afirman que la educación sexual pertenece al hogar, en raras ocasiones se realiza en ese sitio de manera efectiva.



Fuente: Margulies/The Journal/Rothco.

Canadá favorecen la educación sexual en las escuelas. Con base en los datos de una muestra representativa nacional interrogada en 1988, la General Social Survey (Encuesta social general) informa que 85 por ciento favorece la educación sexual en las escuelas públicas (National Opinion Research Center, 2004b). En cuanto a las encuestas con padres de familia, 95 por ciento de los padres y madres de niños desde jardín de niños a octavo grado de New Brunswick, Canadá, apoyan la educación sexual en las escuelas (Weaver *et al.*, 2002). Una encuesta telefónica de una muestra representativa nacional de Estados Unidos en 2003 encontró que 93 por ciento de los padres de estudiantes de séptimo y octavo grados y 91 por ciento de los padres de estudiantes desde el noveno hasta el duodécimo grados dijeron que es “muy importante” o “importante” que la educación sexual sea parte del plan de estudios de las escuelas (Kaiser Family Foundation, 2004a).

Una encuesta con los padres de alumnos de séptimo a duodécimo grados (Kaiser Family Foundation, 2000) encontró que la gran mayoría favorecían que se instruyera a los niños acerca del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, sexo premarital, control natal, aborto y homosexualidad. Muchos adultos consideran que las clínicas de salud en las escuelas deberían poner a disposición de los estudiantes información sobre control de la natalidad, aunque una minoría cree que las clínicas no deberían proporcionar anticonceptivos. La cuestión es que existe un fuerte apoyo para la educación sexual en las

escuelas, comenzando al menos cuando los niños tienen 12 años de edad y están en sexto o séptimo grado.

Es posible que se haya sorprendido de enterarse que la mayoría de los adultos favorecen la educación sexual. Los medios publican de manera regular las controversias, casos en que los padres protestan contra la educación sexual en las escuelas. Existen tres elementos que hay que tener en mente acerca de tales episodios. En primer lugar, son raros. La gran mayoría de las escuelas que tienen programas de educación sexual no han experimentado tal conflicto. En una encuesta con 303 directores de escuelas públicas seleccionadas de manera aleatoria y proporcional, 74 por ciento informaron que no habían tenido debates sobre la educación sexual en ninguna reunión pública (Kaiser Family Foundation, 2004b). Segundo, los opositores generalmente son una minoría. En un caso en Wisconsin, los manifestantes llenaron una sesión de la junta escolar y la junta votó que se demorara la implementación de un plan de estudios. Una encuesta subsecuente con todos los padres dentro del distrito escolar encontró que 71 por ciento aprobaba el programa y sólo el 18 por ciento lo desaprobaba. En tercer lugar, a menudo la controversia no se refiere a si debería haber un plan de estudios, sino al uso de materias, libros o videos particulares.

La educación sexual en las escuelas no es “en lugar” de la educación en el hogar. En una encuesta de la Kaiser Family Foundation en 2003, 88 por ciento de los padres de alumnos de séptimo y octavo grados, y 80 por ciento de los padres de alumnos de noveno hasta duodécimo grados, estuvieron de acuerdo en que tener un programa en la escuela facilita platicar con sus hijos acerca de temas sexuales (Kaiser Family Foundation, 2004a). En una encuesta con los padres en New Brunswick (Weaver *et al.*, 2002), 95 por ciento sentía que la responsabilidad de la educación sexual de salud debería ser compartida por los padres y la escuela. Algunos programas de educación para la sexualidad involucran de manera activa a los padres al incluir tareas en casa que pueden realizarse de manera conjunta entre padres e hijos. La evaluación de un plan de estudios de este tipo encontró que los estudiantes que recibían instrucción en clase además de tareas en casa se sentían más capaces de negarse a participar en conductas de alto riesgo y con mayor frecuencia demostraban la intención de demorar el inicio del coito en comparación con los estudiantes que sólo recibían instrucción en clase (Blake *et al.*, 2001). La asignación de tareas en casa, que parecían reforzar el plan de estudios basado en la escuela, resultó en mayor comunicación entre padres e hijos en cuanto a la sexualidad.

Propósitos de la educación para la sexualidad

El Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS) ha sido uno de los grupos más

SIECUS: Sexuality Information and Education Council of the United States (Consejo de información y educación para la sexualidad de los Estados Unidos), una organización dedicada a fomentar la educación sexual.

activos en la promoción de educación sexual de alta calidad. Según el SIECUS, las metas de la educación sexual deberían ser:

1. *Información.* Proporcionar información precisa sobre sexualidad humana, incluyendo: crecimiento y desarrollo, reproducción humana, anatomía, fisiología, masturbación, vida familiar, embarazo, parto, parentalidad, respuesta sexual, orientación sexual, anticoncepción, aborto, abuso sexual, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.
2. *Actitudes, valores y discernimientos.* Para dar oportunidad a los jóvenes de cuestionar, explorar y evaluar sus actitudes sexuales a fin de comprender sus valores familiares, desarrollar sus propios valores, aumentar su autoestima, desarrollar discernimientos acerca de las relaciones con familias y miembros de ambos géneros, y comprender sus obligaciones y responsabilidades hacia sus familias y otras personas.
3. *Relaciones y habilidades interpersonales.* Para ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades interpersonales, incluyendo comunicación, toma de decisiones, asertividad y habilidades para negarse a la presión de sus compañeros, al igual que la capacidad para crear relaciones satisfactorias. Los programas de educación para la sexualidad deberían preparar a los estudiantes para comprender su sexualidad de manera efectiva y creativa en los roles adultos. Esto incluiría ayudar a las personas jóvenes a desarrollar la capacidad de relaciones sexuales e íntimas cuidadosas, de apoyo, sin coacciones y mutuamente placenteras.
4. *Responsabilidad.* Para ayudar a los jóvenes a ejercer la responsabilidad en cuanto a las relaciones sexuales, incluyendo encarar la abstinencia, cómo resistirse a las presiones para involucrarse de manera prematura en el coito y alentar el uso de anticonceptivos y otras medidas sanitarias sexuales. La educación para la sexualidad debería ser un componente central de los programas diseñados para reducir la frecuencia de los problemas médicos relacionados con la sexualidad; estos incluyen embarazos en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual, incluyendo infección por VIH, y abuso sexual (SIECUS, 1996).

Qué enseñar a diferentes edades

La educación para la sexualidad no es algo que se pueda llevar a cabo de una vez en una semana durante el quinto grado. Como la enseñanza de las matemáticas, es un proceso que debe comenzar cuando los niños son pequeños. Primero deberían aprender los conceptos simples, progresando a los más difíciles a medida que se vuelven mayores. Aquello que se enseña a cualquier edad particular depende de la conducta sexual (véase capítulo 11), del conocimiento sexual y del interés sexual del niño a esa edad. Esta sección se concentrará en las teorías e investigaciones que proporcionan información sobre los dos últimos elementos.

Conocimiento sexual de los niños

Unos cuantos investigadores han estudiado qué saben los niños a diversas edades acerca del sexo y la reproducción. Los niños comienzan a desarrollar una comprensión del género a una edad muy temprana. Aprenden primero que el género es constante (un varón siempre será un varón) y sólo después aprenden que el género está determinado por el hecho de poseer un pene o una vagina (Gordon y Schroeder, 1995). Existe un proceso similar de desarrollo en la comprensión infantil del embarazo y el parto. Es posible que los niños muy pequeños creen que un bebé siempre ha existido y que vivía en algún otro lugar antes de entrar dentro de la madre. El siguiente diálogo lo demuestra:

(¿Cómo fue que el bebé llegó a estar dentro de la pancita de tu mami?) Sólo está creciendo allá adentro. (¿Cómo llegó allí?) Allí está todo el tiempo. Mi mami no tiene que hacer nada. Espera hasta que lo siente. (Dijiste que el bebé no estaba allí cuando tú estabas.) Sí, entonces estaba en el otro lugar... en Estados Unidos. (¿En Estados Unidos?) Sí, en la pancita de otra persona. (Bernstein y Cowan, 1975, p. 86)

¡A medida que los niños se vuelven mayores, desarrollan —esperamos— una comprensión más precisa!

El conocimiento de los niños acerca del sexo varía según la clase social. En un estudio con niños de 2 a 7 años de edad, los niños de las clases media y alta sabían más sobre las partes y funciones del cuerpo y sobre el embarazo que los niños de familias de clase más baja (Gordon *et al.*, 1990). Es posible que estas diferencias reflejen las actitudes parentales más que la clase social; los padres de clase más baja tendieron a tener actitudes más restrictivas acerca de la sexualidad e informaron haber dado menos educación sexual a sus hijos.

Para los 7 u 8 años, los niños tienen una comprensión más sofisticada de la reproducción. Es posible que sepan que para hacer un bebé se requieren tres cosas: una relación social entre las dos personas, como amor o matrimonio; coito; y la unión entre el espermatozoide y el óvulo. A los 12 años, algunos niños pueden dar una buena explicación fisiológica de la reproducción que incluye la idea de que el embrión comienza su existencia biológica al momento de la concepción y es el producto del material genético de ambos padres. Como explicó un niño preadolescente:

El espermatozoide se encuentra con un óvulo y un espermatozoide irrumpe dentro del óvulo, y eso hace que el espermatozoide haga como una célula y la célula se separa y se divide. Y así se va dividiendo y el óvulo pasa por un tubo y se mete en la pared de, creo que es el feto de la mujer. (Bernstein y Cowan, 1975, p. 89)

Como analizamos en el capítulo 11, la investigación sugiere que muchos niños participan en juegos y exploración de naturaleza sexual. ¿Cómo se relaciona esta conducta sexual con el conocimiento acerca del sexo? Una reseña de la literatura concluye que:

la experiencia y comportamiento sexuales típicamente preceden al conocimiento y a la comprensión. El hecho de que los niños participen en conducta sexual antes de que tengan una comprensión clara de lo que se trata todo eso los coloca en un mayor riesgo de una variedad de experiencias adversas que pueden tener un impacto negativo sobre su desarrollo. (Gordon y Schroeder, 1995, p. 11)

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la educación sexual. Es necesario que los educadores estén conscientes del nivel de comprensión del niño y no deben inundarlo con información que no es apropiada para su edad. En lugar de ello, el educador debería hacer el intento de aclarar los errores conceptuales en las creencias del niño. Por ejemplo, si un niño cree que un bebé siempre ha existido, el educador podría decir, “Para hacer un bebé necesitas a dos adultos, un hombre y una mujer”.

Es probable que el estudio más amplio sobre el conocimiento sexual de los niños sea el que se describe en el Tema central 23.1.

Intereses sexuales de los niños

El conocimiento de los niños acerca del sexo y su interés en él se reflejan en las preguntas que hacen.

Figura 23.2 A menudo los niños tienen ideas equívocas acerca del sexo.

DANIEL EL TRAVIESO



QUÉ GRACIOSO... MI PAPÁ PUEDE SABER SI ES NIÑO O NIÑA CON SÓLO MIRARLE LA PLANTA DE LOS PIES

Fuente: © Reproducido con autorización especial de King America Syndicate.

En un estudio sobre las preguntas de los niños acerca del sexo, se encontró que muchas preguntas se hacen alrededor de los 5 años de edad, una época en la que los niños generalmente hacen preguntas. Los varones también tienden a hacer muchas preguntas aproximadamente a los 9 años de edad y las niñas lo hacen a los 9 y 13 años (Byler, 1969). A los 5 años, es posible que los niños pregunten de dónde vienen los bebés. A los 9, un varón o una niña pueden preguntar sobre conductas sexuales, como por ejemplo, “¿Qué es el sexo oral?”. Con frecuencia, tales preguntas están estimuladas por haber escuchado el término en una conversación o en los medios de comunicación. Quizá un niño de 10 años esté interesado en los procesos corporales y pregunte “¿Qué es la regla?”. Para los 11 años de edad, muchos niños hacen preguntas relacionadas con la pubertad, como “¿Cuándo tendré senos?” o “¿Cuándo seré más alto?”. Es típico que tales preguntas reflejen una conciencia de que los otros jóvenes están experimentando tales cambios del desarrollo. A los 13 o 14 años de edad, muchos jóvenes tienen preguntas específicas acerca de la actividad sexual. Un joven preguntó “¿Las niñas se mueven mucho cuando tienen sexo?”. Una niña de 14 años preguntó a su madre, “¿Dónde tiene sexo la gente?” (Blake, 2004).

Es importante que el plan de estudios de educación sexual para un grupo etario particular atienda a las preguntas particulares de ese grupo de edad, en lugar de las preguntas que aún no se les ha ocurrido o preguntas que ya pensaron, pero que les fueron respondidas hace largo tiempo.

Los estudiantes de educación media superior concuerdan en que la educación sexual debería comenzar desde la primaria y progresar de simple a compleja (Eisenberg *et al.*, 1997). Consideran que la clase ideal abarcaría un amplio rango de temas, incluyendo reproducción, embarazo, aborto, opciones de control natal, prevención de enfermedades, violencia sexual, relaciones y roles de género, y valores. Les agrada que todos estos temas se hubiesen presentado para el octavo grado.

También podemos saber algo acerca del conocimiento e intereses sexuales de los niños a partir de los chistes sexuales que cuentan. Una antropóloga recolectó los chistes contados por niñas entre los 7 y 10 años como parte de su estudio acerca del folclore infantil (Zumwalt, 1976). Los siguientes son típicos de los chistes que le fueron contados:

Había un niño que quería bañarse con su papá. Y el papá le dice, “si prometes que no verás debajo de la cortina”. Entonces se metió a la regadera y miró debajo de la cortina. Y entonces dijo, “Papá, ¿qué es esa cosa larga y peluda?” Y su papá le dijo, “Ese es mi plátano”.

Entonces le pregunta a su mamá, “¿Me puedo bañar contigo mami?” Y ella le dice “Si prometes no mirar debajo de la cortina.” Entonces se mete a la regadera

Tema central 23.1

¿Los niños estadounidenses son analfabetas sexuales?

Ronald y Juliette Goldman (1982) realizaron un enorme estudio transcultural sobre la comprensión de los niños acerca de cuestiones sexuales. A partir de sus resultados, concluyeron que los niños estadounidenses eran analfabetas sexuales.

Los Goldman realizaron entrevistas individuales con niños de 5, 7, 9, 11 y 13 años de edad en cuatro culturas: Australia, Inglaterra, América del Norte y Suecia. Se entrevistó a 838 niños. La muestra sueca fue particularmente interesante, porque en las escuelas suecas existe educación sexual obligatoria para todos los niños desde los 8 años de edad. También debe mencionarse que la muestra norteamericana se planeó originalmente como una muestra de Estados Unidos, pero los funcionarios escolares de Estados Unidos se mostraron tan poco cooperativos con los Goldman que éstos tuvieron que dirigirse a la parte norte de Nueva York y atravesar la frontera a Canadá (donde obtuvieron más cooperación) a fin de completar la muestra. Por tanto, la muestra norteamericana es una combinación de niños de Canadá y Estados Unidos.

Los Goldman fueron muy cuidadosos para evitar temas controversiales durante la entrevista, tales como la homosexualidad. Y sólo le preguntaron a los niños acerca de su comprensión sobre conceptos sexuales, pero no de su propio comportamiento sexual. Ellos llamaron al estudio “Conceptos de desarrollo de los niños”. Estas precauciones se tomaron a fin de motivar una alta tasa de cooperación por parte de los padres. En general los padres fueron cooperativos; lo que es más, sólo el 20% de los padres se negó a permitir a sus hijos participar en la encuesta.

Una comparación de los resultados de los niños norteamericanos con los de los niños en las otras tres culturas condujo a los Goldman a concluir que los niños de esta área tienen una carencia sorprendente de educación sexual. Algunos de los resultados se muestran en el cuadro 23.2. Nótese, por ejemplo, que sólo 23 por ciento de los niños norteamericanos de 9 años de edad, pero 60 por ciento de los niños australianos de la misma edad, sabían las diferencias genitales entre los varones y niñas recién nacidos. Los niños suecos tienen de manera consistente más conocimientos que los niños norteamericanos, lo cual indica los efectos positivos de la educación sexual.

Algunas de las respuestas de los niños sólo pueden clasificarse como divertidas. En respuesta a la pregunta “¿Cómo se puede saber si un bebé recién nacido es

Cuadro 23.2 Respuestas de niños y niñas de 9 años en cuatro culturas en el estudio de Goldman

| Concepto | Porcentaje de respuestas correctas entre | | | |
|--|--|------------|------------------|--------|
| | Australianos | Británicos | Norte-americanos | Suecos |
| Conocer las diferencias físicas sexuales de los bebés recién nacidos | 60 | 35 | 23 | 40 |
| Conocer los términos correctos para los genitales | 50 | 33 | 20 | * |
| Conocer que la longitud de la gestación es de 8 a 10 meses | 35 | 32 | 30 | 67 |
| Conocer que un propósito del coito es disfrutarlo | 6 | 10 | 4 | 60 |
| Conocer el significado del término “útero” | 0 | 0 | 0 | 23 |

*Debido a las dificultades de traducción del idioma sueco, este porcentaje no está disponible.

Fuente: Goldman y Goldman (1982), pp. 197, 213, 240, 263, 354.

niño o niña?”, un niño inglés respondió, “Si tiene pene o no lo tiene. Si lo tiene es un niño. Las niñas tienen virginia.” Y en todas las culturas parece haber mucha confusión sobre la anticoncepción. A continuación se muestran algunas respuestas:

La píldora entra al estómago y disuelve al bebé y entonces sale por el intestino. Se supone que tienes que tomar tres píldoras al día. (Niño estadounidense, 7 años de edad.)

Si no quieres empezar uno, no te casas. No hay otra manera. (Niña inglesa, 7 años de edad.)

Se ligan las trompas con las cuerdas vocales. (Niña australiana, 15 años de edad.)

Si la conclusión de los Goldman es correcta; es decir, que los niños estadounidenses son analfabetas sexuales, el remedio parece ser un programa masivo de educación sexual en Estados Unidos.

Fuente: Goldman y Goldman (1982).

y mira debajo de la cortina y dice, “Mami, ¿qué es esa cosa?” Y ella le dice, “Ese es mi frutero”. Y él le dice, “Mami, ¿puedo dormir contigo y con mi papá?” Y ella le dice, “Sí, si prometes no mirar debajo de la cobija”. Y él mira debajo de las cobijas y dice, “¡Mami, el plátano de mi papá está en tu frutero!” (Zumwalt, 1976, p. 261)

Los chistes de los niños reflejan varios temas en sus actitudes hacia la sexualidad y en sus interacciones con sus padres acerca de la cuestión. Primero, los niños parecen considerar que sus padres siempre están tratando de mantener al sexo en secreto. Por ejemplo, los padres consistentemente dicen a sus hijos que no miren por debajo de la cortina. En segundo lugar, los chistes reflejan la fascinación de los niños con el sexo, en particular con el pene, la vagina, los senos y el coito. En general, los chistes tratan sobre estos temas y sobre los intentos de los niños por aprender acerca de ellos. Tercero, los chistes parecen satirizar el uso adulto de eufemismos para los términos sexuales. El chiste anterior se basa en el uso de los padres del término *plátano* en lugar de *pene*. Es más frecuente que los nombres extravagantes que se utilizan para los órganos sexuales impliquen comida (plátano, salchicha), electricidad (focos, enchufes) o animales (gorila). Como comentario acerca del chiste sexual del tipo de tina-regadera, una autoridad dijo, “En todas las formas del... chiste, el maravilloso sentido del humor del niño se burla de las evasiones paternas, que de algún modo se frasean de manera torpe” (Legman, 1968, p. 53).

Los adolescentes han superado este tipo de chiste, pero cuentan uno paralelo:

Un niño entra al baño y descubre a su mamá desnuda. A ella le da un poco de vergüenza. ¿Él le dice, “Mami, ¿qué es eso?” y ella le contesta, “Oh, eso es donde Dios me dio con un hacha”. Y el niño dice, “Te atinó justo en el coño, ¿eh?” (Zumwalt, 1976, p. 267).

De nuevo, este chiste tiene el tema de la vergüenza de los padres y el uso de evasiones y eufemismos al tratar sobre el sexo. Pero ahora el niño (adolescente) refleja una sofisticación acerca del sexo, quizá incluso mayor que la que tiene el padre.

Los educadores sexuales deberían recordar que los niños están conscientes de los intentos de los adultos por ocultarlo y su uso de eufemismos, como lo indican estos chistes.

Planes de estudio

El término *educación para la sexualidad* se ha utilizado para referirse a una amplia variedad de programas. En un extremo del continuo se encuentran los planes de estudio que implican mostrar a los jóvenes uno o dos videos y distribuir algunos panfletos. En el otro extremo se encuentran los programas que incluyen cátedras, libros, videos y discusión en clase presenta-

dos a lo largo de cuatro a seis semanas. Nos enfocaremos en los planes de estudio más amplios.

Programas iniciales de educación sexual

Los primeros programas, desarrollados hace 40 años, se ocupaban de la transmisión de conocimiento. La meta era reducir el número de embarazos entre adolescentes. De acuerdo con ello, el énfasis se colocaba en enseñar a los estudiantes acerca del coito, el embarazo y el control natal, y sobre las consecuencias de tener un bebé. Los programas posteriores conservaron el contenido informativo de los primeros, pero el énfasis se colocó en aclaración de valores y en habilidades de toma de decisiones. Los defensores de estos programas consideraban que los jóvenes se involucraban en riesgos sexuales porque no están seguros de sus valores y tienen dificultad para tomar decisiones. Estos programas también enseñaban habilidades diseñadas para mejorar la comunicación con la pareja. De manera subsecuente, las evaluaciones

demonstraron claramente que estos programas iniciales de educación sexual no aceleraban o demoraban de manera notable el inicio del coito, no reducían el comportamiento sexual de riesgo, ni reducían el embarazo adolescente. Sin embargo, es posible que hayan aumentado ligeramente el uso del control natal o tenían otros efectos positivos que no se podían medir a través de los métodos de evaluación utilizados. (Kirby, 1992, p. 281).

Programas de sólo abstinencia

Los programas de sólo abstinencia se desarrollaron a partir de la oposición hacia los planes académicos iniciales. Algunas personas se oponían a cualquier tipo de educación sexual en las escuelas; otras sentían que los programas existentes eran demasiado liberales o permisivos. Las preocupaciones condujeron a la aprobación del Congreso de Estados Unidos de la Adolescent Family Life Act (Ley de vida familiar adolescente) en 1981; esta ley limitó el uso de recursos federales a programas de sólo abstinencia, que eran aquellos que “promovían la abstinencia sexual como el único medio de prevenir el embarazo y la exposición a las infecciones de transmisión sexual” (Wilcox y Wyatt, 1997, p. 4). Los gobiernos estatales y federan han gastado millones de dólares para apoyar el desarrollo y divulgación de estos programas. En 1994, el Congreso intentó hacer obligatoria en todo Estados Unidos la educación para la sexualidad a través de programas de sólo abstinencia; este esfuerzo fracasó debido a que cuando menos cuatro leyes federales prohíben que el gobierno federal dicte los estándares educativos locales (Advocates for Youth, 2004a).

Existen varios planes de estudio de sólo abstinencia bien desarrollados. Los dos más ampliamente conocidos son *Sex Respect* (Respeto sexual) (véase Tema

Figura 23.3 Anterior Secretario de Salud de Estados Unidos, David Satcher, quien lanzó una iniciativa de salud sexual en Estados Unidos y abogó por la educación sexual amplia.



central 23.2) y *Teen Aid* (Ayuda adolescente). Estos programas se presentan típicamente en 4 a 10 sesiones, con duración de una hora cada una, a lo largo de un periodo de dos semanas a tres meses. Las presentaciones pueden realizarse en los grupos dentro de salones de clase o para todo el cuerpo estudiantil de la educación media superior en una "Asamblea". El Congreso de Estados Unidos descubrió que, aunque no podía obligar al uso de programas de sólo abstinencia, podía restringir el financiamiento disponible para los estados y escuelas como apoyo para la educación sexual. De acuerdo con esto, el Congreso incluyó en la Personal Responsibility and Work Opportunity Act (PRWOA: Ley de responsabilidad personal y oportunidad laboral) de 1996 (reforma de beneficencia) una disposición que otorgaba a los estados 50 millones de dólares anuales como apoyo para los programas de sólo abstinencia. Wisconsin recibió 750 000 dólares al año desde 1998 hasta 2001; el dinero se asignó a 10 programas, principalmente en áreas rurales, y en algunos casos lo canalizaban organizaciones de fe. A través de la AFLA, la PRWOA y un tercer programa, se gastó un total de 899 millones de dólares en todo el país en estos programas entre 1998 y 2003 (SIECUS, 2004).

Entonces, ¿qué tan efectivos son estos planes de estudio? Los investigadores que evalúan el contenido de *Sex Respect* concluyeron que omite varios temas importantes, incluyendo anatomía sexual (!), fisiología sexual, respuesta sexual, anticoncepción y aborto (Goodson y Edmundson, 1994). Antes señalamos que los estudiantes de educación media superior dicen que todos estos temas deberían estar incluidos en una clase ideal. (El Tema central 23.3 presenta las reacciones de un joven hacia su educación sexual de sólo abstinencia.) Como resultado de su uso generalizado, ha habido muchas evaluaciones de los efectos de estos

programas sobre las actitudes y comportamientos de los estudiantes. Una reseña de 52 evaluaciones que satisfacen los estándares metodológicos mínimos concluyó que:

1. En algunas escuelas, estos programas han tenido efectos positivos sobre el conocimiento y las actitudes.
2. De las 16 valoraciones en las que se estimó si los estudiantes habían demorado la actividad sexual, sólo 3 informaron un efecto positivo.
3. "Ninguno de los mejores estudios [según criterios metodológicos] encontró cambios positivos... en la edad de inicio de la actividad sexual, en las tasas de actividad sexual, en embarazos o ITS." (Wilcox y Wyatt, 1997, p. 13).

Programas de sólo abstinencia (educación sexual): programas que promueven la abstinencia sexual hasta llegar al matrimonio como método único de prevenir el embarazo y la exposición a infecciones de transmisión sexual.

Política de la educación sexual

La legislación de la PRWOA de 1996 contiene el requisito de que los **programas de sólo abstinencia** que se subsidien deben ser evaluados. Para examinar los posibles efectos de la educación sexual de sólo abstinencia, el Department of Health and Human Services (Departamento de salud y servicios humanos) reunió a un panel de investigadores y educadores reconocidos al nivel nacional para una revisión exhaustiva de los datos disponibles hasta el 2001. Para ese momento, se tenían disponibles los resultados de más de 50 evaluaciones. El panel concluyó que, para el momento, no había evidencia de que los programas de educación sexual de sólo abstinencia demoraran el coito o redujeran las tasas de embarazo adolescente (Technical Working Group, 2002).

En respuesta a estos hallazgos, Robert Rector, un Senior Research Fellow (Miembro decano del cuerpo de investigadores) en la conservadora Heritage Foundation, publicó en abril de 2002 un artículo intitulado "The Effectiveness of Abstinence Sex Education Programs in Reducing Sexual Activity Among Youth" (Efectividad de los programas de educación sexual de abstinencia para reducir la actividad sexual entre los jóvenes). (Nótese que el artículo fue publicado por la Fundación, no en una revista con revisión de pares.) En este trabajo afirmó que había 10 estudios que demostraban la efectividad de estos programas. Un estudio independiente llevó a cabo una revisión cuidadosa del artículo de Rector, primero en cuanto a los estándares de evidencia necesarios para demostrar que un programa es efectivo y después examinando los 10 estudios mencionados por Rector (Kirby, 2002). En este último se concluyó que

de los diez estudios identificados por el artículo de la Heritage Foundation como prueba de que sus respectivos programas reducían la actividad sexual temprana,

Tema central 23.2

Educación sexual conservadora: plan de estudios de respeto sexual

El plan de estudios de educación sexual llamado *Sex Respect* asume un enfoque considerablemente diferente del que se utiliza en este libro.

Sex Respect (que es el más conocido de los planes curriculares similares) es un enfoque político conservador de la educación sexual. Con financiamiento federal, se dirige a públicos de educación media. A partir de 1991, cerca de 1 600 distritos escolares en todo Estados Unidos lo estaban empleando.

La principal meta de este plan de estudios es enseñar que la abstinencia es el único enfoque que es moral y seguro. El plan curricular utiliza caricaturas y otras técnicas para atraer la atención. Tiene lemas pegajosos que los niños cantan en clase, como

¡No seas tonto y espera a ser esposo!

¡Espera el anillo y no te verás en un lío!

¡Acaricia al perro y no a tu novia!

Se usa un “juramento de castidad” que realizan todos los alumnos y una gráfica de intimidad física en la que un beso prolongado se caracteriza como el “inicio del peligro”. El plan de estudios enseña que los condones pueden ser el camino a la perdición porque muchos fallan, lo cual resulta en un embarazo.

Un estudio longitudinal a gran escala sobre adolescentes incluyó a más de 12 000 jóvenes a quienes se dio seguimiento durante seis años. Se comparó a aquellos que tomaron el juramento de castidad con aquellos que no lo hicieron. Los juramentados demoraron el inicio del coito, pero sólo si eran una minoría en su distrito escolar o en la comunidad. Cuando casi nadie o casi todos tomaban el juramento, no influía en su conducta. De hecho, tomar el juramento tenía un efecto negativo. Aquellos que habían jurado tenían una probabilidad un tercio menor de utilizar condones al momento de volverse sexualmente activos que los jóvenes que no juraron castidad (Bearman y Bruckner, 2001).

Sex Respect también utiliza una gran cantidad de estereotipos del rol de género, catalogando a los varones como “agresores sexuales” y a las niñas como “protectoras de la virginidad”. Presenta a la pareja heterosexual con dos padres como “el único modelo de una familia ‘real’ sana”.

El capítulo de Wisconsin de la American Civil Liberties Union (ACLU: Unión estadounidense de libertades civiles), a nombre de los padres que se oponen al plan de estudios, demandó que se eliminara su uso en todas las escuelas públicas. La ACLU discute que el plan curricular implica discriminaciones con base al género, estado civil, orientación sexual y religión (todas las cuales son ilegales según las leyes de Wisconsin).

Figura 23.4 Programas de educación sexual como *Sex Respect* promueven la abstinencia con lemas como “Controla tu necesidad, sé virginal”. Las evaluaciones de estos programas indican que no son efectivos en cuanto a ayudar a los adolescentes a posponer el coito.



En justicia para *Sex Respect*, puede tener algunos elementos positivos en cuanto a que enseña a los estudiantes las habilidades para resistirse a la presión de los pares. Por otro lado, incluye muchos “hechos” que en realidad son informaciones equivocadas (por ejemplo, dice que los condones frecuentemente fallan, aunque en realidad tienen una tasa muy baja de fracaso) y parece estar fuera de sincronía con los adolescentes actuales.

La adopción generalizada de este plan de estudios señala qué tan importante es que los padres examinen los materiales de educación sexual que se presentan a sus hijos.

Fuentes: *Newsweek*, 17 de junio de 1991; *Wall Street Journal*, 20 de febrero de 1992.

Tema central 23.3

Educación sexual de sólo abstinencia: la experiencia de un estudiante

Asistí a una secundaria en un área rural bastante conservadora. En la escuela no teníamos una clase específica sobre el sexo y las relaciones. Dentro de la clase de salud, tuvimos una unidad sobre sexo que se enfocaba en las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias. Era obvio que el maestro se sentía incómodo de discutir sobre esos temas y hacía que los alumnos también nos sintiéramos incómodos, ya que éramos sexualmente inexpertos en ese momento de nuestra vida. Pero a lo largo del curso de la unidad, que duró cerca de una semana, el maestro constantemente nos insistía en la abstinencia. El sexo seguro y la anticoncepción se mencionaron un par de veces y no más que eso. Nunca se mencionó la efectividad de los anticonceptivos contra las enfermedades de transmisión sexual que estábamos discutiendo, como tampoco el maestro habló sobre qué tan bien se previene el embarazo con ellos. En lugar de eso, el grito de batalla era “la única manera de tener una seguridad del 100 por ciento es la abstinencia”, que se repetía constantemente. Se volvió como el lema en un comercial y, para nosotros, básicamente entraba por un oído y salía por el otro. El último día, el maestro nos pasó unas calcomanías con lemas asociados con el tema de la absti-

nencia, como “La abstinencia hace que tu corazón se vuelva más amoroso”, “No hay mejor manera de decir te amo que con la abstinencia”, “Acaricia a tu perro y no a tu novia” y cosas similares.

Toda la plática acerca de la abstinencia tuvo un efecto bastante reducido. En primer lugar, la mayoría de nosotros como niños de secundaria no estábamos en situaciones en las que tuviéramos que tomar decisiones sobre si tendríamos relaciones sexuales o no, lo cual nos facilitaba decir “por supuesto, la abstinencia, está bien”. Tampoco creo que haya tenido gran efecto porque no se nos presentaba ninguna otra alternativa; era, ya sea, la sacrosanta abstinencia o contágate de cualquier cantidad de enfermedades sucias y mortales. No había término medio. No se prestaba atención a aquellos pocos de nosotros que podrían haber sido activos sexualmente. Tampoco servía que el maestro se sintiera tan incómodo con el tema e intentara salir del paso lo más pronto posible.

Fuente: Ensayo escrito por un estudiante universitario del curso de Sexualidad Humana.

nueve de ellos no proporcionaban evidencia creíble, consistente con las normas de *Emerging Answers*, de que hubiesen demorado el inicio del sexo o reducido la frecuencia del mismo.

Uno de los estudios sugería que el programa *Not Me, Not Now* (No Yo, No Ahora) puede haber demorado el inicio del sexo entre los jóvenes de 15 años y menores, pero no entre aquellos de 17 años y menores. (Kirby, 2002)

El décimo estudio es sobre una campaña en los medios de comunicación y, por ende, el cambio conductual no se puede atribuir sin duda alguna al programa por contraposición con otras influencias.

Algunos estados han realizado sus propias evaluaciones de los programas financiados con fondos federales. Minnesota evaluó 23 programas de becas comunitarias financiados entre 1998 y 2002. La evaluación fue realizada por dos instituciones profesionales no gubernamentales. Su informe expresó que “el equipo

de evaluación concluyó que esta era una iniciativa bien implementada. No obstante, la intervención en sí era de baja intensidad y tuvo poco impacto en los estudiantes” (Minnesota Department of Health, sin fecha). En 2004, Pennsylvania publicó los resultados de una evaluación de 28 programas llevados a cabo en todo el estado desde 1998. Este informe también concluyó que, en general, sólo unos cuantos de los programas habían tenido algún tipo de impacto limitado y el resto no habían tenido ningún impacto (Smith *et al.*, 2003).

Muchos educadores, científicos sociales, organizaciones profesionales y ciudadanos importantes han concluido que los programas de abstinencia no funcionan y que los millones de dólares gastados en ellos son un enorme desperdicio de los fondos federales, estatales y locales. Los Advocates of Youth (Defensores de los jóvenes), junto con más de 60 organizaciones nacionales, enviaron en 2002 una carta abierta al Presidente George W. Bush en la que le pedían que eliminara su

apoyo y sus peticiones de aumentar el financiamiento de tales programas. La American Civil Liberties Union emitió en marzo del 2004 una petición al Congreso para que se opusiera a los nuevos recursos otorgados para estos programas. La American Psychological Association (Asociación psicológica estadounidense) adoptó en 2004 una resolución en la que se opone al uso de tales programas para proporcionar educación sexual a los jóvenes. Por último, los resultados de una encuesta nacional con 1 050 adultos encontraron que 70 por ciento se opone a las leyes que limitan los fondos federales a programas de abstinencia (Advocates for Youth, 2004b).

Al momento de escribir este libro, el presidente Bush y el Congreso de Estados Unidos han ignorado estas solicitudes, así como la evidencia científica y de otros tipos en la que se basaron. Una fuente interna de la Casa Blanca, al preguntársele cómo era posible que el presidente solicitara 33 millones de dólares adicionales para la educación sexual de sólo abstinencia cuando es evidente que no funciona, respondió “los valores vencen a los datos” (Wingert, 2002). En otras palabras, los intereses sociales conservadores avalados por la administración actual son más importantes que la salud y las vidas de millones de jóvenes. Aquellos que apoyan que se limite la asignación de fondos federales a los programas de sólo abstinencia representan un riesgo de salud pública mucho mayor para los jóvenes estadounidenses que cualquier enfermedad relacionada con el sexo.

Educación sobre el riesgo de VIH y SIDA

En el decenio de 1990, el centro de atención de la educación sexual viró de la prevención del embarazo a la prevención del SIDA y otras ITS. Se han dado fuertes argumentos a favor de la educación amplia acerca del VIH y SIDA en las escuelas (National Commission on AIDS, 1994). En 2004, 38 estados y el Distrito de Columbia demandaban tales programas educativos (Alan Guttmacher Institute, 2004c). (En contraste, sólo 22 estados y el Distrito de Columbia requieren que se enseñe educación sexual.) Una encuesta de la Kaiser Family Foundation, realizada en 2003, encontró que 99 por ciento de los padres de alumnos del séptimo y octavo grados y 97 por ciento de los padres de estudiantes de educación media superior consideraban que tal instrucción es apropiada en las escuelas. La educación acerca del VIH puede presentarse sola, o en combinación con programas de educación sexual de sólo abstinencia o amplios.

A menudo, los programas de este tipo se enfocan de manera específica en la prevención de enfermedades. Tienen una variedad de metas que incluyen la eliminación de mitos acerca del SIDA y otras ETS, alentando que se demore el coito y apoyando el uso del condón o la abstinencia del coito no protegido. Los primeros planes de estudio se basaban en cátedras y discusión en clase. En algunas ocasiones, se lleva a una persona

que tiene SIDA para que platique con los alumnos. En general estos programas eran cortos y su duración era desde unos cuantos a cinco periodos de clase.

Una reseña de la efectividad de estos programas encontró 40 estudios publicados (Kim *et al.*, 1997). La mayoría de los estudios informaron que el programa educativo mejoraba de manera significativa el conocimiento. De aquellos que midieron el impacto sobre las actitudes (12), más de la mitad (7) encontraron que el programa aumentaba las actitudes positivas hacia la prevención y las actitudes negativas hacia el riesgo. Por último, 6 de 10 estudios informaron cambios positivos en la intención de los respondientes en cuanto al uso de condones. Las intervenciones dirigidas a temas adicionales, basadas en la teoría, y aquellas que incorporaban temas culturales, eran más efectivas.

Encuestas nacionales recientes indicaron que los adolescentes están muy bien informados acerca de la transmisión del VIH. La mayoría sabe que los condones previenen la transmisión del SIDA y de otras ITS. Los programas educativos sobre VIH con base en la escuela pueden haber contribuido a estos resultados.

Por otro lado, debe señalarse que la educación dirigida a la reducción de riesgos de VIH/SIDA se enfoca de manera estrecha en el comportamiento. No toma en cuenta el contexto del desarrollo, el amplio rango de influencias sociales y psicológicas sobre el propio comportamiento sexual (Ehrhardt, 1996). Por ende, estos programas no sustituyen un programa amplio de educación sexual como el descrito antes en este capítulo.

Programas basados en teorías

Los programas más novedosos son únicos en cuanto a que se basan de manera explícita en las teorías de las ciencias sociales sobre la promoción de la salud, incluyendo el Health Belief Model (Modelo de creencias de salud), la teoría de la inoculación social y la teoría del aprendizaje social. El plan curricular descrito en el Tema central 23.4 es de este tipo. Los más conocidos de estos planes de estudio se llaman *Postponing Sexual Involvement* (Posponer el compromiso sexual) y *Reducing the Risk* (Reducción del riesgo). Estos programas incluyen un análisis de las presiones sociales para involucrarse en el sexo y las maneras de resistir estas influencias (con base en la teoría de la inoculación). La teoría del aprendizaje social enfatiza la importancia de practicar nuevas habilidades, de modo que estos planes de estudio incluyen actividades de ensayo y *role-playing*.

Una evaluación a gran escala de *Postponing Sexual Involvement* se llevó a cabo en California entre 1992-1994. Participaron más de 10 600 alumnos de séptimo y octavo grado; cada uno fue asignado de manera aleatoria al plan de estudios o a un grupo control (Kirby *et al.*, 1997). El programa *PSI* consistió de cinco sesiones de 45 a 60 minutos cada una; incluyó discusión, actividades en grupo, videos o diapositivas

y *role-playing*. Se obtuvieron datos de encuesta antes del programa, 3 meses después y 17 meses después del programa. A los 3 meses, los jóvenes que participaron en el *PSI* mostraron dos cambios positivos en actitud, refrendaron más razones para no tener sexo, estuvieron en mayor probabilidad de reconocer el contenido sexual en los medios de comunicación y se mostraron más confiados en que podrían negarse a tener relaciones sexuales. A los 17 meses, no hubo diferencias entre los grupos. El programa no tuvo efecto sobre varias medidas del comportamiento sexual. La reseña concluyó que es posible que el programa haya sido demasiado limitado tanto en espectro como en duración.

Educación sexual en el salón de clases

Las encuestas con los directores de los distritos de escuelas públicas o sus representantes nos proporcionan información sobre las políticas de los distritos escolares en todo Estados Unidos. ¿En dónde tiene mayor impacto la disposición de limitar los fondos federales a programas de sólo abstinencia? Los investigadores estratificaron los distritos escolares de acuerdo con el tamaño: pequeños (1 a 4 999 alumnos), medios (5 000 a 24 999) y grandes. Seleccionaron muestras aleatorias de los distritos pequeños y medios y tomaron muestras en todos los 224 distritos grandes. Se enviaron cuestionarios a través del correo en el otoño de 1998 a 1 224 distritos, de los cuales 825 (68 por ciento) regresaron sus respuestas. Treinta y un por ciento informó que no tenían una política en el distrito. De aquellos que informaron tener una política, 14 por ciento tenían como requisito obligatorio un programa amplio, 51 por ciento promovían la abstinencia pero permitían la discusión de la anticoncepción (“abstinencia más”) y 35 por ciento (23 por ciento de todos los distritos) requerían la instrucción de sólo abstinencia. Los distritos de la zona Sur tenían una probabilidad cinco veces mayor que los del Noreste de demandar programas de sólo abstinencia. Los distritos en el Medio Oeste estaban en mayor probabilidad de informar que no tenían política al nivel de distrito. La mitad de los distritos informaron que las directivas del estado eran el factor más influyente en la política en esta área, un 18 por ciento adicional informó tener comités especiales y 17 por ciento informó que la junta escolar era la que tenía mayor influencia. Los investigadores estimaron el porcentaje de estudiantes de escuelas públicas en cada tipo de distrito: 9 por ciento en un distrito con una política amplia, 45 por ciento en un distrito con política de más abstinencia, 32 por ciento en distritos de sólo abstinencia y 14 por ciento en distritos sin política al respecto (Landry *et al.*, 1999).

Una encuesta realizada en 1999 con maestros obtuvo datos acerca de lo que realmente se estaba enseñando en el salón de clases en comparación con 1988 (Darroch *et al.*, 2000). Se obtuvo una muestra de más de 7 000 maestros del séptimo al duodécimo grados a par-

tir de una base de datos nacional; la muestra incluyó a maestros de biología, educación para la salud, ciencias familiares o del consumidor y enfermeras escolares. En abril se enviaron los cuestionarios, con dos contactos de seguimiento. En total, 3 754 maestros (49 por ciento) respondieron. El cuadro 23.3 presenta los porcentajes de maestros que informaron haber cubierto varios temas según el grado. En 1999, los temas que se enseñaron más comúnmente —informados por más del 90 por ciento de los maestros— fueron la manera en que se trasmite el VIH, abstinencia e ITS. Más del 80 por ciento informaron haber dado clases sobre parentalidad adolescente, resistir la presión de pares y pubertad. En contraste, menos de dos terceras partes de los maestros enseñaron sobre prevención del embarazo —dónde acudir para obtener asistencia en cuanto a control natal— y prevención de la parentalidad adolescente (aborto). Cuando se les preguntó qué consideraban que se debería enseñar, 89 por ciento de los maestros pensaron que la enseñanza debería abarcar desde el control de la natalidad hasta el aborto. Es evidente que estos maestros consideran que los alumnos no están obteniendo la información que deberían recibir.

La mitad inferior del cuadro 23.3 presenta los resultados de una encuesta similar realizada en 1988. Hubo varios cambios significativos. Los maestros en 1999 están en mayor probabilidad de enseñar sobre ITS (+13 por ciento), abstinencia (+6 por ciento) y resistir la presión de los compañeros (+8 por ciento). Los maestros en 1999 están en menor probabilidad de informar que han dado clases sobre métodos de control natal, realidades del aborto, temas éticos implicados en el aborto y orientación sexual que los maestros de 1988. Como señalamos antes, todos estos son temas que la mayoría de los estudiantes y padres desean que se incluyan en los programas de educación para la sexualidad en las escuelas. Por tanto, la presión para que las clases se enfoquen en la abstinencia está dando por resultado una educación menos amplia de la que desean los alumnos y los padres.

Distribución de condones

En el decenio de 1990, el conflicto más visible tuvo que ver con la posibilidad de distribuir condones para los alumnos en las escuelas. Entre 1998-1999 había 1 135 centros de salud escolares en todo Estados Unidos, localizados en 45 estados y el Distrito de Columbia (Alan Guttmacher Institute, 2000). Sólo 23 por ciento de estos centros tenían permitida la distribución interna de métodos anticonceptivos. Al inicio de la década había 431 escuelas públicas que tenían disponibles condones para los alumnos (Brown *et al.*, 1997).

En algunas escuelas, los condones se proporcionan a través del programa de educación sexual. En otras, las clínicas que proporcionan servicios de salud a los adolescentes facilitan el control natal, incluyendo los condones. Incluso en otras escuelas, los condones se

Tema central 23.4

Muestra de plan de estudios de educación para la sexualidad

Este conjunto de pautas de plan de estudios de educación para la sexualidad, desarrollado por SIECUS, se basó en la enseñanza de seis conceptos clave y la instrucción acerca de cada concepto en cada nivel de edad, con materiales apropiados para la edad. Los niveles etéreos son los siguientes:

- Nivel 1: edades de 5 a 8 años; escuela primaria inicial.
- Nivel 2: edades de 9 a 12 años; escuela primaria superior.
- Nivel 3: edades de 12 a 15 años; educación media o secundaria.
- Nivel 4: edades de 15 a 18 años; educación media superior o preparatoria.

Las pautas recomiendan que se enseñe el siguiente material:

Concepto clave 1: desarrollo humano

Tema 1: Anatomía y fisiología reproductiva

Nivel 1: cada parte del cuerpo tienen un nombre correcto y una función específica. Los niños y los hombres tienen un pene, escroto y testículos. Las niñas y las mujeres tienen vulva, clítoris, vagina, útero y ovarios. Tanto las niñas como los niños tienen partes del cuerpo que se sienten bien cuando se les toca.

Nivel 2: la maduración de los órganos reproductivos externos e internos ocurre durante la pubertad. En la pubertad, los niños comienzan a eyacular y las niñas comienzan a menstruar.

Nivel 3: el sistema de respuesta sexual difiere del sistema reproductivo. Algunos de los órganos reproductivos proporcionan placer al igual que capacidad reproductiva.

Nivel 4: los cromosomas determinan si un feto en desarrollo será varón o mujer. En ambos sexos, las hormonas influyen el crecimiento y el desarrollo, al igual que la función sexual y reproductiva. La capacidad reproductiva de la mujer cesa después de la menopausia; en general un hombre puede reproducirse durante toda su vida. Tanto los hombres como las mujeres experimentan placer sexual a lo largo de sus vidas. La mayoría de las personas disfruta de proporcionar y recibir placer sexual.

Tema 2: reproducción

Nivel 1: la reproducción requiere tanto de un hombre como de una mujer. Los hombres y mujeres tienen órganos reproductivos que les permiten tener un hijo. No todos los hombres y mujeres deciden tener hijos. Cuando una mujer se embaraza, el feto crece dentro de su cuerpo en el útero. En general, los bebés salen del cuerpo de la mujer a través de una abertura llamada vagina. Las mujeres tienen senos que pueden dar leche al bebé. El coito ocurre cuando un hombre y una mujer colocan el pene dentro de la vagina.

Nivel 2: el coito proporciona placer. Cada vez que ocurre coito genital es posible que la mujer quede embarazada. Existen maneras de tener coito genital sin causar un embarazo.

Nivel 3: las personas deberían usar anticonceptivos para el coito a menos que quieran tener un hijo. La concepción tiene más probabilidad de ocurrir en el periodo intermedio entre las reglas de una mujer. La ovulación puede ocurrir en cualquier momento durante el mes; por tanto, es posible que una mujer se embarace en cualquier momento. Cuando una niña comienza a menstruar, tiene posibilidad de embarazarse. Cuando un niño produce esperma y puede eyacular, es posible que cause un embarazo. Una primera señal de un embarazo es que se interrumpa la regla.

Nivel 4: la menopausia es cuando se detiene la capacidad reproductiva de la mujer. Algunas personas no pueden reproducirse debido a razones fisiológicas. Los procedimientos médicos pueden ayudar a ciertas personas que tienen problemas de fertilidad. Las personas que no pueden reproducirse, pueden elegir adoptar niños. Las nuevas tecnologías reproductivas, como la inseminación artificial, la fertilización *in vitro* y la maternidad sustituta permiten que las personas que tienen problemas de fertilidad tengan hijos.

Tema 3: pubertad

Nivel 1: el cuerpo cambia a medida que los niños crecen. Las personas pueden tener bebés únicamente después de que han llegado a la pubertad.

venden en máquinas expendedoras. De nuevo, los datos indican un amplio apoyo para la distribución de condones en las escuelas. En la ciudad de Nueva York, donde los condones están disponibles en todas las escuelas públicas de educación media superior, una encuesta encontró que 69 por ciento de los padres de los estu-

diantes de educación media superior apoyaban el programa, aunque la mitad también sentían que deberían ser capaces de impedir que sus hijos recibieran condones (Guttmacher *et al.*, 1995). Una encuesta de todos los estudiantes de una escuela de educación media superior en Denver encontró que 85 por ciento apoyaban la

Nivel 2: la pubertad comienza y termina a diferentes edades en diferentes personas. La mayoría de los cambios de la pubertad son similares en niños y niñas. Con frecuencia, las niñas comienzan los cambios de la pubertad antes que los varones. Es frecuente que los adolescentes al inicio de la pubertad se sientan incómodos, torpes, cohibidos, o todo esto, debido a los cambios rápidos que ocurren en sus cuerpos. Los sistemas sexual y reproductivo maduran durante la pubertad. En esta época de la vida, las niñas comienzan a ovular y menstruar y los niños comienzan a producir esperma y a eyacular. Durante la pubertad, muchas personas empiezan a desarrollar sentimientos sexuales y románticos.

Nivel 3: algunas personas no llegan a la pubertad completa hasta la mitad o parte final de la adolescencia.

Tema 4: imagen corporal

Nivel 1: los cuerpos de los individuos son de diferentes tamaños, formas y colores. Los cuerpos masculinos y femeninos son también especiales. Todos los cuerpos son especiales, incluyendo aquellos de las personas con discapacidad. Los buenos hábitos de salud, como la dieta y el ejercicio, pueden mejorar cómo se ve y siente una persona. Cada persona puede estar orgullosa de las cualidades especiales de su propio cuerpo.

Nivel 2: la apariencia de una persona está determinada por la herencia, el ambiente y los hábitos de salud. Los medios de comunicación presentan a personas bellas, pero la mayoría de la gente no se ajusta a estas imágenes. El valor de una persona no está determinado por su apariencia.

Nivel 3: el tamaño y forma del pene o de los senos no afecta la capacidad reproductiva o la capacidad para ser una buena pareja sexual. La talla y forma del cuerpo de una persona pueden afectar cómo se sienten los demás acerca de ella y la forma en que se comportan con ella. Las personas con discapacidades físicas tienen los mismos sentimientos, necesidades y deseos de las personas que no tienen discapacidades.

Nivel 4: la apariencia física es sólo un factor que atrae a una persona hacia otra. Una persona que acepta y se siente bien con su propio cuerpo será más agradable y atractiva para los demás. El atractivo físico no debería ser uno de los principales factores para elegir amigos o parejas.

Tema 5: identidad y orientación sexual

Nivel 1: todos nacemos como niños o niñas. Los niños y niñas crecen para convertirse en hombres y mujeres. La

mayoría de los hombres y mujeres son heterosexuales, que significa que se sentirán atraídos y se enamorarán de alguien del otro género. Algunos hombres y mujeres son homosexuales, lo cual significa que se sentirán atraídos y se enamorarán de una persona de su mismo género. Los homosexuales también se conocen como varones gay y mujeres lesbianas.

Nivel 2: la orientación sexual se refiere a si una persona es heterosexual, homosexual o bisexual. Una persona bisexual es aquella que se siente atraída hacia hombres y mujeres. No se sabe por qué una persona tiene una orientación sexual particular. Las personas homosexuales, heterosexuales y bisexuales son iguales excepto por su atracción sexual. Con frecuencia se trata mal a los homosexuales y bisexuales y se les llama con apodosos que les lastiman o se les niegan sus derechos debido a su orientación sexual. Algunas personas tienen miedo de admitir que son homosexuales porque temen que se les tratará mal. Las relaciones amorosas homosexuales pueden ser tan satisfactorias como las relaciones heterosexuales. Los varones gay y las lesbianas pueden formar familias si adoptan niños o tienen sus propios hijos.

Nivel 3: muchas personas jóvenes tienen experiencias sexuales breves (incluyendo fantasías y sueños) con personas del mismo género, pero principalmente se sienten atraídas hacia el otro género. Cuando una persona homosexual acepta su orientación sexual, adquiere fortaleza y orgullo como persona gay o lesbiana y se lo dice a los demás; esto se conoce como “salir del clóset”. Las personas no eligen su orientación sexual. La orientación sexual no se puede cambiar con terapia o medicina.

Nivel 4: la comprensión e identificación de la propia orientación sexual puede cambiar durante la vida. Los adolescentes que tienen dudas sobre su orientación sexual deberían consultar con un adulto bien informado en quien confíen.

Las pautas del plan de estudios continúan con contenidos igualmente detallados para los cuatro conceptos clave siguientes:

- Concepto clave 2: relaciones
- Concepto clave 3: habilidades personales
- Concepto clave 4: comportamiento sexual
- Concepto clave 5: salud sexual

El espacio no nos permite listar todos los detalles dentro de cada uno de estos conceptos, de modo que los lectores interesados pueden consultar la fuente que se menciona en seguida

Fuente: Condensado de SIECUS (1996).

distribución de condones en su escuela (Fanburg et al., 1995). Cincuenta y cinco por ciento de los estadounidenses consideran apropiado que las escuelas distribuyan condones a los alumnos (SIECUS, 2004a).

La oposición más visible para los programas de distribución de condones es la de la Iglesia Católica Romana.

Los dirigentes de la Iglesia, incluyendo a los obispos de la ciudad de Nueva York y Chicago, se oponen a tales programas debido a la prohibición de su religión a todas las formas artificiales de anticoncepción. Otros se oponen a dichos programas con base en que alentarán el coito fuera del matrimonio. Como dijo un crítico:

Cuadro 23.3 Cobertura de temas en educación para la sexualidad informados por los maestros, según el grado, 1988 y 1999

| Tema y año | Enseñado en la escuela [†] | Enseñados por los maestros en los grados | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1999 | | | | | | | |
| Cualquier educación sexual [†] | 93.4** | 64.1** | 66.6** | 62.5 | 69.1 | 51.4 | 49.2 |
| Pubertad | 80.1 | 70.3 | 58.9 | 74.2 | 60.7 | 54.7 | 52.4 |
| Cómo se transmite el VIH | 93.5 | 73.0** | 74.5 | 87.9** | 74.7*** | 70.3*** | 67.9*** |
| ITS | 95.2*** | 74.3*** | 79.3*** | 86.9*** | 75.3 | 70.9 | 68.2 |
| Cómo resistirse a la presión de los pares en cuanto a tener relaciones sexuales | 85.7*** | 70.4*** | 73.5*** | 82.4*** | 64.1 | 62.5* | 59.9 |
| Implicaciones de la parentalidad adolescente | 88.4 | 63.9 | 74.1 | 82.2 | 68.5 | 66.3 | 64.0 |
| Abstinencia del coito | 95.2* | 73.1*** | 74.5*** | 87.2*** | 70.9** | 67.9* | 66.2** |
| Noviazgos | 80.7 | 69.3 | 70.9 | 76.8 | 57.8 | 58.2 | 55.7 |
| Abuso sexual | 78.2 | 58.2 | 62.1 | 76.0 | 61.1 | 59.6 | 58.9 |
| Maneras no sexuales de demostrar afecto | 76.8 | 62.1 | 65.1 | 74.8 | 58.2 | 57.9 | 55.4 |
| Métodos de control natal | 77.2*** | 33.3*** | 52.5** | 76.3 | 66.0*** | 67.1*** | 63.7*** |
| Aborto: información real | 63.0*** | 22.6 | 35.7 | 62.6 | 57.0 | 57.1 | 54.0 |
| Dónde acudir para obtener control natal | 64.9 | 23.6 | 41.7 | 67.5 | 57.7 | 57.7 | 54.4 |
| Aborto: temas éticos | 57.4*** | 19.5 | 32.0 | 57.9 | 53.4 | 52.5 | 50.2 |
| Manera correcta de usar un condón | 52.8* | 16.3*** | 29.9*** | 55.1*** | 47.3*** | 48.0*** | 44.1*** |
| Orientación sexual [‡] | 51.3*** | 20.9 | 36.7 | 50.3 | 43.4 | 44.0 | 40.3 |
| 1988 | | | | | | | |
| Cualquier educación sexual [†] | 89.8 | 56.6 | 54.9 | 61.8 | 67.2 | 50.2 | 48.4 |
| Cómo se transmite el VIH | 94.0 | 63.5 | 69.7 | 81.0 | 85.8 | 83.4 | 84.8 |
| ITS | 82.1 | 46.4 | 50.6 | 68.2 | 76.0 | 70.9 | 72.3 |
| Cómo resistirse a la presión de los pares en cuanto a tener relaciones sexuales | 79.3 | 35.5 | 41.7 | 58.4 | 61.4 | 57.1 | 57.3 |
| Abstinencia del coito | 89.4 | 56.8 | 60.9 | 74.7 | 78.5 | 74.0 | 74.0 |
| Métodos de control natal | 91.5 | 57.7 | 64.4 | 78.4 | 83.2 | 80.8 | 81.0 |
| Dónde acudir para obtener control natal | 82.9 | nn | n | n | n | n | |
| Aborto: temas éticos | 76.7 | nn | n | n | n | n | |
| Manera adecuada de usar un condón | 48.5 | 7.7 | 9.6 | 25.7 | 31.1 | 29.0 | 28.6 |
| Orientación sexual [‡] | 68.5 | nn | n | n | n | n | |

*Diferencia significativa con respecto a 1988 a $p < .05$.

**Diferencia significativa con respecto a 1988 a $p < .01$.

***Diferencia significativa con respecto a 1988 a $p < .001$.

[†]Los porcentajes en esta fila o columna se basaron en las respuestas de todos los maestros de la muestra; todos los demás resultados específicos de reactivo se basaron en las respuestas de los maestros de educación para la sexualidad.

[‡]En la encuesta de 1988, este tema se denominó "homosexualidad"; en 1999 se denominó "orientación sexual/homosexualidad".

Nota: n = no disponible; no se preguntó.

En lugar de la educación sexual amoral, humanista y secular, y la distribución de condones en las escuelas, las familias, iglesias, escuelas, organizaciones sociales y comunidad comercial debe volver a enfatizar la enseñanza, aprendizaje y práctica de las virtudes como la cortesía, amabilidad, honestidad, decencia, valor moral, integridad, justicia, juego limpio, respeto propio y a los demás, así como la Regla de Oro. (Gow, 1994, p. 184)

En enero de 1996, la Suprema Corte de Justicia de Estados Unidos rechazó una oposición al programa de distribución de condones en las escuelas públicas de Falmouth, Massachusetts.

Los condones están disponibles en las 15 escuelas de educación media superior de Seattle (Brown *et al.*, 1997). El 48 por ciento de los estudiantes que informaron haber tenido relaciones sexuales durante los

dos últimos años anteriores a la encuesta dijeron que habían obtenido condones de la escuela. En grupos de enfoque, los estudiantes dijeron que la disponibilidad de los condones no había conducido a que aumentaran sus tasas de actividad sexual. Los estudiantes preferían que los condones estuvieran disponibles en lugares privados (el consultorio de enfermería) en lugar de públicos (máquinas expendedoras). Los estudiantes también deseaban tener programas amplios de educación para la sexualidad en combinación con la distribución de condones.

La investigación indica que los programas de distribución de condones se asocian con una reducción en la incidencia y frecuencia del coito entre los estudiantes de educación media superior. Los investigadores identificaron escuelas de educación media superior en

Figura 23.5 La distribución de condones en las escuelas públicas ha provocado mucha polémica. Estos jóvenes muestran los condones obtenidos en su preparatoria en la ciudad de Nueva York.



Massachusetts que tenían programas de disponibilidad de condones. Después obtuvieron una muestra representativa de los estudiantes de las escuelas que tenían esos programas y de escuelas que no los tenían. Se obtuvieron cuestionarios de 4 166 alumnos, de quienes 865 asistían a escuelas donde había disponibilidad de condones. En los análisis de datos, los investigadores controlaron las características de la comunidad y del distrito (incluyendo ingresos, porcentaje de minorías, calificaciones de rendimiento de los estudiantes y tasas de abandono de los estudios) así como las características demográficas (edad, grado, origen étnico, género). Los estudiantes en las escuelas que proporcionaban condones estaban en menor probabilidad de informar haber tenido coito y en menor probabilidad de informar que habían tenido relaciones sexuales recientes (Blake *et al.*, 2003). Los estudiantes sexualmente activos de las escuelas que facilitaban condones tenían una probabilidad dos veces mayor de utilizarlos.

En varias escuelas, los programas de disponibilidad de condones son resultado de los esfuerzos de los estudiantes. En la comunidad de Thorndike, en Waldo County, Maine, después de que 20 por ciento de las estudiantes del cuarto año de educación media superior

se embarazaron en el año 2000, dos chicas, estudiantes del tercer año, desarrollaron una campaña para obtener condones en las escuelas. Realizaron investigación en la que participaron alumnos y personal académico y recopilaron datos estadísticos. Con base en una presentación hecha por ellas, la junta escolar votó 8 a 2 que se permitiera la distribución de condones. En la actualidad, las escuelas de California y Missouri tienen programas de ese tipo, gracias a las iniciativas estudiantiles.

El maestro

Supongamos que usted ha decidido comenzar un programa de educación para la sexualidad. Ha encontrado un plan de estudios que es consistente con sus objetivos, ya sea que se refieran a la promoción de la abstinencia premarital o al uso de condón en cada acto sexual. Sin importar dónde se lleve a cabo el programa —en el hogar, la escuela, el sitio de veneración religiosa o algún otro lugar— el siguiente recurso que usted necesita es el maestro. Existen dos requisitos esenciales: la persona debe tener conocimientos sobre sexualidad y debe sentirse cómodo en la interacción con los apren-

dices en cuanto a los temas sexuales. Los estudiantes de educación media superior de Minneapolis-St. Paul que participaron en grupos de enfoque estuvieron de acuerdo en que estos dos requisitos son fundamentales (Eisenberg *et al.*, 1997). También citaron como importante la capacidad del maestro para relacionar el material con sus vidas.

Los maestros de educación sexual necesitan instruirse acerca de sexo. Leer un texto amplio como este o tomar un curso universitario de sexualidad son buenas maneras de adquirir la información que se necesita. El maestro no tiene que poseer un posgrado en sexología; los requisitos importantes son buenos conocimientos básicos, una disposición a admitir cuando no sabe la respuesta y la paciencia para buscar la información. En entornos escolares, la preparación de los maestros es una influencia importante en el éxito del programa. Una encuesta de una muestra probabilística de los distritos encontró que aunque dos terceras partes de los distritos proporcionan capacitación, el método más frecuente es simplemente darle a los maestros material escrito para que lo lean. Cuarenta por ciento de los distritos no proporcionaban entrenamiento dentro del servicio; en otro 60 por ciento, la longitud promedio de la capacitación era sólo de 3 horas (Robenstine, 1994).

De igual importancia es la comodidad del maestro con los temas sexuales. Aunque los padres y otros adultos tienen la disposición de proporcionar información objetiva acerca del sexo a un niño o adolescente, es posible que transmitan actitudes negativas porque se muestran ansiosos o se sonrojan o porque utilizan eufemismos en lugar de un lenguaje sexual explícito. De acuerdo con una chica de 16 años de edad, "Las clases de desarrollo personal son una broma. Incluso el maestro parece incómodo. No hay manera en que nadie haga una pregunta seria" (Stodghill, 1998). Una evaluación del conservador plan de estudios de *Teen Aid* estudió las clases del séptimo y octavo grados que se proporcionaron en 24 escuelas; los investigadores evaluaron los resultados de los estudiantes y la filosofía y nivel de implementación del programa de los maestros. Hubo un mayor cambio en los valores, actitudes e intención conductual acerca de la abstinencia por parte de los alumnos cuando la filosofía de los maestros era congruente con el énfasis del plan curricular en cuanto a la abstinencia (de Gaston *et al.*, 1994).

El enfoque del maestro tiene un efecto sustancial sobre el contenido del curso. Los instructores que enfatizan la abstinencia y enseñan que los métodos de control natal son ineficaces, no enseñan a los estudiantes la manera de resistirse a las presiones para tener coito o el uso apropiado de condones y otros métodos (Lundun *et al.*, 2003).

Algunas personas se relajan y se sienten cómodas cuando discuten acerca de sexo. Otras deben esforzarse por aprender esta actitud. Existen varias maneras de lograrlo. Por ejemplo, el maestro puede hacer *role play* con otro adulto sobre tener discusiones sexuales

con niños. Algunas comunidades ofrecen de manera periódica programas diseñados para desensibilizar al maestro de sexualidad o para aumentar su conciencia sobre sus propios valores y actitudes sexuales.

Un buen maestro también es un buen escucha que puede evaluar lo que el aprendiz sabe a partir de hacer preguntas o que puede saber lo que un niño realmente desea saber cuando éste le hace una pregunta. Como cuenta un chiste, un día Juanito llega a la cocina después de salir del jardín de niños y le pregunta a su mamá de dónde vino; ella aprieta los dientes, se da cuenta que ha llegado el momento y procede con una discusión de 15 minutos acerca del coito, la concepción y el parto, sonrojándose todo el tiempo. Juanito la escucha, pero al final parece un tanto confundido y se aleja sacudiendo la cabeza mientras dice, "Que chistoso, Pepito dice que él vino de Colombia."

Educación efectiva para la sexualidad

En vista de los niveles continuamente altos de embarazo entre adolescentes (900 000 embarazos por año), el agudo incremento en las tasas de ITS en personas de 15 a 24 años de edad y el aumento en la tasa de infección por VIH en adolescentes, es imperativo que identifiquemos los programas de educación sexual que parecen ser efectivos para reducir los comportamientos de riesgo. A solicitud de los U.S. Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Estados Unidos para el control y prevención de enfermedades), varios investigadores emprendieron una minuciosa revisión de la investigación acerca de la efectividad de los programas escolares (Kirby *et al.*, 1994). Identificaron seis características que se asocian con demorar el inicio del coito, reducir la frecuencia del mismo, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de condones y otros anticonceptivos.

Los programas efectivos se enfocan en la reducción de los comportamientos de riesgo. Tales programas tienen un pequeño número de metas específicas. No enfatizan asuntos generales como la igualdad de género o las citas amorosas.

Los programas efectivos se basan en las teorías del aprendizaje social. Los programas que utilizan una teoría para diseñar el plan de estudios son más efectivos que aquellos que carecen de una teoría. Las teorías sugieren que, para ser efectivo, el programa debe incrementar el conocimiento, provocar o aumentar la motivación para protegerse uno mismo, demostrar los comportamientos específicos que protegerán a la persona y enseñar a la persona cómo utilizar de manera eficaz esos comportamientos.

Los programas efectivos enseñan a través de actividades experienciales que personalizan los mensajes. Tales programas evitan las cátedras y videos; en lugar de ello, emplean discusiones en grupos pequeños, simulación

y juegos, *role playing*, ensayo y técnicas educativas similares. Algunos de estos programas dependen de educadores entre los pares.

Los programas efectivos atienden a los medios de comunicación y a otras influencias sociales que alientan los comportamientos sexuales de riesgo. Algunos programas examinan la manera en que los medios de comunicación utilizan el sexo para vender los productos. Todos los programas efectivos analizan las “frases” que emplean los jóvenes para tratar de lograr que alguien tenga sexo y enseñan las maneras de responder a estos abordajes.

Los programas efectivos refuerzan valores claros y apropiados. Estos programas no carecen de valores. Enfatizan los valores de posponer el sexo y evitar el sexo sin protección y las parejas de alto riesgo. Los valores y normas deben adecuarse a la población meta. Se necesitan programas diferentes para estudiantes de educación media, estudiantes blancos de educación media superior y para estudiantes de educación media superior de minorías étnicas.

Los programas efectivos mejoran las habilidades de comunicación. Tales programas proporcionan modelos de buena comunicación y oportunidades de práctica y ensayo de habilidades.

El United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA) comisionó una reseña sobre la efectividad de los programas de educación para la sexualidad en países tan diversos como México, Francia y Tailandia, además de los Estados Unidos (UNAIDS, 1997). La reseña se enfocó en los estudios que midieron el impacto de los programas educativos sobre la conducta. Tres estudios encontraron un aumento en el comportamiento sexual después de un programa. Veintidós de los 53 estudios informaron que el programa demoró el inicio de la actividad sexual, condujo a una reducción en el número de parejas o redujo las tasas de embarazo no planeado e ITS. La reseña concluyó que el programa más efectivo

1. Se enfoca en la reducción de riesgos.
2. Se fundamenta en las teorías del aprendizaje social.
3. Se enfoca en actividades que atienden a las influencias sociales y de los medios de comunicación.
4. Enseña y permite la práctica de habilidades de comunicación y negociación.

La educación efectiva para la sexualidad es eficiente en cuanto a costo. En realidad, un programa con base en la escuela que previene la infección por VIH, ITS y el embarazo no intencional entre los estudiantes de educación media superior, puede ahorrar dinero. Los datos sobre 345 estudiantes sexualmente activos de educación media superior en California y Texas indican que el programa *Safer Choices* (Elecciones más seguras) dio por resultado un aumento del 15 por ciento en el uso de condones y un aumento del 11 por ciento en el uso de otros anticonceptivos. A través de un modelo estadístico, a continuación los investi-

gadores estimaron que el programa previno 0.12 casos de infección por VIH, 24 casos de clamidia, 2.8 casos de gonorrea, 5.9 casos de enfermedad inflamatoria pélvica y 18 embarazos. Los investigadores concluyeron que el programa ahorra 2.65 dólares en costos médicos y sociales por cada dólar invertido en el programa (Wang *et al.*, 2000). Al utilizar estos estimados de la prevención lograda a través del costo de 105 000 dólares del programa, podemos estimar las consecuencias si los recursos federales gastados en los programas de sólo abstinencia se hubiesen invertido en educación sexual efectiva. Si los 899 millones de dólares gastados entre 1998 y 2003 para apoyar la educación de sólo abstinencia se hubiesen invertido en educación sexual efectiva, se habrían prevenido 1 027 casos de infección por VIH, 208 000 casos de clamidia, 23 974 casos de gonorrea, medio millón de casos de EIP y 158 397 casos de embarazos no deseados entre adolescente (aproximadamente 18 por ciento de los embarazos de adolescentes). El ahorro total neto, en una época de déficits presupuestales y reducciones de recursos federales dirigidos a los programas sociales, habría sido de 2.3 mil millones de dólares.

Los programas de educación sexual que reducen el comportamiento sexual de riesgo por parte los adolescentes sí existen y la inclusión de tales programas en las escuelas ha recibido apoyo de una gran mayoría de los padres en todas las encuestas. Necesitamos convencer a los administradores escolares para que implementen tales programas, proporcionen la capacitación y apoyo adecuados para los maestros y tomen una postura firme ante el antagonismo de los opositores vehementes de estos programas.

Educación sexual multicultural efectiva

Gran parte de la discusión en este capítulo ha supuesto la homogeneidad de los participantes en un programa de educación para la sexualidad; es decir, que todos provienen de la misma cultura. En algunas situaciones, la suposición es válida, pero en otros entornos es posible que los aprendices provengan de antecedentes culturales diversos.

Las culturas difieren en una variedad de formas que se relacionan directamente con el éxito o fracaso de un programa de educación para la sexualidad (Irvine, 1995). Existen diferencias culturales en las prácticas sexuales, algunas de las cuales se discutieron en los capítulos 1 y 11. La aceptabilidad del lenguaje sexual explícito, o de tipos particulares de lenguaje, como el caló callejero, varía de una cultura a otra. Las culturas son diversas en cuanto al significado que dan a la sexualidad. Las culturas blancas, euroestadounidenses, han enfatizado que el sexo tiene el propósito de la

Figura 23.6 Educación sexual alrededor del mundo. En esta clínica de planificación familiar en India, una educadora explica el sistema reproductivo a estas madres.



reproducción y, por ende, tienden a considerar al coito vaginal como la norma (véase capítulo 21). Otras culturas colocan un mayor énfasis en el placer que se puede derivar de la estimulación sexual. Por último, las culturas varían en la definición de la familia y en los roles que se esperan dentro de ella.

Por necesidad, los programas de educación para la sexualidad utilizan el lenguaje. La jerga callejera podría mejorar el *rappor*t con los jóvenes urbanos negros, pero ofender profundamente a las latinas. El desarrollo del plan de estudios y los maestros basan sus programas en suposiciones acerca de la frecuencia de prácticas sexuales específicas, como el coito vaginal y anal. De manera implícita o explícita identifican como deseables algunas prácticas, como el uso del condón. Reflejan suposiciones acerca de los propósitos de la intimidad sexual; por ejemplo, los programas de sólo abstinencia suponen que el coito es más significativo o sólo es significativo dentro del matrimonio.

Si se desea que la educación para la sexualidad tenga éxito, debe reflejar, o cuando menos aceptar, las culturas de los participantes. El educador debe evaluar a su público, los mensajes propuestos y el contexto, y después dirigir el programa conforme a ello (Irvine,

1995). Los educadores deben reconocer su propia cultura sexual, aprender acerca de la cultura o culturas sexuales de los participantes y tener conciencia de las diferencias de poder entre los grupos de la sociedad. En el salón de clases, deberían utilizar este conocimiento para mejorar la efectividad de la presentación. El uso de estilos y medios de comunicación comunes para las culturas de los participantes —por ejemplo, ciertas canciones *rap* que atraen a los jóvenes afroestadounidenses urbanos— pueden ser una herramienta valiosa. Por último, es importante que el programa no promueva creencias y prácticas que son incompatibles con las culturas de los participantes. Tales programas están condenados al fracaso.

Un intento por desarrollar un plan de estudios dirigido a adolescentes afroestadounidenses es el programa “Let the Circle Be Unbroken: Rites of Passage” (Que no se rompa el círculo: ritos de iniciación) (Okwumabua *et al.*, 1998). Este programa se basa en la premisa de que una transición exitosa a la adolescencia requiere preparación y celebración. Se presenta a jóvenes de 10 a 14 años de edad, tiene una duración de cuatro a seis meses y en él participan los jóvenes, sus padres y amigos. Al personal se le capacita de manera especial durante una

Figura 23.7 La investigación indica que los programas de educación sexual son más efectivos cuando permiten que los estudiantes obtengan experiencia a través del *role playing* y ensayando las discusiones que podrían tener con una pareja potencial. Aquí, los estudiantes hacen *role play* sobre las maneras de resistirse a participar en actividad sexual que no desean.



“fase de orientación”. Durante la “fase de iniciación” se presentan programas semanales con duración de 60 a 90 minutos; estos programas se enfocan en la preparación para los roles adultos, incluso para tomar decisiones sexuales y decidir un comportamiento apropiado. Las últimas cuatro semanas forman la “fase de culminación”, en la que todos planean la celebración final, el *rito de iniciación*. Los programas de este tipo responden a una demanda de educación sexual que incorpore el contexto familiar y comunitario en el que se fundamenta nuestra sexualidad (Maddock, 1997; Young, 1996).

Otro grupo que necesita que la educación sexual se adapte a sus necesidades es el de los individuos con discapacidades del desarrollo. En una declaración sobre su política, la American Academy of Pediatrics (Academia estadounidense de pediatría) (Committee on Children with Disabilities, 1996) atendió a las circunstancias especiales de los niños y adolescentes que tienen discapacidades del desarrollo. La declaración señala que no podemos suponer que los pla-

nes de estudio diseñados para niños del sexto grado pueden presentarse a los niños de 12 años que tienen estas discapacidades. En lugar de ello, es necesario que los programas evalúen las capacidades cognitivas y emocionales de cada niño y adolescente y después presenten materiales apropiados para el nivel de desarrollo. Es posible que la información sobre las formas de expresión romántica y sexual tengan que enfatizar las normas sociales sobre lo que es apropiado y desalentar los comportamientos inapropiados en público. También, los programas dirigidos a estas personas deben reconocer su vulnerabilidad a la exploración y realizar esfuerzos especiales para enseñarles habilidades de protección personal.

Un instituto en México ha participado en un proyecto a largo plazo para desarrollar programas de educación sexual apropiados para esa cultura (Pick *et al.*, 2003). En ese contexto cultural, los programas deben tomar en cuenta los fuertes roles tradicionales de género. Los hombres que tienen muchas parejas sexuales reciben mucha admiración y las

mujeres deben ser recatadas y no demostrar placer en la sexualidad. El hombre es quien toma las decisiones en cuanto a la sexualidad y la reproducción y la mujer asume un rol pasivo. Noventa y cinco por ciento de la población es Católica Romana, de modo que deben tomarse en cuenta las tradiciones de esa religión. Al considerar todos estos factores, los programas educativos que desarrolló el instituto enfatizan un estilo participativo de aprendizaje, conocimiento

concreto no sólo acerca de la sexualidad sino de los roles y expectativas de género, y habilidades de comunicación, en especial aquellas para comunicarse con los padres.

A medida que se reconoce cada vez más la diversidad dentro de Estados Unidos y en todo el mundo, el desarrollo de programas de educación sexual, efectivos para el nivel de desarrollo y la cultura, presentará desafíos importantes.

RESUMEN

Muchos niños reciben su educación sexual de sus compañeros o de otras fuentes, no de sus padres. Como resultado, aquellos que están a favor de que la educación se enseñe únicamente en casa en lugar de la escuela están siendo poco realistas. La mayoría de los estadounidenses favorecen que la educación sexual se dé en la escuela. Los casos de oposición a la educación sexual son poco comunes e implican a un pequeño número de personas.

Los propósitos de la educación para la sexualidad incluyen proporcionar a los niños el conocimiento adecuado acerca de los aspectos físicos y emocionales del sexo, con una oportunidad para desarrollar sus propios valores y habilidades interpersonales y con la madurez para asumir la responsabilidad de su sexualidad.

Aquello que se enseña a cada edad debería depender de aquello en que piensan los niños a esa edad. Los niños atraviesan por diversas etapas en su comprensión de la sexualidad. Por ejemplo, al principio creen que los bebés siempre han existido. Después, se percatan que los padres causaron la creación del bebé, pero no saben exactamente cómo. Los niños mayores adquieren una comprensión más científica de la reproducción. Los juegos sexuales de los niños parecen preceder al desarrollo del conocimiento sexual, en lugar de ser una consecuencia de éste. Los chistes procaces de los niños reflejan los intentos de sus padres por ocultarles el sexo, el uso de eufemismos por parte de los padres en lugar de los términos reales y la enorme fascinación de los niños con los órganos sexuales y el coito.

Los planes académicos de educación para la sexualidad han evolucionado en gran medida a lo largo de los últimos tres decenios. Los primeros programas se enfocaban en el conocimiento, aclaración de valores y habilidades para la toma de decisiones. No tenían un efecto sustancial. Los programas conservadores como *Sex Respect* enfatizan la abstinencia y su contenido es limitado. Aunque cada año se gastan millones de dólares en la promoción de estos programas, la evidencia indica que no son efectivos y muchas organizaciones

y profesionales han demandado que el presidente y el Congreso de Estados Unidos eliminen la subvención para estos programas. En muchos distritos escolares se requieren programas de educación sobre VIH; las encuestas sugieren que éstos pueden conducir a un aumento del conocimiento y al uso más frecuente del condón. Los programas contemporáneos se basan en la teoría de la ciencia social y enfatizan la importancia de permitir que los niños practiquen nuevos comportamientos como las habilidades de comunicación. Una evaluación de uno de tales programas encontró algunos cambios a los tres meses después de la participación. Ninguno de los cambios duró diecisiete meses.

Existe buena cantidad de conflictos acerca de la distribución de condones en las escuelas. Los estudiantes de educación media superior y sus padres han dado amplio apoyo, pero la Iglesia Católica, entre otros, es una opositora vehemente.

Un buen instructor de educación para la sexualidad debe tener conocimientos precisos de sexualidad, debe estar cómodo con la discusión del tema y debe ser un buen escucha de las preguntas que hacen los alumnos. Los estudiantes dicen que la capacidad del instructor para relacionar el material con sus vidas también es importante.

La investigación sugiere que los programas de educación para la sexualidad que son efectivos para demorar el inicio de las relaciones sexuales, reducir la frecuencia del coito y el número de parejas, y aumentar el uso del condón, comparten varias características. Se enfocan en comportamientos específicos de riesgo, atienden a las influencias sociales sobre la conducta sexual, refuerzan valores y proporcionan oportunidades de practicar nuevas habilidades.

Para ser eficaz, la educación sexual multicultural debe reflejar o ser consistente con las culturas de los participantes. Debería presentar mensajes que sean compatibles con las creencias y prácticas de los estudiantes. Tales programas deberían utilizar un lenguaje y estilos de comunicación que sean apropiados.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN, DISCUSIÓN Y DEBATE

1. Diseñe un plan de estudios de educación para la sexualidad que se pueda utilizar en las escuelas e indique los temas que considera que sería importante enseñar en los diversos niveles de edad y cuál es su razonamiento detrás de cada una de sus opciones.
2. Discuta el siguiente tema: debería incluirse una unidad de educación para la sexualidad, de cuando menos una semana, en todos los grados educativos de todas las escuelas.
3. Los datos de las encuestas indican que los medios masivos de comunicación son una de las principales fuentes de información acerca de la sexualidad para los niños y adolescentes. En el capítulo 1, Tema central 11.1, vimos que las representaciones de los medios en Estados Unidos son generalmente poco realistas. ¿Cómo manejaría usted el acceso a las representaciones mediáticas de la sexualidad para su hijo a los 5, 10 y 15 años de edad? ¿Qué haría usted y qué le diría a su hijo a cada edad?

SUGERENCIAS PARA LECTURAS ADICIONALES

- Haffner, Debra. (2004). *From diapers to dating: A parents guide to raising sexually healthy children*. 2a. edición. Nueva York: Newmarket Press. Debra Haffner fue Presidenta y CEO de SIECUS, el Sex Information and Education Council of the United States. Este libro proporciona orientación sensata para los adultos acerca de cómo educar a sus hijos acerca de la sexualidad.
- Haffner, Debra y Tartaglione, Alyssa H. (2001). *Beyond the Big Talk: Every Parent's Guide to Raising Sexually Healthy Teens from Middle School to High School and Beyond*. Nueva York: Newmarket Press.
- Irvine, Janice M. (1995). *Sexuality education across cultures: Working with differences*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. El primer libro en enfocarse en la manera de comprender mejor que las diferencias culturales pueden conducir a programas de educación sexual más efectivos.
- Mayle, Peter y Robins, Arthur. (1973). *Where did I come from?* Secaucus, NJ: Lyle Smart. Un clásico. Un delicioso libro de educación para la sexualidad dirigido a niños pequeños, con ilustraciones maravillosas. ¡Peter, Elizabeth y Laura DeLamater, así como Margaret y Luke Hyde, fueron criados con este libro!
- SIECUS. (1996). *Guidelines for comprehensive sexuality education: Kindergarten–12th grade*. Nueva York: Sexuality Information and Education Council of the United States. Estas pautas delimitan un programa amplio, dividido en 36 temas, que contiene mensajes apropiados según el nivel de desarrollo de acuerdo con el nivel escolar. Para entrar en contacto con SIECUS, vea la lista de recursos en la red que se presenta a continuación.

RECURSOS EN LA RED

<http://www.siecus.org>

Sexuality Information and Education Council of the United States.

<http://www.cis.yale.edu/ynhti/curriculum/guides/1991/5/91.05.01.x.html>

Información sobre educación sexual en entornos multiculturales.

Respuestas a preguntas de sexualidad

<http://www.sfsi.org>

San Francisco Sex Information (Información sexual de San Francisco).

<http://www.sexualityandu.ca/eng>

Sexuality and U (La sexualidad y tú), un sitio canadiense de educación para la sexualidad dentro de la red; información sobre desarrollo sexual y páginas independientes diseñadas para padres, adolescentes, adultos y educadores.

<http://www.goaskalice.columbia.edu>

Health Question and Answer Service by Alice! (Servicio de preguntas y respuestas de salud de Alice), Programa de educación para la salud de la Columbia University; véanse los vínculos de sexualidad y salud sexual

Información general

<http://www.healthfinder.gov>

Sitio de información de salud del U.S. Department of Health and Human Services. (Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos.)

<http://www.plannedparenthood.org/health>

Páginas de información de salud de Planned Parenthood (Paternidad planeada).

<http://www.medicinenet.com>

Referencia en línea para padecimientos médicos, síntomas, tratamiento y terminología.

<http://www.mhhe.com/socscience/sex>

Página de recursos sobre sexualidad de McGraw-Hill.

Epílogo

En la era del SIDA, el desafío es crear sexo gozoso, íntimo y satisfactorio. Estamos convencidos que existen rutas que son absolutamente descabelladas. Una es sentirse tan abrumado por la amenaza del SIDA que el sexo quede atrapado entre las heladas cadenas de la ansiedad. La otra tontería absoluta es ocultar la cabeza en la arena, ignorando la amenaza del SIDA (y el herpes y las verrugas genitales) y continuar con el sexo como siempre. De este modo, la epidemia del SIDA seguirá intensificándose. Todos necesitamos virar a un camino intermedio en el que tomemos con seriedad

al SIDA y a otras ETS, mientras conservamos el gozo y satisfacción del sexo.

No tenemos ninguna respuesta fácil para estos retos. La educación sexual es una parte de la solución, al igual que la educación sobre las drogas. El financiamiento continuo de la investigación tanto médica como psicológica resulta esencial. Incluso podríamos llegar a considerar la posibilidad de estilos de vida alocados y salvajes, como la monogamia. Mientras tanto, necesitamos recordar que el sexo puede y debería ser gozoso.

Directorio de recursos en sexualidad humana

I. Cuestiones de salud: embarazo, anticoncepción, aborto, enfermedades

American Cancer Society
 1599 Clifton Road, N.E.
 Atlanta, GA 30329-4251
 1-800-227-2345
www.cancer.org

La Sociedad Estadounidense del Cáncer ofrece información actualizada y precisa acerca de tratamientos y apoyo para el cáncer. Financia investigaciones acerca del cáncer.

American Foundation for the Prevention of Venereal Disease, Inc.
 799 Broadway, Suite 638
 New York, NY 10003
 (212) 759-2069

La Fundación Estadounidense para la Prevención de Enfermedades Venéreas proporciona una guía completa, *STD Prevention* (Prevención de ITS), que enfatiza la educación sexual y la higiene personal.

AVSC International
 440 Ninth Ave
 New York, NY 10001
 (212) 561-8000
 email: info@avsc.org
www.avsc.org

Apoya la prestación de servicios y ofrece información acerca de la planificación familiar y de un amplio rango de servicios de salud reproductiva.

CDC National AIDS Clearinghouse
 P.O. Box 6003
 Rockville, MD 20849-6003
 1-800-458-5231

Operado por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, este centro de información proporciona información y referencias acerca de SIDA/VIH.

La Leche League International
 1400 N. Meacham Road
 P.O. Box 4079
 Schaumburg, IL 60168
 (847) 519-7730

email: llhq@lilli.org
www.lalecheleague.org

Una organización dedicada a ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar por medio de apoyo madre a madre, aliento, educación e información.

National Abortion Rights Action League (NARAL)
 156 15th Street N.W., Suite 700
 Washington, DC 20005
 (202) 973-3000
www.naral.org

La Liga de Acción de Derechos Nacionales al Aborto es una organización de acción política que trabaja a nivel estatal y nacional en Estados Unidos y que se dedica a la preservación de los derechos de la mujer a los abortos seguros y legales y también a enseñarle a sus miembros el uso efectivo de los procesos políticos a fin de garantizar los derechos al aborto.

Division of STD/HIV/TB Prevention
National Center for Prevention Services
Centers for Disease Control
 1108 Corporate Square

Atlanta, GA 30333**(404) 639-8040****email: nchstp@cdc.gov****www.cdc.gov/nchstp/od/nchstp.html**

La División de Prevención de ITS/VIH/Tuberculosis del Centro Nacional de Servicios Preventivos de los CDC ofrece la información más actualizada acerca de temas relacionados con la prevención y de infecciones de transmisión sexual y VIH; administran los programas federales de Estados Unidos para la prevención de ITS e infección por VIH.

National Lesbian and Gay Health Association**1734 14th St., NW****Washington, DC 20009****(202) 939-7880**

La Asociación Nacional de Salud Gay y Lésbica está dedicada a satisfacer las necesidades sanitarias de lesbianas y varones gay.

National Right to Life Committee, Inc.**512 Tenth St., NW****Washington, DC 20004****(202) 626-8800****www.nrlc.org**

El Comité Nacional de Derecho a la Vida es una organización que se basa en la creencia de que la vida humana comienza al momento de la concepción y que, por tanto, el aborto se debería oponer.

National Women's Health Resource Center**2425 L Street NW, 3rd Floor****Washington, DC 20037****(202) 293-6045**

El Centro Nacional de Recursos de la Salud Femenina es un centro de información nacional acerca de la salud de las mujeres. Publica un boletín, el *National Women's Health Report* (Informe Nacional de Salud Femenina).

Planned Parenthood Federation of America (PPFA)**434 West 33rd St.****New York, NY 10001****(212) 541-7800****www.plannedparenthood.org**

La PPFA (Federación de Planeación Familiar de EUA) es la agencia de voluntarios más antigua y más grande de planificación familiar en Estados Unidos. A través de clínicas locales (llame al 1-800-230-PLAN en Estados Unidos para encontrar la clínica más cercana), ofrece información y servicios de control de la natalidad, esterilización voluntaria, cuidado prenatal, abortos, exámenes pélvicos y de mama y otros servicios de salud reproductiva, incluyendo educación en sexualidad.

Population Information Program**Johns Hopkins Center for Communication Programs****111 Market Place, Suite 310****Baltimore, MD 21202****Fax (410) 659-6266**

El Programa de Información Poblacional del Centro de Comunicaciones Johns Hopkins publica los *Population Reports* (Informes Poblacionales), informes frecuentes y actualizados acerca de anticoncepción y planificación familiar con un énfasis en países en desarrollo

II. Educación sexual, investigación sexual y terapia sexual

The Alan Guttmacher Institute**120 Wall Street—21st Floor****New York, NY 10005****(212) 248-1111****email: info@guttmacher.org****www.agi-usa.org**

Una organización sin fines de lucro para la investigación en salud reproductiva, análisis de políticas y educación pública. Produce muchas publicaciones excelentes e informativas.

American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists (AASECT)**P.O. Box 5488****Richmond, VA 23220****email: aasect@aasect.org****www.aasect.org**

La Asociación Estadounidense de Educadores, Orientadores y Terapeutas Sexuales certifica a los profesionales en sexualidad y proporciona otros servicios asociados con educación en sexualidad y con terapia sexual.

Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)**130 West 42nd Street, Suite 350****New York, NY 10036****(212) 819-9770****email: siecus@siecus.org****www.siecus.org**

El Consejo de Información y Educación en Sexualidad de Estados Unidos proporciona una biblioteca y un servicio de información acerca de educación en sexualidad, incluyendo planes de estudio. Publica bibliografías y cuenta con una base de datos de títulos de libros y revistas que tratan con la sexualidad humana que, en la actualidad, consta de más de 8 000 entradas.

The Society for the Scientific Study of Sexuality

P.O. Box 416
Allentown, PA 18105-0416
(610) 530-2483

email: thesociety@inetmail.att.net
www.sexscience.org

La Sociedad para el Estudio Científico de la Sexualidad es una organización dedicada a promover la investigación sexual de calidad; publica el *Journal of Sex Research* (Revista de Investigación Sexual).

manuales de recursos, boletines, bibliografías y artículos acerca de temas de actualidad para lesbianas, varones gay y personas con VIH/SIDA.

National Gay and Lesbian Task Force (NGLTF)

1325 Massachusetts Ave., NW
Washington, DC 20500
(202) 393-8579

La NGLTF (Fuerza de Tarea Nacional Gay y Lésbica) es la organización nacional de defensoría de los derechos civiles gay y lésbicos más antigua de Estados Unidos. Cabildeo, organización de bases, publicaciones (hable o escriba para recibir los listados) y referencias.

III. Cuestiones de estilo de vida

Harry Benjamin International Gender

Dysphoria Association
1300 South 2nd St., #180
Minneapolis, MN 55454

La Asociación Internacional Harry Benjamin de Disforias de Género es una sociedad para aquellos profesionales que estén interesados en el estudio y cuidado del transexualismo y de la disforia de género.

Society for the Second Self

Box 194
Tulare, CA 93275
(209) 688-9246

email: trichil@aol.com
members.aol.com/chitriess/triss/chimain.htm

La Sociedad para la Segunda Mitad es una organización para varones heterosexuales travestistas y sus esposas.

Intersex Society of North America

4500 Ninth Ave. NE #300
Seattle, WA 98105
email: info@isna.org

www.isna.org
 La ISNA (Sociedad Intersexual de Estados Unidos) es un grupo de pares y defensoría para intersexuales (personas que nacen con una anatomía sexual mixta).

IV. Medios

Multi-Focus, Inc.

1525 Franklin Street
San Francisco, CA 94109-4592
1-800-821-0514

Cuenta con una de las selecciones más amplias de cintas y videos de educación en sexualidad y de terapia sexual disponibles para su renta o adquisición.

J2CP Information Services

P.O. Box 184
San Juan Capistrano, CA 92693-0184

Información acerca del transexualismo y referencias profesionales.

Sinclair Intimacy Institute

P.O. Box 8865
Chapel Hill, NC 27514

El Instituto Sinclair de la Intimidación es otra organización que cuenta con una amplia selección de cintas y videos de educación en sexualidad y terapia sexual.

Lambda Legal Defense and Education Fund

120 Wall Street, Suite 1500
New York, NY 10005-3904
(212) 809-8585

and
3325 Wilshire Blvd., Suite 1300

Los Angeles, CA 90010-1729
(213) 382-7600

www.lambdalegal.org

El Fondo Lambda de Defensa y Educación Legal promueve los derechos legales de lesbianas, varones gay y personas con SIDA por medio de la litigación de casos de prueba y la educación pública. Publica muchos

V. Victimización sexual

Violence and Traumatic Stress Research Branch

National Institute of Mental Health
5600 Fishers Lane, Room 10C-024
Rockville, MD 20857
(301) 443-3728

La Rama de Investigación en Violencia y Estrés Traumático es el punto central del Instituto Nacional de la Salud Mental en cuanto a investigaciones acerca de conductas violentas, incluyendo el abuso sexual, los ataques sexuales y el trauma (incluyendo el TEPT).

VI. Feminismo y cuestiones de género

National Organization for Women (NOW)
733 15th Street NW, 2nd Floor
Washington, DC 20005
(202) 628-8669
email: now@now.org
www.now.org

La NOW (Organización Nacional para las Mujeres) busca tomar medidas a fin de incorporar a las mujeres por completo en la corriente principal de la sociedad estadounidense a fin de que ejerciten todos los privilegios y responsabilidades que de allí se derivan en una asociación verdaderamente equitativa con los hombres.

VII. Revistas

Annual Review of Sex Research
The Society for the Scientific Study of Sexuality
P.O. Box 416
Allentown, PA 18105-0416

Archives of Sexual Behavior
Plenum Publishing Corporation
233 Spring Street
New York, NY 10013-1578

Gender & Society
Sage Publications
2455 Teller Road
Newbury Park, CA 91320

Journal of Child Sexual Abuse
Haworth Press
10 Alice Street
Binghamton, NY 13904-1580

Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy
Haworth Press
10 Alice Street
Binghamton, NY 13904-1580

Journal of Homosexuality
Haworth Press
10 Alice Street
Binghamton, NY 13904-1580

Journal of Men's Studies
Men's Studies Press
P.O. Box 32
Harriman, TN 37748-0032

Journal of Sex and Marital Therapy
Taylor & Francis, Inc.
325 Chestnut St., Suite 800
Philadelphia, PA 19106

Journal of Sex Research
The Society for the Scientific Study of Sexuality
P.O. Box 416
Allentown, PA 18105-0416

Journal of the History of Sexuality
University of Texas Press
P.O. Box 7819
Austin, TX 78713

Psychology of Women Quarterly
Blackwell Publishing
350 Main Street
Malden, MA 02148

Sex Roles: A Journal of Research
Plenum Publishing Corporation
233 Spring Street
New York, NY 10013

Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment
Plenum Publishing Corporation
233 Spring Street
New York, NY 10013-1578

Sexual Addiction and Compulsivity
Taylor & Francis, Inc.
325 Chestnut St., Suite 800
Philadelphia, PA 19106

Sexuality and Disability
Kluwer Academic/Plenum Publishers
233 Spring Street
New York, NY 10013-1578
(212) 620-8000

Bibliografía

- AARP. (1999). *American Association of Retired Persons/ Modern Maturity sexuality study*. Washington, DC: AARP.
- AAUW. (2001). *Hostile hallways: Bullying, teasing, and sexual harassment in school*. Washington, DC: American Association of University Women.
- Abbey, Antonia. (1991). Misperception as an antecedent of acquaintance rape: A consequence of ambiguity in communication between men and women. In A. Parrott & L. Bechhofer (Eds.), *Acquaintance rape: The hidden crime*. New York: Wiley.
- Abbey, Antonia, Andrews, Frank M., & Halman, L. Jill. (1992). Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 408–417.
- ABC. (2004, May 27). American porn: Corporate America is profiting from porn—quietly. *ABCNews*, www.abcnews.com/sections/primetime/entertainment/porn_business.
- Abel, Ernest L. (1980). Fetal alcohol syndrome. *Psychological Bulletin*, 87, 29–50.
- Abel, Ernest L. (1984). *Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects*. New York: Plenum.
- Abel, Gene G., et al. (1992). Current treatments of paraphiliacs. *Annual Review of Sex Research*, 3, 255–290.
- Abel, Gene, & Rouleau, Joanne-L. (1990). The nature and extent of sexual assault. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Bartarce (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 9–21). New York: Plenum.
- Abramowitz, Stephen I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 183–189.
- Abrams, Dominic, et al. (2003). Perceptions of stranger and acquaintance rape: The role of benevolent and hostile sexism in victim blame and rape proclivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 111–125.
- Ackard, Diann M., & Neumark-Sztainer, Dianne (2002). Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse and Neglect*, 26, 455–473.
- Acker, Michele, & Davis, Mark. (1992). Intimacy, passion and commitment in adult romantic relationships: A test of the triangular theory of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 21–50.
- ACSF Investigators. (1992). AIDS and sexual behaviour in France. *Nature*, 360, 407–409.
- Adam & Eve. (2004). *Sex Stat: Sexy Internet sites gain in popularity*. Atlanta: Adam & Eve.
- Adams, M. A., et al. (1997). Vascular control mechanisms in penile erection: Phylogeny and the inevitability of multiple and overlapping systems. *International Journal of Impotence Research*, 9, 85–91.
- Addiego, Frank, et al. (1981). Female ejaculation: A case study. *Journal of Sex Research*, 17, 13–21.
- Adeoya-Osiguwa, S. A., et al. (2003). 17B-estradiol and environmental estrogens significantly affect mammalian sperm function. *Human Reproduction*, 18, 101–107.
- Adkins-Regan, Elizabeth. (2002). Development of sexual partner preference in the zebra finch: A socially monogamous, pair-bonding animal. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 27–34.
- Advocates for Youth. (2004a). Abstinence-only-until-marriage programs: History of government funding. www.advocatesforyouth.org/rrr/history.htm.
- Advocates for Youth. (2004b). Americans support sexuality education. www.advocatesforyouth.org/rrr/history.htm.
- Afriat, Cydney. (1995). Antepartum care. In Donald R. Couston, Ray V. Hunning, Jr., & Don Singer (Eds.), *Human reproduction: Growth and development* (pp. 213–234). Boston: Little, Brown & Co.
- Ahmadi, Nader. (2003). Rocking sexualities: Iranian migrants' views on sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 317–326.
- Ahluwalia, I. B., et al. (2001). Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. *Obstetrics and Gynecology*, 97, 649–656.
- Alan Guttmacher Institute. (2000) School-based health centers and the birth control debate. *The Guttmacher Report*, 3 (5).
- Alan Guttmacher Institute. (2001). U.S. teenage pregnancy statistics. New York: Alan Guttmacher Institute. www.agi-usa.org.
- Alan Guttmacher Institute. (2004a). *U.S. teenage pregnancy statistics*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute. (2004b). State policies in brief: Bans on “partial birth” abortion (as of June 1, 2004).

- Alan Guttmacher Institute. (2004c). State policies in brief: Sex and STD/HIV education. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Albert, Alexa. (2001). *Brothel: Mustang Ranch and its women*. New York: Random House.
- Albin, Rochelle S. (1977). Psychological studies of rape. *Signs*, 3, 423–435.
- Alexander, Michele G., & Fisher, Terri D. (2003). Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self-reported sexuality. *Journal of Sex Research*, 40, 27–35.
- Alkhatib, G., et al. (1996). CC CKR5: A RANTES, MIP1a, MIP-1b receptor as a fusin cofactor for macrophage-tropic HIV-1. *Science*, 272, 1955.
- Allen, Donald M. (1980). Young male prostitutes: A psychological study. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 399–426.
- Allen, Katherine R., & Demo, David H. (1995). The families of lesbians and gay men: A new frontier in family research. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 111–127.
- Allen, Mike, & Burrell, Nancy A. (2002). Sexual orientation of the parent: The impact on the child. In M. Allen et al. (Eds.), *Interpersonal communication research: Advances through meta-analysis* (pp. 125–143). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Allen, Mike, et al. (1996). The role of educational briefings in mitigating effects of experimental exposure to violent sexually explicit material. *Journal of Sex Research*, 33, 135–141.
- Algeier, Elizabeth Rice, & Wiederman, Michael W. (1994). How useful is evolutionary psychology for understanding contemporary human sexual behavior? *Annual Review of Sex Research*, 5, 218–256.
- Almroth, Lars, et al. (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science and Medicine*, 53, 1455–1460.
- Althof, Stanley E., et al. (2004). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. In T. F. Lue et al. (Eds.), *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 73–115). Paris: Editions 21.
- Amara, Rama R., et al. (2001). Control of a mucosal challenge and prevention of AIDS by a multiprotein DNA/MVA vaccine. *Science*, 292, 69–74.
- Ambrosone, Christine B., et al. (1996). Cigarette smoking, N-Acetyltransferase 2 genetic polymorphisms, and breast cancer risk. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1494–1501.
- American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. (2000). Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia. *Pediatrics*, 106, 138–142.
- American Cancer Society. (1995). *Cancer facts and figures—1995*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2004). *Cancer facts and figures 2004*. Atlanta: American Cancer Society. www.cancer.org.
- American Civil Liberties Union. (2004). Abortion bans: In the States. www.aclu.org.
- American Law Institute. (1962). *Model penal code: Proposed official draft*. Philadelphia: ALI.
- American Psychiatric Association. (2000a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000b). Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1719–1721. www.psych.org.
- Ames, Thomas-Robert. (1991). Guidelines for providing sexuality-related services to severely and profoundly retarded individuals: The challenge for the 1990s. *Sexuality and Disability*, 9, 113–122.
- Anderson, E. (1989). Sex codes and family life among poor inner-city youths. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 501, 59–78.
- Anderson, Kermyt, Kaplan, Hillard, & Lancaster, Jane. (2001). *Men's financial expenditures on genetic children and stepchildren from current and former relationships*. Ann Arbor, MI: Population Studies Center, Report No. 01-484.
- Anderson, M. (2004). *Personal communication*.
- Anderson, Michael C., et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, 303, 232–235.
- Andrews, Lori B. (1989). Alternative modes of reproduction. In S. Cohen & N. Taub (Eds.), *Reproductive laws for the 1990s* (pp. 361–404). Clifton, NJ: Humana Press.
- Anson, Robert S. (1977, October 25). *San Francisco Chronicle*.
- Antle, Katharyn. (1978). Active involvement of expectant fathers in pregnancy: Some further considerations. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 7 (2), 7–12.
- Antoni, Michael H., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20–32.
- Apfelbaum, Bernard. (2000). Retarded ejaculation: A much misunderstood syndrome. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 205–241). New York: Guilford.
- Arafat, Ibtihaj S., & Cotton, Wayne L. (1974). Masturbation practices of males and females. *Journal of Sex Research*, 10, 293–307.
- Aragon, Regina et al. (2001). *African Americans' views of the HIV/AIDS epidemic at 20 years*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation. www.kff.org.
- Araujo, A., et al. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458–465.
- Araujo, A., et al. (2000). Relation between psychosocial risk factors and incident erectile dysfunction: Prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *American Journal of Epidemiology*, 152, 533–541.
- Aries, Elizabeth. (1996). *Men and women in interaction: Reconsidering the differences*. New York: Oxford University Press.
- Arnold, Arthur P. (2003). The gender of the voice within: The neural origin of sex differences in the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 13, 759–764.
- Arnou, Bruce A., et al. (2002). Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males. *Brain*, 125, 1014–1023.
- Arthur, Lisa, & Driscoll, Amy (2002, May 16). Castration or life term? Judge to rule. *Miami Herald*.
- Ascensio, Marysol. (2002). *Sex and sexuality among New York's Puerto Rican youth*. Boulder, CO: Lynne Rienner.
- Associated Press. (1984, March 25). Baby girl is born from transferred embryo. *The New York Times*.
- Audet, M. C., et al. (2001). Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2347–2354.
- Augustinova, H., Hoeller, D., & Yao, F. (2004). The dominant-negative herpes simplex virus type 1 (HSV-1) recombinant CJ83193 can serve as an effective vaccine against

- wild-type HSV-1 infection in mice. *Journal of Virology*, 78, 5756–5765.
- Autry, Amy M., et al. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187, 393–397.
- Avis, Nancy E., & McKinlay, Sonja M. (1995, March–April). The Massachusetts Women's Health Study: An epidemiological investigation of the menopause. *JAMWA*, 50, 45–63.
- Bach, G., & Wyden, P. (1969). *The intimate enemy: How to fight fair in love and marriage*. New York: Morrow.
- Bachmann, G. A., & Leiblum, S. R. (1991). Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas*, 13, 43–50.
- Bagemihl, Bruce. (1999). *Biological exuberance: Animal homosexuality and natural diversity*. New York: St. Martin's Press.
- Bailey, J. Michael, et al. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 217–223.
- Bailey, J. Michael, Willerman, L., & Parks, C. (1991). A test of the maternal stress theory of human male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 277–294.
- Bailey, J. Michael, et al. (1995). Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Developmental Psychology*, 31, 124–129.
- Bailey, J. Michael, & Pillard, Richard C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089–1096.
- Bailey, J. Michael, & Pillard, Richard C. (1995). Genetics of human sexual orientation. *Annual Review of Sex Research*, 6, 126–150.
- Bailey, J. Michael, & Zucker, Kenneth J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation. *Developmental Psychology*, 31, 43–55.
- Baker, F. C., et al. (2002). Acetaminophen does not affect 24-h body temperature or sleep in the luteal phase of the menstrual cycle. *Journal of Applied Physiology*, 92, 1684–1691.
- Baker, Robin (1996). *Sperm wars: The evolutionary logic of love and lust*. New York: Basic Books.
- Bakker, A., et al. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237–238.
- Baladerian, Nora J. (1991). Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 9, 323–335.
- Baldwin, John D., & Baldwin, Janice I. (1989). The socialization of homosexuality and heterosexuality in a non-Western society. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 13–30.
- Baldwin, John D., & Baldwin, Janice I. (1997). Gender differences in sexual interest. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 181–210.
- Balter, Michael. (1995). Elusive HIV-suppressor factors found. *Science*, 270, 1560–1561.
- Balter, Michael. (1996). A second coreceptor for HIV in early stages of infection. *Science*, 272, 1740.
- Balter, Michael. (1998). Impending AIDS vaccine trial opens old wounds. *Science*, 279, 650.
- Bancroft, John. (1978). The prevention of sexual offenses. In C. B. Qualls et al. (Eds.), *The prevention of sexual disorders* (pp. 95–116). New York: Plenum.
- Bancroft, J. (1997). Sexual problems. In D. Clark & C. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 243–257). London: Oxford University Press.
- Bancroft, John, & Gutierrez, P. (1996). Erectile dysfunction in men with and without diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 13, 84–89.
- Bancroft, John, Herbenick, Debra, & Reynolds, Meredith. (2003). Masturbation as a marker of sexual development. In John Bancroft (Ed.), *Sexual development*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Bandura, Albert J. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, Albert. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Bandura, Albert. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, Albert, & Walters, Richard H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt.
- Banks, Amy, & Gartrell, Nanette K. (1995). Hormones and sexual orientation: A questionable link. *Journal of Homosexuality*, 28, 247–268.
- Barash, David P. (1982). *Sociobiology and behavior* (2d ed.). New York: Elsevier.
- Barbach, Lonnie G. (1975). *For yourself: The fulfillment of female sexuality*. Garden City, NY: Doubleday.
- Barbach, Lonnie G. (1983). *For each other: Sharing sexual intimacy*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Barbach, Lonnie G. (1993). *The pause: Positive approaches to menopause*. New York: Dutton.
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 621–630.
- Barclay, Laurie. (2003) USPSTF issues first recommendation to promote breast-feeding. *Medscape Medical News*, article 459383.
- Barlow, David H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140–148.
- Barlow, David H., Leitenberg, H., & Agras, W. S. (1969). Experimental control of sexual deviation through manipulation of noxious scenes in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 596–601.
- Baron, Larry, & Straus, Murray A. (1989). *Four theories of rape in American society*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Barouch, Dan H., et al. (2000). Control of viremia and prevention of clinical AIDS in rhesus monkeys by cytokine-augmented DNA vaccination. *Science*, 290, 486–492.
- Barr, A., Bryan, A., & Kenrick, D. (2002). Sexual peak: Socially shared cognitions about desire, frequency, and satisfaction in men and women. *Personal Relationships*, 9, 287–299.
- Barr, Helen M., et al. (1990). Prenatal exposure to alcohol, caffeine, tobacco and aspirin: Effects on fine and gross motor performance in 4-year-old children. *Developmental Psychology*, 26, 339–348.
- Bartell, Gilbert D. (1970). Group sex among the mid-Americans. *Journal of Sex Research*, 6, 113–130.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155–1166.
- Basile, Kathleen C. (2002). Prevalence of wife rape and other intimate partner sexual coercion in a nationally representative sample of women. *Violence and Victims*, 17, 511–524.
- Basson, Renée (2004). Summary of the recommendations on women's sexual dysfunctions. In T. F. Lue et al. (Eds.), *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women*. (pp. 975–990). Paris: Editions 21.
- Bauer, Charles, et al. (2002). The maternal lifestyle study: Drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 487–495.
- Baulieu, E. E., et al. (2000). Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: Contributions of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proceedings of the National Academy of Sciences—USA*, 97, 4279–4284.
- Baumeister, Roy F. (1988a). Masochism as escape from the self. *Journal of Sex Research*, 25, 28–59.

- Baumeister, Roy F. (1988b). Gender differences in masochistic scripts. *Journal of Sex Research*, 25, 478–499.
- Baumeister, Roy F., Catanese, K., & Vohs, K. (2001). 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*, 5, 242–273.
- Baumeister, Roy F., Catanese, Kathleen, & Wallace, Harry. (2002). Conquest by force: A narcissistic reactance theory of rape and sexual coercion. *Review of General Psychology*, 6, 92–135.
- Beach, Frank A. (1947). Evolutionary changes in the physiological control of mating behavior in mammals. *Psychological Review*, 54, 297–315.
- Beach, Frank A. (Ed.). (1976). *Human sexuality in four perspectives*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Beach, Frank, & Merari, A. (1970). Coital behavior in dogs. V. Effects of estrogen and progesterone on mating and other forms of social behavior in the bitch. *Journal of Comparative and Physiological Psychology Monograph*, 70 (1), Part 2, 1–22.
- Beall, Anne, & Sternberg, Robert. (1995). The social construction of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 417–438.
- Bearman, Peter, & Bruckner, Hannah. (2001). Promising the future: Virginity pledges and the transition to first intercourse. *American Journal of Sociology*, 106, 859–912.
- Beck, J. Gayle. (1995). Hypoactive sexual desire disorder: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 919–927.
- Beier, E. G., & Sternberg, D. P. (1977). Marital communication. *Journal of Communication*, 27, 92–103.
- Bell, Alan P. (1974). Homosexualities: Their range and character. In *Nebraska symposium on motivation 1973*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bell, Alan P., & Weinberg, Martin S. (1978). *Homosexualities*. New York: Simon & Schuster.
- Bell, Alan P., Weinberg, Martin S., & Hammersmith, Sue K. (1981). *Sexual preference*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Belluck, Pam. (2004, May 17). Gay couples apply for marriage licenses in Massachusetts. *The New York Times*.
- Belzer, E. G. (1981). Orgasmic expulsions of women: A review and heuristic inquiry. *Journal of Sex Research*, 17, 1–12.
- Bem, Daryl J. (1998). Is EBE theory supported by the evidence? Is it androcentric? A reply to Peplau et al. (1998). *Psychological Review*, 105, 395–398.
- Bem, Daryl J. (1996). Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103, 320–335.
- Bem, Sandra L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354–364.
- Bem, Sandra L. (1989). Genital knowledge and gender consistency in preschool children. *Child Development*, 60, 649–662.
- Benedetti, Jacqueline, Corey, Lawrence, & Ashley, Rhoda. (1994). Recurrence rates in genital herpes after symptomatic first-episode infection. *Annals of Internal Medicine*, 121, 847–854.
- Ben-Ze'ev, A. (2004). *Love online: Emotions on the Internet*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bérard, E. J. J. (1989). The sexuality of spinal cord injured women: Physiology and pathophysiology: A Review. *Paraplegia*, 27, 99–112.
- Beretta, G., Chelo, E., & Zanollo, A. (1989). Reproductive aspects in spinal cord injured males. *Paraplegia*, 27, 113–118.
- Berg, J. H., & Derlega, V. J. (1987). Themes in the study of self-disclosure. In V. J. Derlega & J. H. Berg (Eds.), *Self-disclosure: Theory, research and therapy* (pp. 1–8). New York: Plenum.
- Bergen, D. J., & Williams, J. E. (1991). Sex stereotypes in the United States revisited: 1972–1988. *Sex Roles*, 24, 413–423.
- Berliner, David L., Jennings-White, Clive, & Lavker, Robert M. (1991). The human skin: Fragrances and pheromones. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 39, 671–679.
- Berman, Jennifer R., Adhikari, S., & Goldstein, I. (2000). Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction. *European Urology*, 38, 20–29.
- Bermant, Gordon, & Davidson, Julian M. (1974). *Biological bases of sexual behavior*. New York: Harper & Row.
- Bernard, M., et al. (1985). *The rights of single people*. New York: Bantam Books.
- Berne, Eric. (1970). *Sex in human loving*. New York: Simon & Schuster.
- Bernstein, Anne C., & Cowan, Philip, A. (1975). Children's concepts of how people get babies. *Child Development*, 46, 77–92.
- Berrill, K. T. (1992). Antigay violence and victimization in the United States. In G. M. Herek & K. T. Berrill (Eds.), *Hate crimes: Confronting violence against lesbians and gay men* (pp. 259–269). Newbury Park, CA: Sage.
- Berry, Jason, & Renner, Gerald. (2004). *Vows of silence: The abuse of power in the Papacy of John Paul II*. New York: Free Press.
- Berry, L. J., et al. (2004). Transcutaneous immunization with combined cholera toxin and CpG adjuvant protects against *Chlamydia muridarum* genital tract infection. *Infection and Immunity*, 72, 1019–1028.
- Berscheid, Ellen, & Hatfield, Elaine. (1978). *Interpersonal attraction* (2d ed.). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Berscheid, Ellen, & Walster, Elaine. (1974). A little bit about love. In T. L. Huston (Ed.), *Foundations of interpersonal attraction*. New York: Academic.
- Berscheid, Ellen, et al. (1971). Physical attractiveness and dating choice: A test of the matching hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 173–189.
- Besen, Wayne. (2003). *Anything but straight: Unmasking the scandals and lies behind the "ex-gay" myth*. Binghamton, NY: Harrington Park Press.
- Bess, Barbara E., & Janus, Samuel S. (1976). Prostitution. In B. J. Sadock et al. (Eds.), *The sexual experience*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bhurga, Dinesh, & deSilva, Padmal. (1993). Sexual dysfunction across cultures. *International Review of Psychiatry*, 5, 243–252.
- Bieber, Irving. (1976). A discussion of "Homosexuality: The ethical challenge." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 368–376.
- Bieber, Irving, Dain, H. J., & Dince, P. R. (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study*. New York: Basic Books.
- Biller, Henry, & Meredith, D. (1975). *Father power*. New York: Anchor Books.
- Billings, Andrew. (1979). Conflict resolution in distressed and non-distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 368–376.
- Billy, J. O. G., et al. (1993). The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 25 (2), 52–60.
- Binik, Yitzchak M., et al. (2002). The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*, 31, 425–430.
- Birchler, Gary R., Weiss, R. L., & Vincent, J. P. (1975). Multi-method analysis of social reinforcement exchange between

- maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 349–360.
- Bird, S. Elizabeth. (1999, Summer). Gendered construction of the American Indian in popular media. *Journal of Communication*, 61–83.
- Bixler, Ray H. (1986). Of apes and men (including females). *Journal of Sex Research*, 22, 255–267.
- Black, Dan, et al. (2000). Demographics of the gay and lesbian population in the United States: Evidence from available systematic data sources. *Demography*, 37, 139–154.
- Blackless, Melanie, et al. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12, 151–166.
- Blair, C. David, & Lanyon, Richard I. (1981). Exhibitionism: Etiology and treatment. *Psychological Bulletin*, 89, 439–463.
- Blake, Jeanne. (2004). *Words can work: When talking with kids about sexual health*. Gloucester, MA: Blake Works, Inc.
- Blake, S. M., Simkin, L., Ledsy, R. Perkins, C., & Calabrese, J. M. (2001). Effect of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk of early onset of sexual intercourse. *Family Planning Perspectives*, 33, 52–61.
- Blake, Susan, et al. (2003). Condom availability programs in Massachusetts high schools: Relationships with condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 93, 955–962.
- Blanchard, Ray. (1997). Birth order and sibling sex ratio in homosexual versus heterosexual males and females. *Annual Review of Sex Research*, 8, 27–67.
- Blanchard, Ray. (2001). Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality. *Hormones and Behavior*, 40, 105–114.
- Blanchard, Ray, et al. (1999). Pedophiles: Mental retardation, maternal age, and sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 111–127.
- Blanchard, Ray, et al. (2002). Retrospective self-reports of childhood accidents causing unconsciousness in phalometrically diagnosed pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 511–526.
- Blechman, Elaine A., et al. (1988). The premenstrual experience. In E. Blechman & K. Brownell (Eds.), *Handbook of behavioral medicine for women* (pp. 80–91). New York: Pergamon.
- Blee, Kathleen M., & Tickamyer, Ann R. (1995). Racial differences in men's attitudes about women's gender roles. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 21–30.
- Bloom, Linda. (2004, May 4). Delegates retain stance on homosexual issues while demonstrators express beliefs. www.umc.org/interior?ptid=16&mid=4559.
- Blumberg, Eric. (2003). The lives and voices of highly sexual women. *Journal of Sex Research*, 40, 146–157.
- Blumstein, Philip W., & Schwartz, Pepper. (1983). *American couples*. New York: Morrow.
- Boardman, Jason, et al. (nd). *Low birth weight, social factors, and developmental outcomes among children in the United States*. Austin, TX: Population Research Center, No. 01-02-05.
- Bockting, Walter O. (1997). The assessment and treatment of gender dysphoria. *Directions in Clinical and Counseling Psychology*, 7, 11-1–11-22.
- Bockting, Walter O. (1999, October–November). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *SIECUS Report*, 3–7.
- Bockting, Walter O. (2004). Plastic and reconstructive surgery for transgender and transsexual patients. In D. B. Sarwer et al. (Eds.), *Psychological aspects of plastic surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bodlund, Owe, & Kullgren, Gunnar. (1996). Transsexualism—General outcome and prognostic factors: A five-year follow-up study of 19 transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 303–316.
- Bodnar, L. M., et al. (2004). Prepregnancy body mass index and the risk of preeclampsia [Abstract]. *Federation of American Societies for Experimental Biology Journal*, 18 (5), A928.
- Bogaert, Anthony F. (2003). Number of older brothers and sexual orientation: New tests and the attraction/behavior distinction in two national probability samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 644–652.
- Bogren, Lennart Y. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 35–45.
- Boles, J., & Ellifson, K. (1994). Risk factors associated with HIV seropositivity in clients of male and female prostitutes. Presented at the Annual Meeting, Society for the Scientific Study of Sexuality, Miami, FL.
- Boonstra, Heather. (2001). Islam, women and family planning: A primer. *Guttmacher Report on Public Policy*.
- Booth, Cathryn L., & Meltzoff, Andrew N. (1984). Expected and actual experience in labour and delivery and their relationship to maternal attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2, 79–91.
- Bootzin, R. R., & Natsoulas, T. (1965). Evidence for perceptual defense uncontaminated by response bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 461–468.
- Bornstein, Robert F. (1989). Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968–1987. *Psychological Bulletin*, 106, 265–289.
- Boruchowitz, Robert C. (1973). Victimless crimes: A proposal to free the courts. *Judicature*, 57, 69–78.
- Bosch, F. X., et al. (1995). Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: A worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute*, 87, 796–802.
- Boston Women's Health Book Collective. (1996). *The new our bodies, ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Boston Women's Health Book Collective. (1998). *Our bodies, ourselves for the new century*. New York: Simon & Schuster.
- Boswell, John. (1980). *Christianity, social tolerance, and homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bouyer, J. et al. (2003). Risk factors for ectopic pregnancy: A comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *American Journal of Epidemiology*, 157, 185–194.
- Boyd, K., Callaghan, B., & Shotter, E. (1986). *Life before birth*. London: SPCK.
- Bradford, John M. W., & Greenberg, D. M. (1996). Pharmacological treatment of deviant sexual behaviour. *Annual Review of Sex Research*, 7, 283–306.
- Brady, Katherine. (1978). *Father's days*. New York: Dell.
- Braun, M., et al. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the "Cologne Male Survey." *International Journal of Impotence Research*, 12, 305–311.
- Braun, Stephen. (1996). New experiments underscore warnings on maternal drinking. *Science*, 273, 738–739.
- Braun, Virginia, & Kitzinger, Celia (2001). "Snatch," "hole," or "honey-pot"? Semantic categories and the problem of nonspecificity in female genital slang. *Journal of Sex Research*, 38, 146–158.
- Brecher, Edward M. (1984). *Love, sex, and aging*. Mount Vernon, NY: Consumers Union.
- Brecher, Ruth, & Brecher, Edward (Eds.). (1966). *An analysis of Human Sexual Response*. New York: Signet Books, New American Library.
- Brecht, M. L., et al. (2004). Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*, 29, 89–106.

- Breitenbecher, K. H. (2000). Sexual assault on college campuses: Is an ounce of prevention enough? *Applied and Preventive Psychology, 9*, 23–52.
- Brent, Jonathan. (1976). A general introduction to privacy. *Massachusetts Law Quarterly, 61*, 10–18.
- Brenton, Myron. (1972). *Sex talk*. New York: Stein and Day.
- Breslow, N., Evans, I., & Langley, J. (1985). On the prevalence and roles of females in the sadomasochistic subculture: Report of an empirical study. *Archives of Sexual Behavior, 14*, 303–318.
- Breton, Sylvie, et al. (1996). Acidification of the male reproductive tract by a proton pumping (H⁺)-ATPase. *Nature Medicine, 2*, 470–472.
- Bretschneider, Judy G., & McCoy, Norma L. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80- and 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior, 17*, 109–130.
- Brewster, Karin. (1994). Race differences in sexual activity among adolescent women: The role of neighborhood characteristics. *American Sociological Review, 59*, 408–424.
- Brim, Orville G. (1992). *Ambition*. New York: Basic Books.
- Brinton, Louise A., & Schairer, Catherine. (1997). Postmenopausal hormone-replacement therapy—Time for a reappraisal? *New England Journal of Medicine, 336*, 1821–1822.
- Brock, G., et al. (2002). Efficacy and safety of tadalafil in men with erectile dysfunction: An integrated analysis of registration trials. *Journal of Urology, 167*, 178 Suppl. S.
- Brock, G., et al. (2003). Safety and efficacy of vardenafil for the treatment of men with erectile dysfunction after radical retropubic prostatectomy. *Journal of Urology, 170*, 1278–1283.
- Broderick, Carlfred B. (1966a). Sexual behavior among preadolescents. *Journal of Social Issues, 22* (2), 6–21.
- Broderick, Carlfred B. (1966b). Socio-sexual development in a suburban community. *Journal of Sex Research, 2*, 1–24.
- Brosius, Hans-Berard, Weaver, James B. III, & Staab, Joachim. (1993). Exploring the social and sexual “reality” of contemporary pornography. *Journal of Sex Research, 30*, 161–170.
- Brotman, Harris. (1984, January 8). Human embryo transplants. *The New York Times Magazine*, 42ff.
- Broun, Heywood, & Leech, Margaret. (1927). *Anthony Comstock: Roundman of the Lord*. New York: Boni.
- Brown, Jane D. (2002). Mass media influences on sexuality. *Journal of Sex Research, 39*, 42–45.
- Brown, Jane, & Steele, Jeanne R. (1996). Sexuality and the mass media: An overview. *SIECUS Report, 24* (4), 3–9.
- Brown, Nancy L., Pennylegion, Michelle, & Hillard, Pamela. (1997). A process evaluation of condom availability in the Seattle, Washington public schools. *Journal of School Health, 67*, 336–340.
- Brownmiller, Susan. (1975). *Against our will: Men, women, and rape*. New York: Simon & Schuster.
- Bryant, J., & Rockwell, S.C. (1994). Effects of massive exposure to sexually oriented prime-time television programming on adolescents’ moral judgment. In D. Zillman, J. Bryant, and A.C. Houston (Eds.), *Media, children, and the family: Social, scientific, psychodynamic, and clinical perspectives* (pp. 183–195). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Buchanan, K. M. (1986). *Apache women warriors*. El Paso, TX: Texas Western Press.
- Buchbinder, Susan P., et al. (1994). Long-term HIV-1 infection without immunologic progression. *AIDS, 8*, 1123–1128.
- Buffet, N. Chabbert, et al. (1998). Regulation of the human menstrual cycle. *Frontiers in Neuroendocrinology, 19*, 151–186.
- Bulik, C., Prescott, C., & Kendler, K. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *British Journal of Psychiatry, 179*, 444–449.
- Bullivant, Susan B., et al. (2004). Women’s sexual experience during the menstrual cycle: Identification of the sexual phase by noninvasive measurement of luteinizing hormone. *Journal of Sex Research, 41*, 82–93.
- Bullough, Bonnie, & Bullough, Vern. (1997). Are transvestites necessarily heterosexual? *Archives of Sexual Behavior, 26*, 1–12.
- Bullough, Vern L. (1976). *Sexual variance in society and history*. New York: Wiley.
- Bullough, Vern L. (1994). *Science in the bedroom: A history of sex research*. New York: Basic Books.
- Bullough, Vern, & Bullough, Bonnie. (1987). *Women and prostitution: A social history*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Bumpass, Larry L., Sweet, James A., & Cherlin, Andrew. (1991). The role of cohabitation in declining rates of marriage. *Journal of Marriage and the Family, 53*, 913–927.
- Burack, J. H., et al. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association, 270*, 2568–2573.
- Burger, H. G. (1993). Evidence for a negative feedback role of inhibin in follicle stimulating hormone regulation in women. *Human Reproduction, 8*, Suppl. 2, 129–132.
- Burgess, Ann W. (1984). *Child pornography and sex rings*. Lexington, MA: Lexington Books (D.C. Heath).
- Burgess, Ann W., & Holmstrom, Lynda L. (1974a). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry, 131*, 981–986.
- Burgess, Ann W., & Holmstrom, Lynda L. (1974b). *Rape: Victims of crisis*. Bowie, MD: Robert J. Brady.
- Burleson, Brant, & Denton, Wayne. (1997). The relationship between communication skill and marital satisfaction: Some moderating effects. *Journal of Marriage and the Family, 59*, 884–902.
- Burris, Scott. (1993). Testing, disclosure, and the right to privacy. In S. Burris, H. L. Dalton, & J. L. Miller (Eds.), *AIDS law today* (pp. 115–149). New Haven, CT: Yale University Press.
- Burris, Scott, Dalton, Harlon L., and Miller, Judith (Eds.). (1993). *AIDS law today*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Burt, Martha R., & Estep, Rhoda E. (1981). Apprehension and fear: Learning a sense of sexual vulnerability. *Sex Roles, 7*, 511–522.
- Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sex Abuse, 12*, 37–48.
- Burton, Frances D. (1970). Sexual climax in Macaca Mulatta. *Proceedings of the Third International Congress on Primatology, 3*, 180–191.
- Buss, Arnold. (1966). *Psychopathology*. New York: Wiley.
- Buss, David M. (1988). The evolution of human intra-sexual competition: Tactics of mate attraction. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 616–628.
- Buss, David M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences, 12*, 1–49.
- Buss, David M. (1991). Evolutionary personality psychology. *Annual Review of Psychology, 42*, 459–491.
- Buss, David M. (1994). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.
- Buss, David M. (2000). *The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love and sex*. New York: Free Press.
- Buss, David M., & Schmitt, David P. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review, 100*, 204–232.

- Buss, David, & Shackelford, Todd. (1997a). From vigilance to violence: Mate retention tactics in married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 346–361.
- Buss, David, & Shackelford, Todd. (1997b). Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 31, 193–221.
- Butterfield, Fox. (2002, May 19). A priest's two faces: Protector, predator. *The New York Times*.
- Buunk, Bram, et al. (1996). Sex differences in jealousy in evolutionary and cultural perspective: Tests from the Netherlands, Germany, and the United States. *Psychological Science*, 7, 359–363.
- Buvat, Jacques, et al. (1990). Recent developments in the clinical assessment and diagnosis of erectile dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 1, 265–308.
- Byard, Roger, Hucker, Stephen, & Hazelwood, Robert. (1993). Fatal and near-fatal autoerotic asphyxial episodes in women. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 14, 70–73.
- Byers, E. Sandra. (1996). How well does the traditional sexual script explain sexual coercion? Review of a program of research. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 8, 7–25.
- Byers, E. Sandra, & Demmons, Stephanie. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *Journal of Sex Research*, 36, 180–189.
- Byers, E. Sandra, Purdon, Christine, & Clark, David. (1998). Sexually intrusive thoughts of college students. *Journal of Sex Research*, 35, 359–369.
- Byler, Ruth V. (1969). *Teach us what we want to know*. New York: Mental Health Materials Center (for the Connecticut State Board of Education).
- Byne, William, et al. (2000). The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: Assessment for sexual variation in volume and neuronal size, density, and number. *Brain Research*, 856, 254–258.
- Byrne, Donn. (1971). *The attraction paradigm*. New York: Academic.
- Byrne, Donn. (1983). Sex without contraception. In D. Byrne & W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Byrne, Donn. (1997). An overview (and underview) of research and theory within the attraction paradigm. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 417–431.
- Byrne, Donn, Ervin, C. E., & Lamberth, J. (1970). Continuity between the experimental study of attraction and real-life computer dating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 157–165.
- Cado, Suzanne, & Leitenberg, Harold. (1990). Guilt reactions to sexual fantasies during intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 49–64.
- Cahill, Lisa Sowle. (1985). The “seamless garment”: Life in its beginnings. *Theological Studies*, 46, 64–80.
- Calderwood, Deryck. (1987, May). The male rape victim. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 53–55.
- Call, Vaughn, Sprecher, Susan, & Schwartz, Pepper. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 639–652.
- Callahan, Daniel. (1986, February). How technology is reframing the abortion debate. *Hastings Center Report*, 33–42.
- Canary, Daniel J., & Dindia, Kathryn. (Eds.). (1998). *Sex differences and similarities in communication*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Canary, Daniel J., & Hause, Kimberley S. (1993). Is there any reason to research sex differences in communication? *Communication Quarterly*, 41, 129–144.
- Cantor, James M., et al. (2002). How many gay men owe their sexual orientation to fraternal birth order? *Archives of Sexual Behavior*, 31, 63–72.
- Caplan, Paula. (1995). *How do they decide who is normal?* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Carani, Cesare, et al. (1990). Effects of androgen treatment in impotent men with normal and low levels of free testosterone. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 223–234.
- Carnes, Patrick. (1983). *The sexual addiction*. Minneapolis: CompCare Publications.
- Carpenter, Laura M. (2001). The ambiguity of “having sex”: The subjective experience of virginity loss in the United States. *Journal of Sex Research*, 38, 127–139.
- Carroll, Janell, Volk, K., & Hyde, J. S. (1985). Differences between males and females in motives for engaging in sexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 131–139.
- Carson, Culley C., et al. (2002). Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a United States nationwide population-based sample: Phase I results. *Journal of Urology*, 167, S29–30.
- Carter, C. Sue. (1992). Hormonal influences on human sexual behavior. In J. B. Becker et al. (Eds.), *Behavioral endocrinology* (pp. 131–142). Cambridge, MA: MIT Press.
- Casimiro, D. R., et al. (2003). Vaccine-induced immunity in baboons by using DNA and replication-incompetent adenovirus type 5 vectors expressing a human immunodeficiency virus type 1 gag gene. *Journal of Virology*, 77, 7663–7668.
- Cass, Vivienne C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4, 219–235.
- Castellsagué, Xavier, et al. (2002). Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *New England Journal of Medicine*, 346, 1105–1112.
- Catania, J.A., et al. (2001). National trends in condom use among at-risk heterosexuals in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 27, 176–182.
- Catania, Joseph A., et al. (1995). Methodological research on sexual behavior in the AIDS era. *Annual Review of Sex Research*, 6, 77–125.
- Catania, Joseph A., et al. (1990). Response bias in assessing sexual behaviors relevant to HIV transmission. *Evaluation and Program Planning*, 13, 19–29.
- Cates, Willard (2001). The NIH condom report: The glass is 90% full. *Family Planning Perspectives*, 33, 231–233.
- Caughey, Madeline S. (1974). The principle of harm and its application to laws criminalizing prostitution. *Denver Law Journal*, 51, 235–262.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1997). Abortion surveillance: Preliminary analysis—United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 1133–1137.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000a). HIV/AIDS surveillance, 1999.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000b). Youth risk behavior surveillance—United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49, SS-5.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *Tracking the hidden epidemics: Trends in STDs in the United States, 2000*. Atlanta: CDC. www.cdc.gov/nchstp/dstd.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Alcohol use and pregnancy: Fact sheet. www.cdc.gov/ncbddd/factsheets/alcoholuse.pdf.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2003a). STD surveillance 2002. www.cdc.gov/std.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003b). Surveillance and epidemiology, AIDS surveillance (Table 53). Health, United States. Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003c). Abortion surveillance—United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52 (SS12), 1–32.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004a). Sexual violence: Fact sheet. www.cdc.gov/ncipc/factsheets/svfacts.htm. Downloaded June 1, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004b). Intimate partner violence: Fact sheet. www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm. Downloaded June 1, 2004.
- Chalker, Rebecca. (1995, November/December) Sexual pleasure unscripted. *Ms*, 49–52.
- Chan, Connie S. (1995). Issues of sexual identity in an ethnic minority: The case of Chinese American lesbians, gay men, and bisexual people. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan* (pp. 87–101). New York: Oxford University Press.
- Chapman, Audrey. (1997). The black search for love and devotion: Facing the future against all odds. In H. P. McAdoo (Ed.), *Black families* (3d ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chapman, Heather, Hobfoll, Stevan, & Ritter, Christian. (1997). Partners' stress underestimations lead to women's distress: A study of pregnant inner-city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 418–425.
- Charon, Joel. (1995). *Symbolic interactionism: An introduction, interpretation, and integration* (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Chen, C. L., et al. (2002). Hormone replacement therapy in relation to breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 287, 734–741.
- Cheng, Jeani, et al. (2003, February 21). Pregnancy-related mortality surveillance—United States, 1991–1999. *MMWR*, 52, 1–8.
- Cheng, Mariah M., & Udry, J. Richard. (2003). How much do mentally disabled adolescents know about sex and birth control? *Adolescent and Family Health*, 3, 28–38.
- Cherukuri, R., et al. (1988). A cohort study of alkaloidal cocaine ("crack") in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 72, 147–151.
- Cherry, Kittredge, & Mitulski, James. (1988). We are the church alive, the church with AIDS. *Christian Century*, 105, 85–88.
- Chesler, Ellen. (1992). *Woman of valor: Margaret Sanger and the birth control movement*. New York: Simon & Schuster.
- Chivers, Meredith, & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 259–278.
- Choi, E. J., et al. (2001). Low-density DNA array-coupled to PCR differential display identifies new estrogen-responsive genes during the postnatal differentiation of the rat hypothalamus. *Molecular Brain Research*, 97, 115–128.
- Chow, J. M., et al. (1990). The association between chlamydia trachomatis and ectopic pregnancy: A matched-pair, case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3164.
- Chow, Yung-Kang, et al. (1993). Use of evolutionary limitations of HIV-1 multidrug resistance to optimize therapy. *Nature*, 361, 650–654.
- Christensen, Cornelia V. (1971). *Kinsey: A biography*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Christopher, F. Scott, & Sprecher, Susan. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 999–1017.
- Chu, James A., et al. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749–755.
- Church, Stephanie, et al. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: Questionnaire survey. *British Medical Journal*, 322, 524–525.
- Cimbalo, R. S., Faling, B., & Mousaw, P. (1976). The course of love: A cross-sectional design. *Psychological Reports*, 38, 1292–1294.
- Clark, Jacquelyn L., Taum, Nancy O., & Noble, Sara L. (1995). Management of genital herpes. *American Family Physician*, 51, 175–182.
- Clark, Jocalyn. (2003). Furor erupts over NIH "hit list." *British Medical Journal*, 327, 1065.
- Clemente, Carmine D. (1987). *Anatomy: A regional atlas of the human body*, (3d ed.). Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Cocchi, Fiorenzo, et al. (1995). Identification of RANTES, MIP-1 α , and MIP-1 β as the major HIV-suppressive factors produced by CD8⁺ T cells. *Science*, 270, 1811–1815.
- Cochran, Susan D., & Peplau, L. Anne. (1985). Value orientations in heterosexual relationships. *Psychology of Women Quarterly*, 9, 477–488.
- Cochran, Susan, Sullivan, J. G., & Mays, V. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53–61.
- Cochran, W. G., Mosteller, E., & Tukey, J. W. (1953). Statistical problems of the Kinsey report. *Journal of the American Statistical Association*, 48, 673–716.
- Cogan, Jeanine C. (1996). The prevention of anti-lesbian/gay hate crimes through social change and empowerment. In E. Rothblum & L. A. Bond (Eds.), *Preventing heterosexism and homophobia* (pp. 219–238). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cogan, Jeanine C., & Marcus-Newhall, Amy (2002). Hate crimes: Research, policy, and action. *American Behavioral Scientist*, 45 (12), special issue.
- Cohen, I., et al. (1990). Improved pregnancy outcome following successful treatment of chlamydial infection. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3160.
- Cohen, Jon. (1997). Exploiting the HIV-chemokine nexus. *Science*, 275, 1261–1264.
- Cohen, Jon. (1998). Exploring how to get at—and eradicate—hidden HIV. *Science*, 279, 1854–1855.
- Cohen, Jon. (2001). AIDS vaccines show promise after years of frustration. *Science*, 291, 1686–1688.
- Cohen, Jon. (2002). Confronting the limits of success. *Science*, 296, 2320–2326.
- Cohen, Jon. (2003). Thailand and Cambodia: Two hard-hit countries offer rare success stories. *Science*, 301, 1658–1663.
- Cohen, Kenneth M. (2002). Relationships among childhood sex-atypical behavior, spatial ability, handedness, and sexual orientation in men. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 129–144.
- Cohen, Sherrill, & Taub, Nadine. (1989). *Reproductive laws for the 1990s*. Clifton, NJ: Humana Press.
- Cohn, Lawrence. (1983, November 16). Pix less able but porn is stable. *Variety*, 313 (3), 1–2.
- Cole, Steve W., et al. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15, 243–251.

- Cole, Theodore M., & Cole, S. (1978). The handicapped and sexual health. In A. Comfort (Ed.), *Sexual consequences of disability*. Philadelphia: G. F. Stickley.
- Coleman, Eli. (1982). Developmental stages of the coming-out process. In W. Paul et al. (Eds.), *Homosexuality: Social, psychological, and biological issues*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Coleman, Eli. (1991). Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4 (2), 37–51.
- Coleman, Eli, et al. (2001). Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 325–332.
- Coley, Rebekah, & Chase-Lansdale, P. Lindsay. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 53, 152–166.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breast-feeding. *Lancet*, 360, 187–195.
- Collaer, Marcia L., & Hines, Melissa. (1995). Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development? *Psychological Bulletin*, 118, 55–107.
- Collins, James. (1997, July 7). Throwing away the key. *Time*, 29.
- Collins, Nancy L., & Miller, Lynn C. (1994). Self-disclosure and liking: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 116, 457–475.
- Collins, R. L., et al. (2004). Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*, 114, e280–e289.
- Comas-Diaz, Lillian. (1987). Feminist therapy with mainland Puerto Rican women. *Psychology of Women Quarterly*, 11, 461–474.
- COMET (Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial) Study Group. (2001). Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: A randomised controlled trial. *Lancet*, 358, 19–23.
- Comfort, Alex. (1991). *The new joy of sex: A gourmet guide to lovemaking for the nineties*. New York: Crown.
- Committee on Children with Disabilities. (1996). Sexuality education of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 97, 275–278.
- Compas, Bruce E., & Luecken, Linda (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 111–114.
- Comstock, George. (1991). *Television and one American child*. San Diego, CA: Academic Press.
- Congregation for the Doctrine of the Faith. (1986). The pastoral care of homosexual persons. *Origins*, 26, 378–382.
- Congregation for the Doctrine of the Faith. (1987). Instruction on respect for human life in its origin and on the dignity of procreation. *Origins*, 16, 198–211.
- Connolly, Jennifer, et al. (2004). Mixed-gender groups, dating, and romantic relationships in early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 185–207.
- Consumer Reports Staff. (1995, May). How reliable are condoms? *Consumer Reports*, 320–324.
- Consumer Reports Staff. (1999, June). Condoms get better. *Consumer Reports*.
- Contessini, Claudia. (2003). Personal communication.
- Cook, Karen, & Rice, Eric. (2004). Social exchange theory. In J. DeLamater (Ed.), *The handbook of social psychology*. New York: Kluwer-Plenum.
- Coombs, N.R. (1974). Male prostitution: A psychosocial view of behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 782.
- Cooper, Al, Delmonico, David, & Burg, Ron. (2000). Cybersex users, abusers and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 5–29.
- Cooper, Al, et al. (1999). Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology Research and Practice*, 30, 154–164.
- Cordova, Matthew J., et al. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.
- Corey, Lawrence. (1990). Genital herpes. In K. Holmes et al. (Eds.), *Sexually transmitted diseases* (pp. 391–414). New York: McGraw-Hill.
- Corey, Lawrence, et al. (2004). Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *New England Journal of Medicine*, 350, 11–20.
- Corey, Lawrence, & Wald, Anna. (1999). Genital herpes. In K. Holmes et al. (Eds.), *Sexually transmitted diseases*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Council on Scientific Affairs. (1995). Female genital mutilation. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1714–1716.
- Countryman, L. William. (1987). The AIDS crisis: Theological and ethical reflections. *Anglican Theological Review*, 69, 125–134.
- Countryman, L. William. (1994). New Testament sexual ethics and today's world. In J. B. Nelson & S. P. Longfellow (Eds.), *Sexuality and the sacred* (pp. 28–53). Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.
- Coustan, Donald. (1995). Obstetric analgesia and anesthesia. In D. R. Coustan et al. (Eds.), *Human reproduction: Growth and development* (pp. 327–340). Boston: Little, Brown.
- Coustan, Donald, & Angelini, Diane. (1995). The puerperium. In D. R. Coustan et al. (Eds.), *Human reproduction: Growth and development* (pp. 341–358). Boston: Little, Brown.
- Couzin, Jennifer. (2003). The twists and turns in BRCA's path. *Science*, 302, 591–593.
- Couzinet, Beatrice, et al. (1986). Termination of early pregnancy by the progesterone antagonist RU486 (mifepristone). *New England Journal of Medicine*, 315, 1565–1569.
- Cowley, J. J., & Brooksbank, B. W. L. (1991). Human exposure to putative pheromones and changes in aspects of social behavior. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 39, 647–659.
- Cox, Daniel J. (1988). Incidence and nature of male genital exposure behavior as reported by college women. *Journal of Sex Research*, 24, 227–234.
- Coxon, Anthony P. M. (1996). *Between the sheets: Sexual diaries and gay men's sex in the era of AIDS*. London: Cassell.
- Coyle, Catherine T., & Enright, Robert D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1042–1046.
- Coyne, Jerry A., & Berry, Andrew. (2000). Rape as an adaptation. *Nature*, 404, 121–122.
- Crawford, June, Kippax, Susan, & Waldby, Catherine. (1994). Women's sex talk and men's sex talk: Different worlds. *Feminism and Psychology*, 571–587.
- Crawford, Mary, & Popp, Danielle (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40, 13–26.
- Creighton, James. (1992). *Don't go away mad*. New York: Doubleday.
- Creighton, Sarah, & Minto, Catherine. (2001). Managing intersex: Most vaginal surgery in childhood should be deferred. *British Medical Journal*, 323, 1264–1265.
- Creighton, Sarah M., Minto, C., & Steele, S. (2001). Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminising surgery for ambiguous genitalia done in childhood. *Lancet*, 358, 124–125.

- Crenshaw, Theresa L., & Goldberg, James P. (1996). *Sexual pharmacology: Drugs that affect sexual function*. New York: Norton.
- Crompton, Louis. (2003). *Homosexuality and civilization*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cruess, Stacy, et al. (2002). Changes in mood and depressive symptoms and related change processes during cognitive-behavioral stress management in HIV-infected men. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 373–392.
- Cunningham, F. Gary, MacDonald, Paul C., & Gant, Norman F. (1989). *Williams obstetrics* (18th ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Cunningham, F. Gary et al. (1993). *Williams obstetrics* (19th ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Cunningham, M. R., Barbee, A. P., & Druen, P. B. (1996). Social allergens and the reactions that they produce: Escalation of annoyance and disgust in love and work. In R. M. Kowalski (Ed.), *Aversive interpersonal behaviors* (pp. 189–214). New York: Plenum.
- Cunningham, Michael, et al. (1995). “Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours”: Consistency and variability in the cross-cultural perception of female physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 261–279.
- Cunningham, Paige. (nd). Embryo adoption or embryo donation? The distinction and its implications. Center for Bioethics and Human Dignity. www.cbhd.org.
- Curran, Charles E. (1988). Roman Catholic sexual ethics: A dissenting view. *Christian Century*, 105, 1139–1142.
- Curtis, J. T., & Wang, Z. X. (2003). The neurochemistry of pair bonding. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 49–53.
- Cutler, Winnifred B. (1999). Human sex-attractant hormones. *Psychiatric Annals*, 29, 54–59.
- Cyberatlas. (2004). Top searches of 2003. <http://cyberatlas.internet.com>. Downloaded January 25, 2004.
- Dalton, Harlon. (1993). Communal law. In S. Burris, H. L. Dalton, & J. L. Miller (Eds.), *AIDS law today* (pp. 242–262). New Haven, CT: Yale University Press.
- Dalton, Harlon L., & Burris, Scott (Eds.). (1987). *AIDS and the law: A guide for the public*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Daneback, Kristian, Cooper, Al, & Mansson, Sven-Axel. (2004). *An investigation of cybersex: Who participates, reasons that they do, and resulting consequences*. Unpublished manuscript.
- Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (1997). Effects of sexual harassment. In W. O’Donohue (Ed.), *Sexual harassment: Theory, research, and treatment* (pp. 151–174). Boston: Allyn & Bacon.
- Darling, Carol A., Davidson, J. K., & Conway-Welch, C. (1990). Female ejaculation: Perceived origins, the Gräfenberg spot/area, and sexual responsiveness. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 29–48.
- Darling, Carol A., Davidson, J. Kenneth, & Jennings, Donna A. (1991). The female sexual response revisited: Understanding the multiorgasmic experience in women. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 527–540.
- Darroch, Jacqueline, Landry, David, & Singh, Susheela. (2000). Changing emphases in sexuality education in U.S. public secondary schools. *Family Planning Perspectives*, 32, 204–211 & 265.
- Darroch, Jacqueline, et al. (2001). Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: The role of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33, 244–250 & 281.
- D’Augelli, Anthony R. (1992). Lesbian and gay male undergraduates’ experiences of harassment and fear on campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 383–395.
- D’Augelli, Anthony R., & Garnets, Linda D. (1995). Lesbian, gay, and bisexual communities. In A. D’Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan* (pp. 293–320). New York: Oxford University Press.
- Davey, Monica. (2003a, August 4). Episcopalians give first nod for gay bishop. *The New York Times*.
- Davey, Monica. (2003b, August 7). Episcopal leaders reject proposal for same-sex union liturgy. *The New York Times*.
- David, Henry P., Dytrych, Zdenek, & Matejcek, Zdenek. (2003). Born unwanted: Observations from the Prague study. *American Psychologist*, 58, 224–229.
- Davidson, J. Kenneth, & Darling, Carol A. (1988). The stereotype of single women revisited: Sexual practices and sexual satisfaction among professional women. *Health Care for Women International*, 9, 317–336.
- Davis, Clive M., & Bauserman, R. (1993). Exposure to sexually explicit materials: An attitude change perspective. *Annual Review of Sex Research*, 4, 121–210.
- Davis, J. A., & Smith, T. (1991). *General social surveys, 1972–1991*. Storrs, CT: University of Connecticut, Roper Center for Public Opinion Research.
- Davis, Karen R., & Weller, Susan C. (1999). The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Family Planning Perspectives*, 31 (6), 272–279.
- Day, Nancy L., & Richardson, Gale. (1994). Comparative teratogenicity of alcohol and other drugs. *Alcohol Health and Research World*, 42–48.
- Day, Randal. (1992). The transition to first intercourse among racially and culturally diverse youth. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 749–762.
- Dean, Karol E., & Malamuth, Neil M. (1997). Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: Risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 449–455.
- DeLamater, John. (1987). A sociological perspective. In J. H. Geer & W. T. O’Donohue (Eds.), *Theories of human sexuality* (pp. 237–256). New York: Plenum.
- DeLamater, John. (2003). Discussion paper. In John Bancroft (Ed.), *Sexual development* (pp. 186–191). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- DeLamater, John, & MacCorquodale, Patricia. (1979). *Premarital sexuality: Attitudes, relationships, behavior*. Madison: University of Wisconsin Press.
- DeLamater, John, & Sill, Morgan. (2005). Sexual behavior in later life. *Journal of Sex Research*, 42.
- DeLamater, John, Wagstaff, David A., & Havens, Kayt Klein. (2000). The impact of a culturally appropriate STD/AIDS education intervention on black male adolescents’ sexual and condom use behavior. *Health Education and Behavior*, 27, 454–470.
- Deligeoroglou, E. (2000). Dysmenorrhea. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 900, 237–244.
- Delmas, Pierre D., et al. (1997). Effects of raloxifene on bone mineral density, serum cholesterol concentrations, and uterine endometrium in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine*, 337, 1641–1647.
- de Gaston, Jacqueline E, et al. (1994). Teacher philosophy and program implementation and the impact of sex education outcomes. *Journal of Research and Development in Education*, 27, 265–270.
- Denizet-Lewis, Benoit (2003, August 3). Double lives on the down low. *The New York Times Magazine*.

- Denizet-Lewis, Benoit. (2004, May 30). Friends, friends with benefits, and the benefits of the local mall. *The New York Times Magazine*, 30–35ff.
- Dennerstein, Lorraine, Alexander, Jeanne L., & Kotz, Krista. (2003). The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annual Review of Sex Research*, 14, 64–82.
- Dennis, Donna. (1993). HIV screening and discrimination: The federal example. In S. Burris, H. L. Dalton, & J. L. Miller (Eds.), *AIDS law today* (pp. 187–215). New Haven, CT: Yale University Press.
- Derby, C., et al. (2000). Modifiable risk factors and erectile dysfunction: Can lifestyle changes modify risk? *Urology*, 56, 302–306.
- Deren, Sherry, Tortu, Stephanie, & Davis, W. Rees. (1993). An AIDS risk reduction project with inner-city women. In C. Squire (Ed.), *Women and AIDS: Psychological perspectives* (pp. 73–89). London: Sage.
- Derlega, Valerian J. (Ed.). (1984). *Communication, intimacy, and close relationships*. New York: Academic.
- Devor, Holly. (1997). *FTM: Female-to-male transsexuals in society*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- de Waal, Frans. (2002). Evolutionary psychology: The wheat and the chaff. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 187–191.
- Diamond, Lisa M. (2003). Was it a phase? Young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 352–364.
- Diamond, Milton. (1996). Prenatal predisposition and the clinical management of some pediatric conditions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 139–147.
- Diamond, Milton. (1999). Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. *Journal of Urology*, 162, 1021–1028.
- Diamond, Milton, & Sigmundson, H. Keith. (1997). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 298–304.
- Dickinson, Robert L. (1949). *Atlas of human sex anatomy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dieben, Thom, Roumen, Frans, & Apter, Dan. (2002). Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 100, 585–593.
- Dindia, Kathryn, & Allen, Michael. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 106–124.
- Dion, Karen K. (1973). Young children's stereotyping of facial attractiveness. *Developmental Psychology*, 9, 183–188.
- Dion, Karen K., & Dion, Kenneth L. (1993b). Individualistic and collectivistic perspectives on gender and the cultural content of love and intimacy. *Journal of Social Issues*, 49, 53–69.
- Dion, Kenneth. (1977). The incentive value of physical attractiveness for young children. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 67–70.
- Dion, Kenneth L., & Dion, Karen K. (1993a). Gender and ethnocultural comparisons in styles of love. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 463–474.
- Dixon, Alan F. (1990). The neuroendocrine regulation of sexual behavior in female primates. *Annual Review of Sex Research*, 1, 197–226.
- Docter, Richard F., & Prince, Virginia. (1997). Transvestism: A survey of 1032 cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 589–606.
- Dodson, Betty. (1987). *Sex for one: The joy of self-loving*. New York: Harmony Books (Crown).
- Donahey, Karen M., & Carroll, Richard A. (1993). Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19, 25–40.
- Donahue, J. E., et al. (2000). Cells containing immunoreactive estrogen receptor-[alpha] in the human basal forebrain. *Brain Research*, 856, 142–151.
- Donnelly, D. A. (1993). Sexually inactive marriages. *Journal of Sex Research*, 30, 171–179.
- Donnelly, Denise, et al. (2001). Involuntary celibacy: A life course analysis. *Journal of Sex Research*, 38, 159–169.
- Donnerstein, E., Linz, D., & Penrod, S. (1987). *The question of pornography: Research findings and policy implications*. New York: Free Press.
- Donovan, Basil, Bassett, I., & Bodsworth, N. J. (1994). Male circumcision and common sexually transmissible diseases in a developed nation setting. *Genitourinary Medicine*, 70, 317–320.
- Doran, Terence A. (1990). Chorionic villus sampling as the primary diagnostic tool in prenatal diagnosis. *Journal of Reproductive Medicine*, 35, 935–940.
- Dorris, Michael. (1989). *The broken cord*. New York: Harper & Row.
- Doshi, Mary L. (1986). Accuracy of consumer performed in-home tests for early pregnancy detection. *American Journal of Public Health*, 76, 512–514.
- Douglas, Mary. (1970). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. Baltimore: Penguin.
- Downs, Barbara. (2003). *Fertility of American women: June 2002*. Washington, DC: U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P20–548.
- Doyle, James A. (1989). *The male experience* (2d ed.). Dubuque, IA: Wm. C. Brown.
- Drea, Christine, & Wallen, Kim. (2003). Female sexuality and the myth of male control. In Cheryl Travis (Ed.), *Evolution, gender, and rape* (pp. 29–60). Cambridge, MA: MIT Press.
- Dreznick, Michael T. (2003). Heterosocial competence of rapists and child molesters: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 40, 170–178.
- Driscoll, R., Davis, K. E., & Lipetz, M. E. (1972). Parental interference and romantic love: The Romeo and Juliet effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 1–10.
- Dryer, P. Christopher, & Horowitz, Leonard. (1997). When do opposites attract? Interpersonal complementarity vs. similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 592–603.
- Duncombe, J. A., & Marsden, D. (1994). *Whose orgasm is this anyway? "Sex work" and "emotion work" in long-term couple relationships*. Paper presented at American Sociological Association meetings. Los Angeles, CA.
- Dunn, Marian E., & Trost, Jan E. (1989). Male multiple orgasms: A descriptive study. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 377–388.
- Du Toit, Brian. (1994). Menstruation: Attitudes and experience of Indian South Africans. In B. M. du Toit (Ed.), *Human sexuality: Cross-cultural readings* (3d ed., pp. 11–25). New York: McGraw-Hill.
- Dutton, Donald G., & Aron, Arthur P. (1974). Some evidence for heightened sexual attraction under conditions of high anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 470–517.
- East, Patricia. (1998). Racial and ethnic differences in girls' sexual, marital, and birth expectations. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 150–162.
- Ebel, Charles. (1994). *Managing herpes: How to live and love with a chronic STD*. Research Triangle Park, NC: American Social Health Association.

- Eder, Donna, et al. (1995). *School talk: Gender and adolescent culture*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Egan, Jennifer. (2000, December 10). Lonely gay teen seeking same. *The New York Times Magazine*.
- Ehrhardt, Anke. (1996). Sexual behavior among heterosexuals. In J. Mann & D. Tarantola (Eds.), *AIDS in the world II* (pp. 259–263). New York: Oxford University Press.
- Ehrhardt, Anke A., Yingling, Sandra, & Warne, Patricia A. (1991). Sexual behavior in the era of AIDS: What has changed in the United States? *Annual Review of Sex Research*, 2, 25–48.
- Eisenberg, M. E., Wagenaar, A., & Neumark-Sztainer, D. (1997). Viewpoints of Minnesota students on school-based sexuality education. *Journal of School Health*, 67, 322–326.
- Elder, Glen. (1969). Appearance and education in marriage mobility. *American Sociological Review*, 34, 519–533.
- Elias, James, & Gebhard, Paul. (1969). Sexuality and sexual learning in childhood. *Phi Delta Kappan*, 50, 401–405.
- Elias, Marilyn. (1997, August 14). Modern matchmaking. *USA Today*, D1–D2.
- Elliott, Ann N., & O'Donohue, William T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 607–624.
- Ellis, Henry Havelock. (1939). *My life*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ellis, Lee. (1996). The role of perinatal factors in determining sexual orientation. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals* (pp. 35–70). Fort Worth: Harcourt Brace.
- Ellis, Lee, & Cole-Harding, Shirley. (2001). The effects of prenatal stress, and of prenatal alcohol and nicotine exposure, on human sexual orientation. *Physiology and Behavior*, 74, 213–226.
- Ellison, Michael. (1999, August 21). Atlanta police smash sex slave ring. *The Guardian*.
- Emmers-Sommer, Tara, et al. (2004). A meta-analysis of the relationship between social skills and sexual offenders. *Communication Reports*, 17, 1–10.
- Enserink, Martin. (2002). The vanishing promises of hormone replacement. *Science*, 297, 325–326.
- Episcopal Church. (1994). www.ncrc.org.
- Epstein, Aaron. (1995, October 8). Court joins gay rights debate. *Wisconsin State Journal*, 1B ff.
- Epting, L. Kimberly, & Overman, W. H. (1998). Sex-sensitive tasks in men and women: A search for performance fluctuations across the menstrual cycle. *Behavioral Neuroscience*, 112, 1304–1317.
- Equal Employment Opportunity Commission. (1993). *Guidelines on discrimination because of sex*. 29 CFR 1604.11. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Erikson, Erik H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, Erik H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Ernst, Frederick A., et al. (1991). Condemnation of homosexuality in the black community: A gender-specific phenomenon? *Archives of Sexual Behavior*, 20, 579–585.
- Ernulf, Kurt E., & Innala, Sune M. (1995). Sexual bondage: A review and ubobtrusive investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 631–654.
- Eskanazi, B., et al. (2003). The association of age and semen quality in healthy men. *Human Reproduction*, 18, 447–454.
- Espin, Oliva. (1987). Issues of identity in the psychology of Latina lesbians. In Boston Lesbian Psychologies Collective, *Lesbian psychologies*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Esterberg, Kristin G. (1996). Gay cultures, gay communities: The social organization of lesbians, gay men, and bisexuals. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals* (pp. 377–392). Fort Worth: Harcourt Brace.
- Evangelical Lutheran Church in America. (2003). *Journey together faithfully: The church and homosexuality*. Chicago: ELCA.
- Evans, Donald, & Evans, Marilyn. (1996). Fertility, infertility and the human embryo: Ethics, law, and the practice of human mitoficial prevention. *Human Reproduction Update*, 2, 208–224.
- Evans, Harriet. (1995). Defining differences: The “scientific” construction of sexuality and gender in the People's Republic of China. *Signs*, 20, 357–394.
- Everett, Guy M. (1975). Amyl nitrate (“poppers”) as an aphrodisiac. In M. Sandler and G. L. Gessa (Eds.), *Sexual behavior: Pharmacology and biochemistry*. New York: Raven.
- Everitt, Barry J., & Bancroft, John. (1991). Of rats and men: The comparative approach to male sexuality. *Annual Review of Sex Research*, 2, 77–118.
- Exton, M. S., et al. (1999). Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosomatic Medicine*, 61, 280–289.
- Ezzell, Carol. (1994, October). Breast cancer genes. *Journal of NIH Research*, 6, 33–35.
- Ezzell, Carol. (1995, April). Test may detect heritable breast-cancer mutations. *Journal of NIH Research*, 7, 42–44.
- Ezzell, Carol. (1996, January). Emergence of the protease inhibitors: A better class of AIDS drugs? *Journal of NIH Research*, 8, 41–43.
- Ezzell, Carol. (1996, May). Gene-therapy trial using BRCA1 to begin with ovarian cancer. *Journal of NIH Research*, 8, 24–25.
- Fanburg, Jonathan Thomas, Kaplan, David, & Naylor, Kelly. (1995). Student opinion of condom distribution at a Denver, Colorado high school. *Journal of School Health*, 65, 181–185.
- Farkas, G. M., Sine, L. G., & Evans, I. M. (1978). Personality, sexuality, and demographic differences between volunteers and nonvolunteers for a laboratory study of male sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 513–520.
- Farley, Margaret A. (1994). Sexual ethics. In J. B. Nelson & S. P. Longfellow (Eds.), *Sexuality and the sacred* (pp. 54–67). Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.
- Fasteau, Marc F. (1974). *The male machine*. New York: McGraw-Hill.
- FBI. (2003). *Crime in the United States, 2002*. www.fbi.gov/ucr.
- Feder, H. H. (1984). Hormones and sexual behavior. *Annual Review of Psychology*, 35, 165–200.
- Feingold, Alan. (1988). Matching for attractiveness in romantic partners and same-sex friends: A meta-analysis and theoretical critique. *Psychological Bulletin*, 104, 226–235.
- Feingold, Alan. (1990). Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 981–993.
- Feinleib, Joel A., & Michael, Robert T. (2001). Reported changes in sexual behavior in response to AIDS in the United States. In E. O. Laumann & R. T. Michael (Eds.), *Sex, love, and health in America* (pp. 302–326). Chicago: University of Chicago Press.
- Feldman-Summers, Shirley, & Pope, Kenneth S. (1994). The experience of “forgetting” childhood abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 636–639.

- Felton, Gary, & Segelman, Florrie. (1978). Lamaze childbirth training and changes in belief about person control. *Birth and the Family Journal*, 5, 141–150.
- Feng, Y., et al. (1996). HIV-1 entry cofactor: Functional cDNA cloning of a seven-trans membrane G protein-coupled receptor. *Science*, 272, 872.
- Figueira, I., et al. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 369–377.
- Finer, Lawrence B., & Henshaw, Stanley K. (2003). Abortion incidence and services in the United States in 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 6–15.
- Fink, Howard, et al. (2002). Sildenafil for male erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1349–1360.
- Finkelhor, David. (1980). Sex among siblings: A survey on prevalence, variety and effects. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 171–194.
- Finkelhor, David (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, David, Mitchell, K., & Wolak, J. (2000). *Online victimization: A report on the nation's youth*. Washington, DC: National Center for Missing and Exploited Children.
- Finkelhor, David, & Russell, D. (1984). Women as perpetrators: Review of the evidence. In D. Finkelhor (Ed.), *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finzi, Diana, et al. (1997). Identification of a reservoir for HIV-1 in patients on highly active antiretroviral therapy. *Science*, 278, 1295–1300.
- Fisher, Deborah, et al. (2004). *Youth and television: Examining sexual content across program genres*. Paper presented at Society for Research on Adolescence, Baltimore, March 2004.
- Fisher, Helen. (1992). *Anatomy of love: The mysteries of mating, marriage and why we stray*. New York: Ballantine Books.
- Fisher, William A., & Grenier, Guy. (1994). Violent pornography, antiwoman thoughts, and antiwoman acts: In search of reliable effects. *Journal of Sex Research*, 31, 23–38.
- Fisher, William A., Byrne, D., & White, L. A. (1983). Emotional barriers to contraception. In D. Byrne & W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fisher, William A., et al. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123–151.
- Fiske, Susan T., & Glick, Peter. (1995). Ambivalence and stereotypes cause sexual harassment: A theory with implications for organizational change. *Journal of Social Issues*, 51, (1), 97–115.
- Fitch, Roslyn H., & Bimonte, Heather A. (2002). Hormones, brain, and behavior: Putative biological contributions to cognitive sex differences. In A. McGillicuddy-DeLisi & R. DeLisi (Eds.), *Biology, society, and behavior: The development of sex differences in cognition* (pp. 55–92). Westport, CT: Ablex.
- Fitzgerald, Louise F. (1993). Sexual harassment. *American Psychologist*, 48, 1070–1076.
- Flaskerud, Jacquelyn H., & Ungvarski, Peter J. (1992). *HIV/AIDS: A guide to nursing care*. Philadelphia: Saunders.
- Fleming, C., & Ingrassia, M. (1993, August 16). The Heidi Chronicles. *Newsweek*, 50ff.
- Fleming, Douglas T., et al. (1997). Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. *New England Journal of Medicine*, 337, 1105–1111.
- Fleming, M., Steinman, C., & Boeknok, G. (1980). Methodological problems in assessing sex reassignment surgery: A reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 451–456.
- Foa, Edna B., Steketee, G., & Olasov, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Forbes. (2001, May 25). How big is porn? *Forbes*.
- Ford, Clellan S., & Beach, Frank A. (1951). *Patterns of sexual behavior*. New York: Harper & Row.
- Ford, Kathleen, & Norris, Anne. (1991). Methodological considerations for survey research on sexual behavior: Urban African American and Hispanic youth. *Journal of Sex Research*, 28, 539–555.
- Ford, Kathleen, & Norris, Anne. (1997). Sexual networks of African-American and Hispanic youth. *Sexually Transmitted Diseases*, 24, 327–333.
- Ford, Nicholas, & Koetsawang, Suporu. (1991). The socio-cultural context of the transmission of HIV in Thailand. *Social Science and Medicine*, 33, 405–414.
- Ford, Jeffrey G. (2001). Healing homosexuals: A psychologist's journey through the ex-gay movement and the pseudoscience of reparative therapy. In A. Shidlo et al. (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 69–86). New York: Haworth.
- Fortenberry, J. Dennis. (2002). Clinic-based service programs for increasing responsible sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39, 63–66.
- Foster, C. A., Witcher, B. S., Campbell, W. K., & Green, J. D. (1998). Arousal and attraction: Evidence for automatic and controlled processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 86–101.
- Fox, Douglas. (2002). Gentle persuasion. *New Scientist*, 173, (2329), 32.
- Fox, Laura. (1983). The 1983 abortion decisions. *University of Richmond Law Review*, 18, 137–159.
- Fox, Ronald C. (1995). Bisexual identities. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan*. New York: Oxford University Press.
- Frank, Katherine. (2003). "Just trying to relax": Masculinity, masculinizing practices, and strip club regulars. *Journal of Sex Research*, 40, 61–75.
- Frank, L. K. (1961). *The conduct of sex*. New York: Morrow.
- Frayser, Suzanne G. (1985). *Varieties of sexual experience: An anthropological perspective on human sexuality*. New Haven, CT: Human Relations Area Files Press.
- Frayser, Suzanne G. (1994). Defining normal childhood sexuality: An anthropological approach. *Annual Review of Sex Research*, 5, 173–217.
- Frayser, Suzanne. (2004). Personal communication.
- Frazier, Patricia, et al. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 19–30.
- Freese, Jeremy, & Meland, Sheri. (2002). Seven tenths incorrect: Heterogeneity and change in the waist-to-hip ratios of *Playboy* centerfold models and Miss America pageant winners. *Journal of Sex Research*, 39, 133–138.
- Freud, Sigmund. (1924). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Permapbooks, 1953. (Boni & Liveright edition, 1924).
- Freund, M., Lee, N., & Leonard, T. (1991). Sexual behavior of clients with street prostitutes in Camden, NJ. *Journal of Sex Research*, 28, 579–591.
- Freyd, Jennifer J. (1996). *Betrayal trauma theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Friday, Nancy. (1973). *My secret garden: Women's sexual fantasies*. New York: Simon & Schuster.

- Friday, Nancy. (1975). *Forbidden flowers: More women's sexual fantasies*. New York: Simon & Schuster.
- Fried, Peter A. (1986). Marijuana use in pregnancy. In I. J. Chasnott (Ed.), *Drug use in pregnancy: Mother and child*. Boston: MTP Press.
- Friedrich, W. N., Beilke, R. L., & Urquiza, A. J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys. *Journal of Interpersonal Violence, 3*, 1–12.
- Friedrich, William N., et al. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics, 101*, e9.
- Frisch, R. E., & McArthur, J. W. (1974). Menstrual cycles: Fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset. *Science, 185*, 949–951.
- Frishman, G. (1995). Abortions, miscarriages, and ectopic pregnancies. In D. R. Carstrin, R. V. Hunning Jr., E. D. B. Singer (Eds.), *Human reproduction: Growth and development*. Boston: Little, Brown, and Company.
- Frohlich, Penny, & Meston, Cindy. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research, 39*, 321–325.
- Fromm, Erich. (1956). *The art of loving*. New York: Harper & Row.
- Fuleihan, Ghada. (1997). Tissue-specific estrogens—The promise for the future. *New England Journal of Medicine, 337*, 1686–1687.
- Fung, S., & Lok, A. (2004). Viral hepatitis in 2003. *Current Opinion in Gastroenterology, 20*, 241–247.
- Furman, Wyndol. (2002). The emerging field of adolescent romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science, 11*, 177–180.
- Furnish, Victor P. (1994). The Bible and homosexuality: Reading the texts in context. In J. S. Siker (Ed.), *Homosexuality in the church* (pp. 18–35). Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.
- Furstenberg, Frank F., Brooks-Gunn, J., & Morgan, S. P. (1987). *Adolescent mothers in later life*. New York: Cambridge University Press.
- Fyfe, B. (1983). “Homophobia” or homosexual bias reconsidered. *Archives of Sexual Behavior, 12*, 549–554.
- Gabelnick, Henry L. (1998). Future methods. In R. Hatcher et al. (Eds.), *Contraceptive technology*, (17th ed., pp. 615–622). New York: Ardent Media.
- Gagnon, John H. (1977). *Human sexualities*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Gagnon, John H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research, 1*, 1–44.
- Gagnon, John H., & Simon, William. (1987). The sexual scripting of oral-genital contacts. *Archives of Sexual Behavior, 16*, 1–26.
- Gagnon, John H., & Simon, William. (1973). *Sexual conduct: The social origins of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Galbreath, Nathan, Berlin, Fred, & Sawyer, Denise. (2002). Paraphilias and the Internet. In Al Cooper (Ed.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 187–205). New York: Brunner-Routledge.
- Gallant, Sheryle J., et al. (1992). Using daily ratings to confirm premenstrual syndrome/late luteal phase dysphoric disorder, Part II: What makes a “real” difference? *Psychosomatic Medicine, 54*, 167–181.
- Gangestad, Steven W., & Buss, David M. (1993). Pathogen prevalence and human mate preferences. *Ethology and Sociobiology, 14*, 89–96.
- Gangestad, Steven W., & Thornhill, R. (1997). Human sexual selection and developmental stability. In J. A. Simpson & D. T. Kenrick (Eds.), *Evolutionary social psychology* (pp. 169–195). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ganju, D., et al. (2004). *The adverse health and social outcomes of sexual coercion: Experiences of young women in developing countries*. New Delhi: Population Council.
- Ganz, Tomas. (2002). Versatile defensins. *Science, 298*, 977–979.
- Gao, F., et al. (1992). Human infection by genetically diverse SIV-SM-related HIV-2 in West Africa. *Nature, 358*, 495–499.
- Garcia-Velasco, Jose, & Mondragon, Manuel. (1991). The incidence of the vomeronasal organ in 1,000 human subjects and its possible clinical significance. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, 39*, 561–563.
- Gathorne-Hardy, Jonathan. (2000). *Sex the measure of all things: A life of Alfred C. Kinsey*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Gay, Peter. (1984). *The bourgeois experience: Victoria to Freud*. New York: Oxford University Press.
- Gebhard, Paul H. (1968). Postmarital coitus among widows and divorcees. In P. Bohmann (Ed.), *Divorce and after*. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Gebhard, Paul H. (1976). The Institute. In M. S. Weinberg (Ed.), *Sex research: Studies from the Kinsey Institute*. New York: Oxford University Press.
- Gebhard, P. H., et al. (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. New York: Harper & Row.
- Genel, Myron. (2000). Gender verification no more? *Medscape Women's Health, 5* (3).
- Genovesi, Vincent J. (1987). *In pursuit of love: Catholic morality and human sexuality*. Wilmington, DE: Michael Glazier.
- George, William H., & Stoner, Susan A. (2000). Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annual Review of Sex Research, 11*, 92–124.
- Georges, Eugenia. (1996). Abortion policy and practice in Greece. *Social Science and Medicine, 42*, 509–519.
- Gerbner, George, Gross, L., & Morgan, M. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In J. Bryant & D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research*. (2nd ed., pp. 43–67). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gijs, Luk, & Gooren, Louis. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias. *Journal of Sex Research, 33*, 273–290.
- Gilbert, Laura (2000, August). Cosmo's hugest sex survey ever. *Cosmopolitan, 186*–189.
- Gilligan, Carol. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilmartin, Brian G. (1975). The swinging couple down the block. *Psychology Today, 8* (9), 54.
- Ginsburg, Faye. (1989). *Contested lives: The abortion debate in an American community*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Giuliano, F., et al. (2002). Prevalence of erectile dysfunction in France: Results of an epidemiological survey of a representative sample of 1,004 men. *European Urology, 42*, 382–389.
- Gjerdingen, Dwenda. (2003). The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *Journal of the American Board of Family Practice, 16*, 372–382.
- Glascok, Jack, & LaRose, Robert. (1993). Dial-a-porn recordings: The role of the female participant in male sexual fantasies. *Journal of Broadcasting and Electronic Media, 313*–324.
- Glaser, Chris. (1994). The love that dare not pray its name: The gay and lesbian movement in America's churches. In J. S. Siker (Ed.), *Homosexuality in the church* (pp. 150–157). Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.

- Glass, S. J., & Johnson, R. W. (1944). Limitations and complications of organotherapy in male homosexuality. *Journal of Clinical Endocrinology*, 4, 540–544.
- Godges, John. (1986). Religious groups meet the San Francisco AIDS challenge. *Christian Century*, 103, 771–775.
- Gold, S. N., Hughes, D., & Hohnecker, L. (1994). Degrees of repression of sexual abuse memories. *American Psychologist*, 49, 441–442.
- Goldberg, M. (1987). Understanding hypersexuality in men and women. In G. R. Weeks & L. Hof (Eds.), *Integrating sex and marital therapy*. New York: Brunner–Mazel.
- Goldberg, Susan. (1983). Parent-infant bonding: Another look. *Child Development*, 54, 1355–1382.
- Goldfoot, D. A., et al. (1980). Behavioral and physiological evidence of sexual climax in the female stump-tailed macaque (Macaca arctoides). *Science*, 208, 1477–1478.
- Golding, J. M. (1999). Sexual assault history and medical care seeking. *Psychology & Health*, 14, 949–957.
- Goldman, Ronald J., & Goldman, Juliette D. G. (1982). *Children's sexual thinking*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Goldstein, Bernard. (1976). *Human sexuality*. New York: McGraw-Hill.
- Goldstein, Irwin, et al. (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397–1404.
- Goldstein, Jill M., et al. (2001). Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. *Cerebral Cortex*, 11, 490–497.
- Golombok, Susan, & Tasker, Fiona. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3–11.
- Golombok, Susan, et al. (2003). Children with lesbian parents: A community study. *Developmental Psychology*, 39, 20–33.
- Golub, Sharon. (1992). *Periods: From menarche to menopause*. Newbury Park, CA: Sage.
- Gonsiorek, John C. (1996). Mental health and sexual orientation. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals* (pp. 462–478). Fort Worth: Harcourt Brace.
- Gonzalez, Francisco, & Espin, Oliva (1996). Latino men, Latina women, and homosexuality. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 583–601). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Goodchilds, Jacqueline, & Zellman, Gail. (1984). Sexual signaling and sexual aggression in adolescent relationships. In N. Malamuth & E. Donnerstein (Eds.), *Pornography and sexual aggression*. New York: Academic.
- Goodson, Patricia, & Edmundson, Elizabeth. (1994). The problematic promotion of abstinence: An overview of Sex Respect. *Journal of School Health*, 64, 205–210.
- Goodstein, Laurie. (2004, February 28). We swept abusers out, bishops say. *The New York Times*.
- Gooren, Louis, Fliers, E., & Courtney, K. (1990). Biological determinants of sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 1, 175–196.
- Gordon, B. N., Schroeder, C. S., & Abrams, J. M. (1990). Age and social-class differences in children's knowledge of sexuality. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 33–43.
- Gordon, Betty, & Schroeder, Carolyn. (1995). *Sexuality: A developmental approach to problems*. New York: Plenum Press.
- Gosling, Samuel D., et al. (2004). Should we trust Web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59, 93–104.
- Gosselin, Chris, & Wilson, Glenn. (1980). *Sexual variations: Fetishism, sadomasochism, transvestism*. New York: Simon & Schuster.
- Gottman, John M. (1994). *Why marriages succeed or fail*. New York: Simon & Schuster.
- Gottman, John, et al. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Gottman, John, et al. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 5–22.
- Gottman, John, Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 461–478.
- Gottman, John M., & Porterfield, A. L. (1981). Communicative competence in the nonverbal behavior of married couples. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 817–824.
- Gould, Stephen J. (1987). *An urchin in the storm*. New York: Norton.
- Gow, Haven Bradford. (1994). Condom distribution in high school. *The Clearing House*, 67, 183–184.
- Gower, D. B., & Ruparelia, B. A. (1993). Olfaction in humans with special reference to odorous 16-androstenes: Their occurrence, perception and possible social, psychological and sexual impact. *Journal of Endocrinology*, 137, 167–187.
- Graham, Cynthia A., et al. (1995). The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women. *Contraception*, 52, 363–369.
- Grammick, Jeannine. (1986). The Vatican's battered wives. *Christian Century*, 103, 17–20.
- Grau, Ina, & Kimpf, Martin. (1993). Love, sexuality, and satisfaction: Interventions of men and women. *Zeitschrift fur Sozial Psychologie*, 24, 83–93.
- Greeley, Andrew. (1994). Review of the Janus Report on Sexual Behavior. *Contemporary Sociology*, 23, 221–223.
- Green, Richard. (1975). Adults who want to change sex; adolescents who cross-dress; and children called “sissy” and “tomboy.” In R. Green (Ed.), *Human sexuality: A health practitioner's text*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Green, Richard. (1978). Intervention and prevention: The child with cross-sex identity. In C. B. Qualls et al. (Eds.), *The prevention of sexual disorders* (pp. 75–94). New York: Plenum.
- Green, Richard. (1987). *The Sissy Boy Syndrome and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Green, Richard, & Fleming, Davis T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1, 163–174.
- Green, Ronald M. (1984). Genetic medicine in Jewish legal perspective. *Annual of the Society of Christian Ethics*, 249–272.
- Greenberg, Bradley S., Brown, Jane D., & Buerkel-Rothfuss, Nancy. (Eds.) (1993). *Media, sex, and the adolescent*. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Greenberg, Bradley S., & Busselle, Rick. (1996). What's old, what's new: Sexuality on the soaps. *SIECUS Report*, 24 (5), 14–16.
- Greene, Beverly (1994). African American women. In L. Coma-Diaz & B. Greene (Eds.), *Women of color* (pp. 1–29). New York: Guilford.
- Greene, Beverly. (2000). African American lesbian and bisexual women. *Journal of Social Issues*, 56, 239–250.
- Greenwald, Evan, & Leitenberg, Harold. (1989). Long-term effects of sexual experiences with siblings and nonsiblings during childhood. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 389–400.

- Greer, Arlette E., & Buss, David M. (1994). Tactics for promoting sexual encounters. *Journal of Sex Research, 31*, 185–201.
- Gregersen, Edgar. (1996). *The world of human sexuality: Behaviors, customs, and beliefs*. New York: Irvington.
- Gregor, Thomas. (1985). *Anxious pleasures: The sexual lives of an Amazonian people*. Chicago: University of Chicago Press.
- Greiling, Heidi, & Buss, David. (2000). Women's sexual strategies: The hidden dimension of extra-pair mating. *Personality and Individual Differences, 28*, 929–963.
- Griffin, Susan. (1981). *Pornography and silence*. New York: Harper & Row.
- Grodstein, Francine, et al. (1997). Postmenopausal hormone therapy and mortality. *New England Journal of Medicine, 336*, 1769–1775.
- Gross, Alan E., & Bellew-Smith, Martha. (1983). A social psychological approach to reducing pregnancy risk in adolescence. In D. Byrne & W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gruenbaum, E. (2000). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Grumbach, M. M., & Styne, D. M. (1998). Puberty: Ontogeny, neuroendocrinology, physiology, and disorders. In J. D. Wilson et al. (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (9th ed., pp. 1509–1625). Philadelphia: Saunders.
- Guay, Jean-Pierre, et al. (2001). Victim-choice polymorphism among serious sex offenders. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 521–534.
- Guerrero, Laura, Spitzberg, Brian, & Yoshimura, Stephen. (2004). Sexual and emotional jealousy. In John Harvey, Amy Wenzel, & Susan Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 311–345). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Guise, Jeanne-Marie, et al. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine, 1*, 70–78.
- Gunderson, B. H., et al. (1981). Sexual behavior of preschool children. In L. L. Constantine & F. M. Martinson (Eds.), *Children and sex* (pp. 45–62). Boston: Little, Brown.
- Gursoy, Akile. (1996). Abortion in Turkey: A matter of state, family, or individual decision. *Social Science and Medicine, 42*, 531–542.
- Gutek, Barbara A. (1985). *Sex and the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guttmacher, Sally, et al. (1995). Parents' attitudes and beliefs about HIV/AIDS prevention with condom availability in New York City public high schools. *Journal of School Health, 65*, 101–106.
- Hahn, S. R., & Paige, K. E. (1980). American birth practices: A critical review. In J. E. Parsons (Ed.), *The psychobiology of sex differences and sex roles*. New York: McGraw-Hill, Hemisphere.
- Halbreich, Uriel. (1996). Reflections on the cause of premenstrual syndrome. *Psychiatric Annals, 26*, 581–585.
- Haldeman, Douglas C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 221–227.
- Haldeman, Douglas C. (2001). Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. In A. Shidlo et al. (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 117–130). New York: Haworth.
- Hall, Gordon C. Nagayama. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 802–809.
- Hall, Gordon C. Nagayama, & Barongan, Christy (1997). Prevention of sexual aggression: *American Psychologist, 52*, 5–14.
- Hall, Judith A. (1998). How big are nonverbal sex differences? The case of smiling and sensitivity to nonverbal cues. In D. Canary & K. Dindia (Eds.), *Sex differences and similarities in communication* (pp. 155–178). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Halpern, Carolyn, et al. (2000). Smart teens don't have sex (or kiss much either). *Journal of Adolescent Health, 26*, 213–225.
- Hamer, Dean, et al. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science, 261*, 321–327.
- Hames, Barbara. (2000). Religious groups address sexuality issues: The debate to continue. *Center for Sexuality and Religion Connections, 11* (3), 2–3.
- Handler, A., et al. (1991). Cocaine use during pregnancy: Perinatal outcomes. *American Journal of Epidemiology, 133*, 818–825.
- Hanson, R. Karl. (2000). Will they do it again? Predicting sex-offense recidivism. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 106–109.
- Hanson, R. Karl, & Bussiere, Monique T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 348–362.
- Harbison, R. D., & Mantilla-Plata, B. (1972). Prenatal toxicity, maternal distribution and placental transfer of tetrahydrocannabinol. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 180*, 446–453.
- Harlow, Harry F., Harlow, Margaret K., & Hause, F. W. (1963). The maternal affectional system of rhesus monkeys. In H. L. Rheingold (Ed.), *Maternal behavior in mammals*. New York: Wiley.
- Harris, Christine. (2002). Sexual and romantic jealousy in heterosexual and homosexual adults. *Psychological Science, 13*, 7–12.
- Harris, Christine. (2003). A review of sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence, and morbid jealousy. *Personality and Social Psychology Review, 7*, 102–128.
- Harris, Gardiner. (2004, February 28). Pfizer gives up testing Viagra on women. *The New York Times*.
- Harris, G. W., & Levine, S. (1965). Sexual differentiation of the brain and its experimental control. *Journal of Physiology, 181*, 379–400.
- Harrison, Albert. (1977). Mere exposure. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10). New York: Academic.
- Hart, Linda L. (1990). Accuracy of home pregnancy tests. *Annals of Pharmacotherapy, 24*, 712–713.
- Hartman, William, & Fithian, Marilyn. (1984). *Any man can: The multiple orgasmic technique for every loving man*. New York: St. Martin's Press.
- Hass, Aaron. (1979). *Teenage sexuality*. New York: Macmillan.
- Hatcher, Robert A., et al. (1994). *Contraceptive technology* (16th ed.). New York: Irvington.
- Hatcher, Robert A., et al. (1998). *Contraceptive technology* (17th ed.). New York: Ardent Media.
- Hatcher, Robert A., et al. (2004). *Contraceptive technology* (18th ed.). New York: Ardent Media.
- Hatfield, Elaine. (1978). Equity and extramarital sexuality. *Archives of Sexual Behavior, 7*, 127–141.
- Hatfield, Elaine. (1994). *Passionate love and sexual desire: A cross-cultural perspective*. Paper presented at the annual

- meeting of the Society for the Scientific Study of Sexuality, Miami.
- Hatfield, Elaine, & Rapson, Richard. (1993a). Historical and cross-cultural perspectives on passionate love and sexual desire. *Annual Review of Sex Research*, 4, 67–97.
- Hatfield, Elaine, & Rapson, Richard. (1993b). *Love, sex, and intimacy*. New York: HarperCollins.
- Hatfield, Elaine, & Sprecher, Susan. (1986). Measuring passionate love in intimate relations. *Journal of Adolescence*, 9, 383–410.
- Hatfield, Elaine, & Walster, G. William. (1978). *A new look at love*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hatfield, Elaine, Walster, G. W., & Berscheid, E. (1978). *Equity theory and research*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hatzichristou, D., et al. (2004). The efficacy and safety of flexible-dose vardenafil (Levitra) in a broad population of European men. *European Urology*, 45, 634–641.
- Hausknecht, Richard U. (1995). Methotrexate and misoprostol to terminate early pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 333, 537–540.
- Haynes, Barton F., Pantaleo, Giuseppe, & Fauci, Anthony S. (1996). Toward an understanding of the correlates of protective immunity to HIV infection. *Science*, 271, 324–328.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Hearn, Kimberly D., O'Sullivan, Lucia F., & Dudley, Cheryl D. (2003). Assessing reliability of early adolescent girls' reports of romantic and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 513–522.
- Heath, Robert C. (1972). Pleasure and brain activity in man. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154, 3–18.
- Heaton, Jeremy P.W. (2000). Central neuropharmacological agents and mechanisms in erectile dysfunction: The role of dopamine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 561–569.
- Heaton, Jeremy P.W. (2001). Key issues from the clinical trials of apomorphine SL. *World Journal of Urology*, 19, 25–31.
- Hebl, Michelle R., et al. (2002). Formal and interpersonal discrimination: A field study of bias toward homosexual applicants. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 815–825.
- Heilman, Carole A., & Baltimore, David. (1998). HIV-vaccines—where are they going? *Nature Medicine Vaccine Supplement*, 4, 532–534.
- Heim, Nikolaus. (1981). Sexual behavior of castrated sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 11–20.
- Heiman, Julia R. (1975). The physiology of erotica: Women's sexual arousal. *Psychology Today*, 8 (11), 90–94.
- Heiman, Julia R. (2000). Orgasmic disorders in women. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 118–153). New York: Guilford.
- Heiman, Julia, LoPiccolo, Leslie, & LoPiccolo, Joseph. (1976). *Becoming orgasmic: A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Heiman, Julia R., & Meston, Cindy M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148–194.
- Heise, Lori. (1993). Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46, 78–85.
- Helgeson, Vicki, et al. (2001). Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 20, 387–392.
- Hellerstein, Herman K., & Friedman, Ernst H. (1969, March). Sexual activity and the post-coronary patient. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 3, 70–74.
- Hellstrom, W., et al. (2003a). Tadalafil has no detrimental effect on human spermatogenesis or reproductive hormones. *Journal of Urology*, 170, 887–891.
- Hellstrom, W., et al. (2003b). Sustained efficacy and tolerability of vardenafil. *Urology*, 61, 8–14.
- Helminiak, Daniel A. (2000). *What the Bible really says about homosexuality* (Millennium ed.) New Mexico: Alamo Square Press.
- Henahan, John. (1984). Honing the treatment of early breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 251, 309–310.
- Hendrick, Clyde, & Hendrick, Susan. (2004). Sex and romantic love: Connects and disconnects. In J. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 159–182). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hendrick, Susan. (1981). Self-disclosure and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1150–1159.
- Hendrick, Susan, & Hendrick, Clyde. (1992). *Liking, loving, and relating* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hendrick, Susan S., Hendrick, Clyde, & Adler, N. L. (1988). Romantic relationships: Love, satisfaction, and staying together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 980–988.
- Henshaw, Stanley K. (1997). Teenage abortion and pregnancy rates by state, 1992. *Family Planning Perspectives*, 29, 115–122.
- Henshaw, Stanley K. (1990). Induced abortion: A world review, 1990. *Family Planning Perspectives*, 22, 76–89.
- Henshaw, Stanley, & Finer, Lawrence. (2003). The accessibility of abortion services in the United States, 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 16–24.
- Henshaw, Stanley, & Van Vort, Jennifer. (1994). Abortion services in the United States, 1991 and 1992. *Family Planning Perspectives*, 26, 100–106, 112.
- Herbert, J. (1966). The effect of estrogen applied directly to the genitalia upon the sexual attractiveness of the female rhesus monkey. *Excerpta Medica International Congress Series*, 3, 212.
- Herbst, A. (1972). Clear cell adenocarcinoma of the genital tract in young females. *New England Journal of Medicine*, 287 (25), 1259–1264.
- Herd, Gilbert H. (1984). *Ritualized homosexuality in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.
- Herd, Gilbert. (1990). Mistaken gender: 5-alpha reductase hermaphroditism and biological reductionism in sexual identity reconsidered. *American Anthropologist*, 92, 433–446.
- Herek, Gregory M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9, (1), 19–22.
- Herek, Gregory M. (2002). Heterosexuals' attitudes toward bisexual men and women in the United States. *Journal of Sex Research*, 39, 264–274.
- Herek, Gregory M., Gillis, J., & Cogan, J. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 945–951.
- Herek, Gregory M., et al. (1991). Avoiding heterosexist bias in psychological research. *American Psychologist*, 46, 957–963.
- Herman, Judith L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Herman-Giddens, M. E., et al. (1997). Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice. *Pediatrics*, 99, 505–512.
- Herrero, R., et al. (2003). Human papillomavirus and oral cancer: The International Agency for Research on Cancer

- multicenter study. *Journal of the National Cancer Institute*, 95, 1772–1783.
- Heyl, Barbara Sherman. (1979). *The madam as entrepreneur*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Hill, C. T., Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1976). Breakups before marriage: The end of 103 affairs. *Journal of Social Issues*, 32 (1).
- Hill, Mark. (2002). Skin color and the perception of attractiveness among African Americans: Does gender make a difference? *Social Psychology Quarterly*, 65, 77–91.
- Hite, Shere. (1976). *The Hite report*. New York: Macmillan.
- Hite, Shere. (1981). *The Hite report on male sexuality*. New York: Alfred Knopf.
- HIV CLAPP. (2004). HIV reporting. HIV Criminal Law and Public Policy Project. www.hivcriminallaw.org.
- Ho, Gloria Y. F., et al. (1998). Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*, 338, 423–428.
- Hobart, C. Q. (1958). The incidence of romanticism during courtship. *Social Forces*, 36, 364.
- Hobfoll, Stevan, et al. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445–453.
- Hoff, Gerard A., & Schneiderman, Lawrence J. (1985, December). Having babies at home: Is it safe? Is it ethical? *Hastings Center Report*, 19–27.
- Hofferth, Sandra L. (1990). Trends in adolescent sexual activity, contraception, and pregnancy in the United States. In J. Bancroft & J. Reinisch (Eds.), *Adolescence and puberty* (pp. 217–233). New York: Oxford University Press.
- Hoffmann, Heather, Janssen, Erick, & Turner, Stefanie L. (2004). Classical conditioning of sexual arousal in women and men: Effects of varying awareness and biological relevance of the conditioned stimulus. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 43–54.
- Hogben, Matthew, & Byrne, Donn. (1998). Using social learning theory to explain individual differences in human sexuality. *Journal of Sex Research*, 35, 58–71.
- Hollander, D. (1996). Programs to bring down cesarean section rate prove to be successful. *Family Planning Perspectives*, 28, 182–185.
- Holmstrom, Lynda L., & Burgess, Ann W. (1980). Sexual behavior of assailants during reported rapes. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 427–440.
- Holroyd, Jean C., & Brodsky, Annette M. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *American Psychologist*, 34, 843–849.
- Holstege, Gert, et al. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23, 9185–9193.
- Hom, X., et al. (2004). Predictors of virologic response to lamivudine treatment in children with chronic hepatitis B infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 23, 441–445.
- Hong, Lawrence K. (1984). Survival of the fastest: On the origin of premature ejaculation. *Journal of Sex Research*, 20, 109–122.
- Hook, Edward W., & Handsfield, H. Hunter. (1990). Gonococcal infections in adults. In K. Holmes et al. (Eds.), *Sexually transmitted diseases* (pp. 149–160). New York: McGraw-Hill.
- Hook, Edward W., & Handsfield, H. (1999). Gonococcal infection in adults. In K. Holmes et al. (Eds.), *Sexually transmitted diseases*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Hopwood, Nancy J., et al. (1990). The onset of human puberty: Biological and environmental factors. In J. Bancroft & J. M. Reinisch (Eds.), *Adolescence and puberty*. New York: Oxford University Press.
- Horney, Karen. (1973). The flight from womanhood (1926). In K. Horney, *Feminine psychology*. New York: Norton.
- Horowitz, Carol R., & Jackson, T. Carey. (1997). Female “circumcision”: African women confront American medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 491–499.
- Horrocks, R. (1997). *An introduction to the study of sexuality*. New York: St. Martin's Press.
- Hotz, V. Joseph, Sanders, Seth, & McElroy, Susan W. (1999). *Teenage childbearing and its life cycle consequences: Exploiting a natural experiment*. National Bureau of Economic Research, working paper W7397.
- House, Carrie. (1997). Navajo warrior women: An ancient tradition in a modern world. In S. Jacobs, et al. (Eds.), *Two-spirit people* (pp. 223–227). Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Houston, L. N. (1981). Romanticism and eroticism among black and white college students. *Adolescence*, 16, 263–272.
- Hsu, Bing, et al. (1994). Gender differences in sexual fantasy and behavior in a college population: A ten-year replication. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 103–118.
- Hubacher, David. (2002). The checkered history and bright future of intrauterine contraception in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 98–103.
- Hucker, Stephen, & Blanchard, Ray. (1992). Death scene characteristics in 118 fatal cases of autoerotic asphyxia compared with suicidal asphyxia. *Behavioural Sciences and the Law*, 10, 509–523.
- Hudson, Walter W., & Ricketts, Wendell A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5, 357–372.
- Huffstutter, P. J., & Frammolino, R. (2001). Lights, camera, Viagra: When the show must go on, sometimes a little chemistry helps. *Los Angeles Times*, July 6, A1.
- Hughes, Jean O., & Sandler, Bernice R. (1987). *“Friends” raping friends: Could it happen to you?* Washington, DC: Association of American Colleges.
- Human Rights Watch. (2001). *Hatred in the hallways: Violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in U.S. schools*. New York: Human Rights Watch. www.hrw.org.
- Humes, Karen, & McKinnon, Jesse (2000). *The Asian and Pacific Islander population in the United States*. U.S. Census Bureau. www.census.gov.
- Humphreys, Laud. (1970). *Tearoom trade: Impersonal sex in public places*. Chicago: Aldine.
- Hunt, Morton. (1974). *Sexual behavior in the 1970s*. Chicago: Playboy Press.
- Hunter, Nan, Michaelson, Sherryl, & Stoddard, Thomas. (1992). *The rights of lesbians and gay men: The basic ACLU guide to a gay person's rights*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press.
- Huston, T. L., & Levinger, G. (1978). Interpersonal attraction and relationships. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 29). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Hutchinson, Karen A. (1995). Androgens and sexuality. *American Journal of Medicine*, 98 (Suppl. 1A), 1A111S–1A115S.
- Hyde, Janet S. (1984). How large are gender differences in aggression? A developmental meta-analysis. *Developmental Psychology*, 20, 722–736.
- Hyde, Janet S. (2004). *Half the human experience: The psychology of women* (6th ed.). Boston: Houghton-Mifflin.
- Hyde, Janet S., DeLamater, John, & Hewitt, Erri. (1998). Sexuality and the dual-earner couple: Multiple roles and

- sexual functioning. *Journal of Family Psychology*, *12*, 354–368.
- Hyde, Janet S., et al. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*, *33*, 143–151.
- Hyde, Janet S., & Jaffee, Sara R. (2000). Becoming a heterosexual adult: The experiences of young women. *Journal of Social Issues*, *56*, 283–296.
- Hynes, H. Patricia, & Raymond, Janice G. (2002). Put in harm's way: The neglected health consequences of sex trafficking in the United States. In J. Silliman & A. Bhattacharjee (Eds.), *Policing the national body: Sex, race, and criminalization* (pp. 197–229). Cambridge, MA: South End Press.
- Icard, Larry D. (1996). Assessing the psychosocial well-being of African American gays. In J. F. Longres (Ed.), *Men of color: A context for service to homosexually active men*. New York: Haworth.
- Idänpään-Heikkilä, J., et al. (1969). Placental transfer of tritiated-1 tetrahydrocannabinol. *New England Journal of Medicine*, *281*, 330.
- Ilies, Remus, et al. (2003). Reported incidence rates of work-related sexual harassment in the United States: Using meta-analysis to explain reported rate disparities. *Personnel Psychology*, *56*, 607–631.
- Ilkcaracan, Pinar. (2001). Islam and women's sexuality. In P. Jung et al. (Eds.), *Good sex: Feminist perspectives from the world's religions* (pp. 61–76). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Imperato-McGinley, J., et al. (1974). Steroid 5 reductase deficiency in man: An inherited form of male pseudohermaphroditism. *Science*, *186*, 1213–1215.
- Innala, Sune M., & Ernulf, Kurt E. (1989). Asphyxiophilia in Scandinavia. *Archives of Sexual Behavior*, *18*, 181–190.
- Institute of Medicine. (2004). *New frontiers in contraceptive research*. Washington, DC: National Academies Press.
- Investigative Staff of the Boston Globe. (2002). *Betrayal: The crisis in the Catholic Church*. Boston: Little, Brown.
- Iqbal, Mohammad, et al. (2001). Effects of antimanic mood-stabilizing drugs on fetuses, neonates, and nursing infants. *Southern Medical Journal*, *94*, 305–322.
- Irvine, Janice M. (1995). *Sexuality education across cultures: Working with differences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jaakkola, Jouni, & Gissler, Mika. (2004). Maternal smoking in pregnancy, fetal development and childhood asthma. *American Journal of Public Health*, *94*, 136–141.
- Jackson, G. (1999). Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, *53*, 363–368.
- Jacob, Kathryn A. (1981). The Mosher report. *American Heritage*, *57*–64.
- Jacobs, Sue-Ellen, Thomas, Wesley, & Lang, Sabine (Eds.). (1997). *Two-spirit people*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Jacobson, Sandra W., Jacobson, Joseph L., & Sokol, Robert J. (1994). Effects of fetal alcohol exposure on infant reaction time. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *18*, 1125–1132.
- Jacobson, Sandra W., et al. (1993). Prenatal alcohol exposure and infant information processing ability. *Child Development*, *64*, 1706–1721.
- Jadack, Rosemary A., Keller, Mary L., & Hyde, Janet S. (1990). Genital herpes: Gender comparisons and the disease experience. *Psychology of Women Quarterly*, *14*, 419–434.
- Jamieson, Denise J., et al. (2002). A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics and Gynecology*, *99*, 1073–1079.
- Janicek, Mike F., & Averette, Hervy E. (2001). Cervical cancer: Prevention, diagnosis, and therapeutics. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, *51*, 92–114.
- Janowsky, Jeri S., et al. (1998). The cognitive neuropsychology of sex hormones in men and women. *Developmental Neuropsychology*, *14*, 421–440.
- Jantzen, Grace. (1994). AIDS, shame, and suffering. In J. B. Nelson & S. P. Longfellow (Eds.), *Sexuality and the sacred* (pp. 305–313). Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.
- Janus, Samuel S., & Janus, Cynthia L. (1993). *The Janus report on sexual behavior*. New York: Wiley.
- Jay, Karla, & Young, Allen (1979). *The gay report*. New York: Summit Books.
- Jemail, Jay Ann, & Geer, James. (1977). Sexual scripts. In R. Gemme & C. C. Wheeler (Eds.), *Progress in sexuality*. New York: Plenum.
- Jenkins, J. S., & Nussey, S. S. (1991). The role of oxytocin: Present concepts. *Clinical Endocrinology*, *34*, 515–525.
- Jenkins, Philip. (1996). *Pedophiles and priests: Anatomy of a contemporary crisis*. New York: Oxford University Press.
- Jenks, Richard J. (1985). Swinging: A replication and test of a theory. *Journal of Sex Research*, *21*, 199–210.
- Jenks, Richard. (1998). Swinging: A review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, *27*, 507–521.
- Jenny, Carole, Roesler, Thomas A., & Poyer, Kimberly A. (1994). Are children at risk for sexual abuse by homosexuals? *Pediatrics*, *94*, 41–44.
- Jensen, Gordon D. (1976). Adolescent sexuality. In B. J. Sadock et al. (Eds.), *The sexual experience*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- John, E. M., Savitz, D. A., & Sandler, D. P. (1991). Prenatal exposure to parents' smoking and childhood cancer. *American Journal of Epidemiology*, *133*, 123–132.
- Johnson, Anne M., et al. (1992). Sexual lifestyles and HIV risk. *Nature*, *360*, 410–412.
- Johnson, Brooke R., Horga, Mihai, & Andronache, Laurentia. (1996). Women's perspectives on abortion in Romania. *Social Science & Medicine*, *42*, 521–530.
- Johnson, Sharon D., Phelps, D., & Cottler, L. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, *33*, 55–64.
- Johri, A., Heaton, J., & Morales, A. (2001). Severe erectile dysfunction is a marker for hyperprolactinemia. *International Journal of Impotence Research*, *13*, 176–182.
- Jones, James H. (1997). *Alfred C. Kinsey: A public/private life*. New York: Norton.
- Jones, James H. (1981). *Bad blood: The Tuskegee syphilis experiment*. New York: Free Press.
- Jones, Rachel K., Darroch, J., & Henshaw, S. (2002). Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000–2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *34*, 294–303.
- Jones, Rachel K., & Henshaw, Stanley K. (2002). Mifepristone for early medical abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *34*, 154–161.
- Jorgensen, S. R. (1980). Contraceptive attitude-behavior consistency in adolescence. *Population and Environment*, *3*, 174–194.
- Julien, Danielle, et al. (2003). Conflict, social support, and relationship quality: An observational study of heterosexual, gay male, and lesbian couples' communication. *Journal of Family Psychology*, *17*, 419–428.
- Jung, Patricia B., Hunt, Mary E., & Balakrishnan, Radhika (Eds.). (2001). *Good sex: Feminist perspectives from the world's religions*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Kabalin, John N., & Kuo, Jeffrey C. (1997). Long-term follow-up of and patient satisfaction with the Dynaflex self-contained inflatable penile prosthesis. *Journal of Urology*, *158*, 456–469.
- Kafka, Martin P. (1997). Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, *26*, 505–526.
- Kaiser, Jocelyn (2003). Studies of gay men, prostitutes come under scrutiny. *Science*, *300*, 403.
- Kaiser Family Foundation. (1997). National survey of teens: Teens talk about dating, intimacy, and their sexual experiences. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. www.kff.org.
- Kaiser Family Foundation. (1998). *Sex in the 90s: 1998 national survey of Americans on sex and sexual health*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation, Pub. No. 1430. www.kff.org.
- Kaiser Family Foundation. (2000a). *Sex education in America: A view from inside the nation's classrooms*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Kaiser Family Foundation. (2000b). *Sex smarts: Decision-making*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation, Publication No. 3064.
- Kaiser Family Foundation. (2004a). *Sex education in America: General public/parents survey*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. www.kff.org.
- Kaiser Family Foundation. (2004b). *Sex education in America: Principals survey*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. www.kff.org.
- Kalick, S. Michael, et al. (1998). Does human facial attractiveness honestly advertise health? Longitudinal data on an evolutionary question. *Psychological Science*, *9*, 8–13.
- Kalil, Kathleen, et al. (1993). Social and family pressures on anxiety and stress during pregnancy. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, *8*, 113–118.
- Kambic, Robert T. (1999). The effectiveness of natural family planning methods for birth spacing: A comprehensive review. *Hopkins Population Center Papers on Population*, WP 99-07. www.popctr.jhsph.edu.
- Kamel, H. K., Perry, H. M., & Morley, J. E. (2001). Hormone replacement therapy and fractures in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*, 179–187.
- Kane, Elizabeth. (1988). *Birth mother: The story of America's first legal surrogate mother*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kanin, E. J., Davidson, K. D., & Scheck, S. R. (1970). A research note on male-female differentials in the experience of heterosexual love. *Journal of Sex Research*, *6*, 64–72.
- Kantner, John E., & Zelnik, Melvin. (1972). Sexual experience of young unmarried women in the United States. *Family Planning Perspectives*, *4*(4), 9–18.
- Kantner, John E., & Zelnik, Melvin. (1973). Contraception and pregnancy: Experience of young unmarried women in the United States. *Family Planning Perspectives*, *5*(1), 21–35.
- Kaplan, Helen S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, Helen S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, Helen S., & Owett, Trude. (1993). The female androgen deficiency syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *19*, 3–25.
- Kaplan, Helen S., & Sager, C. J. (1971, June). Sexual patterns at different ages. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 10–23.
- Kaplan, Helen Singer. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Simon & Schuster.
- Karama, S., et al. (2002). Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Human Brain Mapping*, *16*, 1–13.
- Karr, Rodney K. (1978). Homosexual labeling and the male role. *Journal of Social Issues*, *34* (3), 73–83.
- Keefe, David L. (2002). Sex hormones and neural mechanisms. *Archives of Sexual Behavior*, *31*, 401–404.
- Keenan, T., & Ward, T. (2000). A theory of mind perspective on cognitive, affective, and intimacy deficits in child sex offenders. *Sex Abuse*, *12*, 49–60.
- Kegel, A. H. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal of Surgery*, *60*, 521–524.
- Kempf, D. J., et al. (1995). ABT-538 is a potent inhibitor of human immunodeficiency virus protease. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *92*, 2484.
- Kempton, Winifred, & Kahn, Emily. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, *9*, 93–111.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*, 164–180.
- Kendler, Kenneth S., et al. (2000a). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 953–959.
- Kendler, Kenneth S., et al. (2000b). Sexual orientation in a U.S. national sample of twin and nontwin sibling pairs. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1843–1846.
- Kennedy, Robert, & Suttentfield, Kelley. (2001). Postpartum depression. *Medscape Mental Health* *6*, 4.
- Kenrick, D., et al. (1980). Sex differences, androgyny and approach responses to erotica: A new variation on an old volunteer problem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *38*, 517–524.
- Kessler, Suzanne. (1998). *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Keverne, Eric B. (1999). The vomeronasal organ. *Science*, *286*, 716–720.
- Kiecolt, K. J., Fossett, M. A., & Smith, W. (1995). Mate availability and marriage among African-Americans: Aggregate- and individual-level analyses. In M. B. Tucker & C. Mitchell-Kerum (Eds.), *The decline in marriage among African-Americans: Causes, consequences, and policy implications* (pp. 103–116). New York: Russell Sage Foundation.
- Kiernan, K. (1988). Who remains celibate? *Journal of Biosocial Science*, *20*, 253–263.
- Kikuras, A. (2004). An interview with Dave Cummings. *Unchain the underground*. www.unchain.com.
- Kilmartin, Christopher T. (2000). *The masculine self* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kim, Bryan S., et al. (2001). Cultural value similarities and differences among Asian American ethnic groups. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *7*, 343–361.
- Kim, N., et al. (1997). Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: A quantitative review. *Journal of Adolescent Health*, *20*, 204–215.
- King, Mary-Claire, Marks, J., & Mandell, J. (2003). Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*, *302*, 643–646.
- King, Michael, & Woollett, Earnest. (1997). Sexually assaulted males: 115 men consulting a counseling service. *Archives of Social Behavior*, *26*, 579–588.
- Kinsey, Alfred C., Pomeroy, Wardell B., & Martin, Clyde E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

- Kinsey, Alfred C., et al. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Kiragu, Karungari. (1995, October). Female genital mutilation: A reproductive health concern. *Population Reports* (Supplement), Series J, No. 41, Vol. 23.
- Kiragu, Karungari, et al. (2001). Can we avoid catastrophe? Youth and HIV/AIDS. *Population Reports*, Series L, No. 12. Johns Hopkins University School of Public Health.
- Kirby, Douglas. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Journal of School Health*, 62, 281–287.
- Kirby, Douglas. (2002). *Do abstinence-only programs delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy?* Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, Douglas. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *Journal of Sex Research*, 39, 51–57.
- Kirby, Douglas, et al. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109, 339–360.
- Kirk, K., et al. (2000). Measurement models for sexual orientation in a community twin sample. *Behavior Genetics*, 30, 345–356.
- Kirkpatrick, Lee, & Davis, Keith. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502–512.
- Kirkpatrick, Martha. (1996). Lesbians as parents. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kiselica, Mark, & Scheckel, Steve. (1995). The couvade syndrome (sympathetic pregnancy) and teenage fathers: A brief primer for counselors. *School Counselor*, 43, 42–51.
- Klaus, Marshall, & Kennell, John. (1976). Human maternal and paternal behavior. In M. Klaus & J. Kennell (Eds.), *Maternal infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby.
- Klebanov, Pamela K., & Jemmott, John B. (1992). Effects of expectations and bodily sensations on self-reports of premenstrual symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 289–310.
- Klitzman, Robert, & Bayer, Ronald. (2003). *Mortal secrets: Truth and lies in the age of AIDS*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kniffin, K. M., & Wilson, D. S. (2004). The effect of nonphysical traits on perception of physical attractiveness: Three naturalistic studies. *Evolution and Human Behavior*, 25, 88–101.
- Koelman, C. A., et al. (2000). Correlation between oral sex and a low incidence of preeclampsia: A role for soluble HLA in seminal fluid? *Journal of Reproductive Immunology*, 46, 155–166.
- Kolata, Gina. (2001, March 25). Researchers find grave defect risk in cloning animals. *The New York Times*, 1ff.
- Kolbenschlag, Madonna. (1985). Abortion and moral consensus: Beyond Solomon's choice. *Christian Century*, 102, 179–183.
- Kolker, Aliza. (1989). Advances in prenatal diagnosis. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 5, 601–617.
- Kolodny, R. C., et al. (1974). Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 290, 872–874.
- Komisaruk, Barry R., Gerdes, C. A., & Whipple, Beverly. (1997). "Complete" spinal cord injury does not block perceptual responses to genital self-stimulation in women. *Archives of Neurology*, 54, 1513–1520.
- Koonin, Lisa M., et al. (1991). Abortion surveillance, United States, 1988. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40, (SS-1), 15–42.
- Korff, Janice, & Geer, James H. (1983). The relationship between sexual arousal experience and genital response. *Psychophysiology*, 20, 121–127.
- Kosnick, Anthony, et al. (1977). *Human sexuality: New directions in American Catholic thought*. New York: Paulist Press.
- Koss, Mary P. (1993). Rape: Scope, impact, interventions, and public policy responses. *American Psychologist*, 48, 1062–1069.
- Koss, Mary P., & Cook, Sarah L. (1994). Facing the facts: Date and acquaintance rape are widespread forms of violence. In M. Koss et al. (Eds.), *No safe haven*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Koss, Mary P., et al. (1988). Stranger and acquaintance rape: Are there differences in the victim's experience? *Psychology of Women Quarterly*, 12, 1–24.
- Koss, Mary P., Gidycz, C. A., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162–170.
- Koss, Mary P., et al. (1994). *No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Koss, Mary P., & Heslet, Lynette. (1992). Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine*, 1, 53–59.
- Koss, Mary P., Koss, Paul G., & Woodruff, W. Joy. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342–347.
- Kothari, P. (1984). For discussion: Ejaculatory disorders—a new dimension. *British Journal of Sexual Medicine*, 11, 205–209.
- Kovacs, Peter. (2002a). Congenital anomalies and low birth weight associated with assisted reproductive technologies. *Medscape Women's Health*, 7, (3), www.medscape.com/viewarticle/435963.
- Kovacs, Peter. (2002b). Preconception sex selection. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health*, 7, (2), www.medscape.com/viewarticle/441313.
- Kraut, Robert, et al. (2004). Psychological research online: Report of Board of Scientific Affairs' Advisory Group on the Conduct of Research on the Internet. *American Psychologist*, 59, 105–117.
- Kreimer, A., et al. (2004). Oral human papillomavirus infection in adults is associated with sexual behavior and HIV serostatus. *Journal of Infectious Diseases*, 189, 686–698.
- Krieger, John N., & Alderete, John F. (1999). *Trichomonas vaginalis and trichomoniasis*. In K. Holmes et al. (Eds.), *Sexually transmitted diseases* (3rd ed., pp. 587–604). New York: McGraw-Hill.
- Kroeber, Alfred L., & Kluckhohn, Clyde. (1963). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. New York: Vintage Books.
- Kroll, Ken, et al. (1995). *Enabling romance: A guide to love, sex, and relationships for the disabled (and the people who care for them)*. Bethesda, MD: Woodbine House.
- Krimmel, Herbert T. (1983, October). The case against surrogate parenting. *Hastings Center Report*, 35–39.
- Krüger, T. H. C., et al. (2002). Orgasm-induced prolactin secretion: Feedback control of sexual drive? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26, 31–44.

- Kruijver, F., et al. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034–2041.
- Kumar, R., Brant, H. A., & Robson, K. M. (1981). Childbearing and maternal sexuality: A prospective survey of 119 primiparae. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 373–383.
- Kunkel, Dale, et al. (2003). *Sex on TV 2003*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Kunkel, Dale, Cope, K. M., & Colvin, C. (1996). *Sexual messages on family hour television: Content and context*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Kurdek, Lawrence A. (1995a). Developmental changes in relationship quality in gay and lesbian cohabiting couples. *Developmental Psychology*, 31, 86–94.
- Kurdek, Lawrence A. (1995b). Lesbian and gay couples. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan* (pp. 243–261). New York: Oxford University Press.
- Laan, Ellen, & Everaerd, Walter. (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annual Review of Sex Research*, 6, 32–76.
- Laan, Ellen, et al. (1994). Women's sexual and emotional responses to male- and female-produced erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 153–170.
- Lackritz, Eve M., et al. (1995). Estimated risk of transmission of the human immunodeficiency virus by screened blood in the United States. *New England Journal of Medicine*, 333, 1721–1725.
- LaFromboise, Theresa D., Heyle, Anneliese M., & Ozer, Emily J. (1990). Changing and diverse roles of women in American Indian cultures. *Sex Roles*, 455–476.
- Lalumière, M., Blanchard, R., & Zucker, K. (2000). Sexual orientation and handedness in men and women: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 575–592.
- Lalumière, M. L., & Quinsey, V. L. (1998). Pavlovian conditioning of sexual interests in human males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 241–252.
- Lamb, Michael. (1982, April). Second thoughts on first touch. *Psychology Today*, 9–10.
- Lamb, Michael E., & Hwang, C. (1982). Maternal attachment and mother-neonate bonding: A critical review. In M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lambert, Tracy A., Kahn, A., & Apple, K. (2003). Pluralistic ignorance and hooking up. *Journal of Sex Research*, 40, 129–133.
- Lamberts, Steven W. J., et al. (1997). The endocrinology of aging. *Science*, 278, 419–424.
- Lande, Robert E. (1995). New era for injectables. *Population Reports*, Series K, No. 5.
- Landry, David, et al. (2003). Factors associated with the content of sex education in U.S. public secondary schools. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 261–269.
- Landry, David, Kaeser, Lisa, & Richards, Cory. (1999). Abstinence promotion and the provision of information about contraception in public school district sexuality education policies. *Family Planning Perspectives*, 31, 280–286.
- Langan, Patrick, Schmitt, Erica, & Durose, Matthew (2003). *Recidivism of sex offenders released from prison in 1994*. Washington, DC: U. S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Langer, Ellen J., & Dweck, Carol S. (1973). *Personal politics: The psychology of making it*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Langfeldt, Thore. (1981). Childhood masturbation. In L. L. Constantine & F. M. Martinson (Eds.), *Children and sex* (pp. 63–74). Boston: Little Brown.
- Lantz, H. R., Keyes, J., & Schultz, H. (1975). The American family in the preindustrial period: From baselines in history to change. *American Sociological Review*, 40, 21–36.
- Larsen, Sandra A. (1996). Syphilis. In S. Morse et al. (Eds.), *Atlas of sexually transmitted diseases and AIDS* (pp. 21–46). London: Mosby-Wolfe.
- Larsson, IngBeth, & Svedin, Carl-Göran (2002). Sexual experiences in childhood: Young adults' recollections. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 263–274.
- Lasker, Stephanie. (2002). Sex and the city: Zoning “pornography peddlers and live nude shows.” *UCLA Law Review*, 49, 1139–1185.
- Latty-Mann, Holly, & Davis, Keith. (1996). Attachment theory and partner choice: Preference and actuality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 5–23.
- Laumann, Edward, et al. (2004). *The sexual organization of the city*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, Edward O., et al. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, Edward O., Masi, C., & Zuckerman, E. (1997). Circumcision in the United States: Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1052–1057.
- Laumann, Edward O., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537–544.
- Laumann, Edward O., & Parish, William. (2004). Chinese Family Health Survey (CFHS). Personal communication.
- Laurenceau, J-P, Feldman, Barrett, & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1238–1251.
- Lavine, Howard, Sweeney, Donna, & Wagner, Stephen. (1999). Depicting women as sex objects in television advertising: Effects on body dissatisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1049–1058.
- Lawrence, Anne A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 299–316.
- Lawrence, Kelli-An, & Byers, E. Sandra. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267–285.
- Leavitt, Fred. (1974). *Drugs and behavior*. Philadelphia: Saunders.
- Lebacqz, Karen. (1987). Appropriate vulnerability: A sexual ethic for singles. *Christian Century*, 104, 435–438.
- Lebeque, Breck. (1991). Paraphilias in U.S. pornography titles: “Pornography made me do it” (Ted Bundy). *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 19, 43–48.
- Lechner, Suzanne C., et al. (2003). Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 253–261.
- Lederer, Laura (Ed.). (1980). *Take back the night: Women on pornography*. New York: Morrow.
- Lee, J. A. (1979). The social organization of sexual risk. *Alternative Lifestyles*, 2, 69–100.
- Lee, Shirley. (2002). Health and sickness: The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives. *Sex Roles*, 46, 25–36.
- Leeman, Lawrence, & Leeman, Rebecca. (2003). A Native American community with a 7% Cesarean delivery rate: Does case mix, ethnicity or labor management explain the low rate? *Annals of Family Medicine*, 1, 36–43.

- Legman, Gershon. (1968). *Rationale of the dirty joke*. New York: Grove.
- Leiblum, Sandra R. (1993). The impact of infertility on sexual and marital satisfaction. *Annual Review of Sex Research*, 4, 99–120.
- Leiblum, Sandra R. (2000). Vaginismus: A most perplexing problem. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 181–204). New York: Guilford.
- Leiblum, Sandra, & Rosen, Raymond (Eds.) (2000). *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Leiblum, Sandra R., & Rosen, Raymond C. (1989). *Principles and practice of sex therapy* (2d ed.). New York: Guilford.
- Leifer, Myra. (1980). *Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy*. New York: Praeger.
- Leitenberg, Harold, & Henning, Kris. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469–496.
- LeMagnen, J. (1952). Les pheromones olfactosexuels chez le rat blanc. *Archives des Sciences Physiologiques*, 6, 295–332.
- Leonard, Arthur S. (1993). *Sexuality and the law: An encyclopedia of major legal cases*. New York: Garland Publishing.
- Leonard, Leah M., & Follette, Victoria, M. (2002). Sex functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Clinical and empirical considerations. *Annual Review of Sex Research*, 13, 346–388.
- Leonard, Lori. (2000). Interpreting female genital cutting: Moving beyond the impasse. *Annual Review of Sex Research*, 11, 158–190.
- Lerman, Hannah. (1986). From Freud to feminist personality theory. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 1–18.
- Leshner, Alan I. (2003). Don't let ideology trump science. *Science*, 302, 1479.
- LeVay, Simon. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034–1037.
- LeVay, Simon. (1996). *Queer science: The use and abuse of research into homosexuality*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Levin, Roy J. (2003). Is prolactin the biological "off switch" for human sexual arousal? *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 237–243.
- Levine, Carol, & Bermel, Joyce. (Eds.). (1985, August). *AIDS: The emerging ethical dilemmas*. Hastings Center Report Special Supplement, 1–31.
- Levine, Carol, & Bermel, Joyce. (Eds.). (1986, December). *AIDS: Public health and civil liberties*. Hastings Center Report Special Supplement, 1–36.
- Levine, R., et al. (1995). Love and marriage in eleven cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, 554–571.
- Levine, S. B., et al. (1998). The standards of care for gender identity disorders. *International Journal of Transgenderism*, 2. www.symposium.com/ijtc/ijtc0405.htm.
- Levitas, Eliahu, et al. (2003). *Are semen parameters related to abstinence? Analysis of 7,233 semen samples*. Paper presented at European Society for Human Reproduction and Embryology, Madrid.
- Levitt, Eugene, Moser, Charles, & Jamison, Karen. (1994). The prevalence and some attributes of females in the sado-masochistic subculture: A second report. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 465–473.
- Levitt, Eugene E., & Mulcahy, John J. (1995). The effect of intracavernosal injection of papaverine hydrochloride on orgasm latency. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 39–41.
- Lewis, Jacqueline, et al. (2004). Managing risk and safety on the job: The experiences of Canadian sex workers. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, under review.
- Lewis, Linwood J., & Kertzner, Robert M. (2003). Toward improved interpretation and theory building of African American male sexualities. *Journal of Sex Research*, 40, 383–395.
- Lewis, R. W., et al. (2004). Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In T. Lue et al. (Eds.), *Sexual medicine* (pp. 39–72). Paris: Editions 21.
- Lewis, R. W., & Witherington, R. (1997). External vacuum therapy for erectile dysfunction: Use and results. *World Journal of Urology*, 15, 78–82.
- Li, Kai, & Poirier, D. J. (2001). Using the National Longitudinal Study of Youth in the U.S. to study the birth process: A Bayesian approach. *Research in Official Statistics*, 4, 127–150.
- Liebmann-Smith, Joan. (1987). *In pursuit of pregnancy: How couples discover, cope with, and resolve their fertility problems*. New York: Newmarket Press.
- Lief, Harold I., & Hubschman, Lynn. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 145–156.
- Lightfoot-Klein, Hanny. (1989). *Prisoners of ritual: An odyssey into female genital circumcision in Africa*. New York: Haworth.
- Liljeros, F., et al. (2001). The web of human sexual contacts. *Nature*, 411, 907–908.
- Lindsey, Robert. (1988, February 1). Circumcision under criticism as unnecessary to newborn. *The New York Times*, A1.
- Linz, Daniel. (1989). Exposure to sexually explicit materials and attitudes toward rape: A comparison of study results. *Journal of Sex Research*, 26, 50–84.
- Linz, Daniel, Donnerstein, E., & Penrod, S. (1987). The findings and recommendations of the Attorney General's Commission on pornography: Do the psychological "facts" fit the political fury? *American Psychologist*, 42, 946–953.
- Lippa, Richard A. (2003). Are 2D:4D finger-length ratios related to sexual orientation? Yes for men, no for women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 179–188.
- Lisak, David, & Miller, Paul M. (2002). Repeat rape and multiple offending among undetected rapists. *Violence and Victims*, 17, 73–84.
- Liskin, Laurie. (1985, November–December). Youth in the 1980s: Social and health concerns. *Population Reports*, XIII, No. 5, M350–M388.
- Liu, Chien. (2003). Does quality of marital sex decline with duration? *Archives of Sexual Behavior*, 32, 55–60.
- Liu, Peter, & Chan, Connie S. (1996). Lesbian, gay, and bisexual Asian Americans and their families. In J. Laird & R. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Loeb, Tamra B., et al. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13, 307–345.
- Loffreda, Beth (2000). *Losing Matt Shepard: Life and politics in the aftermath of anti-gay murder*. New York: Columbia University Press.
- Loftus, Elizabeth F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518–537.
- Loftus, Elizabeth F., Polonsky, Sara, & Fullilove, Mindy T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 67–84.
- Lombardi, Emilia L., et al. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42, 89–101.
- Longo, D. J., Clum, G. A., & Yaeger, N. J. (1988). Psychosocial treatment for recurrent genital herpes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 61–66.

- Lonsway, Kimberly A., & Kothari, Chevon. (2000). First-year campus acquaintance rape education: Evaluating the impact of a mandatory intervention. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 220–232.
- LoPiccolo, Joseph, & Stock, Wendy E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158–167.
- LoPiccolo, Leslie. (1980). Low sexual desire. In S. R. Leiblum & L. A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press.
- Louis, R. (1997). *Sexpectations: Women talk candidly about sex and dating*. Madison, WI: MPC Press.
- Louv, W. C., et al. (1989). Oral contraceptive use and risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160, 396.
- Lowery, Shearon, & Wetli, Charles. (1982). Sexual asphyxia: a neglected area of study. *Deviant Behavior*, 3, 19–39.
- Lu, M. C., et al. (2001). Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics & Gynecology*, 97:290–295.
- Luby, Elliot C., & Klinge, Valerie. (1985). Genital herpes: A pervasive psychosocial disorder. *Archives of Dermatology*, 121, 494–497.
- Luke, Barbara. (1994). Nutritional influences on fetal growth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 37, 538–549.
- Luker, Kristin. (1975). *Taking chances: Abortion and the decision not to contracept*. Berkeley: University of California Press.
- Luker, Kristin. (1984). *Abortion and the politics of motherhood*. Berkeley: University of California Press.
- Luo, Minmin, Fee, M., & Katz, L. (2003). Encoding pheromonal signals in the accessory olfactory bulb in behaving mice. *Science*, 299, 1196–1201.
- Lydon-Rochelle, Mona, et al. (2001). Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine*, 345, 3–8.
- Lytton, Hugh, & Romney, David M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109, 267–296.
- Maass, Anne, et al. (2003). Sexual harassment under social identity threat: The computer harassment paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 853–870.
- Maccoby, Eleanor. (1998). *The two sexes: Growing up apart, coming together*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MacDougald, D. (1961). Aphrodisiacs and anaphrodisiacs. In A. Ellis & A. Abarbanel (Eds.), *The encyclopedia of sexual behavior* (Vol. I). New York: Hawthorn.
- MacDonald, P. T., et al. (1988). Heavy cocaine use and sexual behavior. *Journal of Drug Issues*, 18, 437–455.
- MacFarlane, J. A., et al. (1978). The relationship between mother and neonate. In S. Kitzinger & J. A. Davis (Eds.), *The place of birth*. Oxford: Oxford University Press.
- MacLean, Paul. (1962). New findings relevant to the evolution of psychosexual functions of the brain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 135, 289–301.
- MacNamara, Donald E. J., & Sagarin, Edward. (1977). *Sex, crime, and the law*. New York: Free Press.
- Maddock, J. W. (1997). Sexuality education: A history lesson. In J. W. Maddock (Ed.), *Sexuality education in post-secondary and professional training settings* (pp. 1–22). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Magaña, J. R., & Carrier, J. M. (1991). Mexican and Mexican American male sexual behavior and spread of AIDS in California. *Journal of Sex Research*, 28, 425–441.
- Maguire, Daniel C. (1983). Abortion: A question of Catholic honesty. *Christian Century*, 100, 803–807.
- Mahay, Jenna, Michaels, Stuart, & Laumann, Edward O. (1999). Race, gender, and class in sexual scripts. In E. O. Laumann, & R. T. Michael (Eds.), *The social organization of sexuality in the United States: Further studies*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mahoney, E. R. (1983). *Human sexuality*. New York: McGraw-Hill.
- Maines, Rachel P. (1999). *The technology of orgasm: "Hysteria," the vibrator, and women's sexual satisfaction*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Major, Brenda, et al. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777–784.
- Malamuth, Neil M. (1998). The confluence model as an organizing framework for research on sexually aggressive men: Risk moderators, imagined aggression and pornography consumption. In R. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Aggression: Theoretical and empirical reviews*. New York: Academic Press.
- Malamuth, Neil M., & Brown, Lisa M. (1994). Sexually aggressive men's perceptions of women's communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 699–712.
- Malamuth, Neil M., et al. (1991). Characteristics of aggressors against women: Testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 670–781.
- Maletzky, B. M. (1974). "Assisted" covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 34–40.
- Maletzky, B. M. (1977). "Booster" sessions in aversion therapy: The permanency of treatment. *Behavior Therapy*, 8, 460–463.
- Maletzky, B. M. (1980). Assisted covert sensitization. In D. J. Cox & R. J. Daitzman (Eds.), *Exhibitionism: Description, assessment, and treatment*. New York: Garland.
- Mallory, Tammie E., & Rich, Katherine E. (1986). Human reproductive technologies: An appeal for brave new legislation in a brave new world. *Washburn Law Journal*, 25, 458–504.
- Maltz, Wendy, & Boss, Suzie. (1997). *In the garden of desire: The intimate world of women's sexual fantasies*. New York: Broadway Books.
- Markman, Howard J. (1979). Application of a behavioral model of marriage in predicting relationship satisfaction of couples planning marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 743–749.
- Markman, Howard J. (1981). Production of marital distress: A 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 760–762.
- Markman, Howard J., & Floyd, Frank. (1980). Possibilities for the prevention of marital discord: A behavioral perspective. *American Journal of Family Therapy*, 8, 29–48.
- Markman, Howard, & Kadushin, Frederick. (1986). Preventive effects of human training for first-time parents: A short-term longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 872–874.
- Marquis, J. N. (1970). Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 263–272.
- Marshall, Donald C. (1971). Sexual behavior on Mangaia. In D. S. Marshall & R. C. Suggs (Eds.), *Human sexual behavior*. New York: Basic Books.
- Marshall, Eliot. (1995). NIH's "Gay Gene" study questioned. *Science*, 268, 1841.
- Marshall, W. L. (1993). A revised approach to the treatment of men who sexually assault adult females. In G. Nagayama Hall et al. (Eds.), *Sexual aggression* (pp. 143–165). Washington, DC: Taylor & Francis.

- Marshall, W. L., & Pithers, W. D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior, 21*, 10–27.
- Marsiglio, William, & Diekow, Douglas. (1998). Men and abortion: The gender politics of pregnancy resolution. In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war* (pp. 269–284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martin, Carol L., & Halverson, C. F. (1983). The effects of sex-typing schemas on young children's memory. *Child Development, 54*, 563–574.
- Martin, Carol, & Ruble, Diane. (2004). Children's search for gender cues: Cognitive perspectives on gender development. *Current Directions in Psychological Science, 13*, 67–70.
- Martin, Carol L., Ruble, D., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin, 128*, 903–933.
- Martinson, Floyd M. (1994). *The sexual life of children*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Marx, Jean. (1995). Sharing the genes that divide the sexes for mammals. *Science, 269*, 1824–1827.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1982). *Human sexuality*. Boston: Little, Brown.
- Masters, William H., & Johnson, Virginia. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, William H., & Johnson, Virginia. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, William H., & Johnson, Virginia. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown.
- Masterton, Graham. (1993). *Drive him wild: A hands-on guide to pleasuring your man in bed*. New York: Signet Books.
- Mathy, Robin, & Cooper, Al. (2003). The duration and frequency of Internet use in a nonclinical sample: Suicidality, behavioral problems, and treatment history. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*, 125–135.
- Maticka-Tyndale, Eleanor, Herold, E., & Oppermann, M. (2003). Casual sex among Australian schoolies. *Journal of Sex Research, 40*, 158–169.
- Matsumoto, David. (1994). *Cultural influences on research methods and statistics*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Matteson, David R. (1985). Bisexual men in marriage: Is a positive homosexual identity and stable marriage possible? In F. Klein & T. J. Wolf (Eds.), *Bisexualities: Theory and research*. New York: Haworth.
- Mattson, Sarah, & Riley, Edward. (1998). A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 279–294.
- Mauck, C., et al. (2001). Recommendations for the clinical development of topical microbicides. *AIDS, 15*, 857–868.
- Maurer, Harry. (1994). *Sex: Real people talk about what they really do*. New York: Penguin Books.
- May, Rollo. (1974). *Love and will*. New York: Dell Books.
- Mazur, Allan. (1986). U.S. trends in feminine beauty and over-adaptation. *Journal of Sex Research, 22*, 281–303.
- McCabe, Marita P. (2002). Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis. *Journal of Sex Research, 39*, 302–309.
- McCabe, Marita P., & Taleporos, George (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 359–370.
- McCarthy, Barry & McCarthy, Emily (2002). *Sexual awareness: Couple sexuality for the twenty-first century*. Carroll & Graf Publishers.
- McClintock, Martha K. (1971). Menstrual synchrony and suppression. *Nature, 229*, 244–245.
- McClintock, Martha K. (1998). Whither menstrual synchrony? *Annual Review of Sex Research, 9*, 77–95.
- McClintock, Martha K. (2000). Human pheromones: Primers, releasers, signalers, or modulators? In K. Wallen & J. Schneider (Eds.), *Reproduction in context* (pp. 355–420). Cambridge, MA: MIT Press.
- McClintock, Martha, & Herdt, Gilbert. (1996). Rethinking puberty: The development of sexual attraction. *Current Directions in Psychological Science, 5*, 178–183.
- McClure, Robert, & Brewer, R. Thomas. (1980). Attitudes of new parents towards child and spouse with Lamaze or non-Lamaze methods of childbirth. *Journal of Human Behavior, 17*, 45–48.
- McCoy, Norma L. (1996). Menopause and sexuality. In M. K. Beard (Ed.), *Optimizing hormone replacement therapy: Estrogen-androgen therapy in postmeno-pausal women* (pp. 32–36). Minneapolis: McGraw-Hill Healthcare.
- McCoy, Norma L. (1997). Sexual issues for postmenopausal women. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 12*, 28–39.
- McCoy, Norma L., & Matyas, Joseph R. (1996). Oral contraceptives and sexuality in university women. *Archives of Sexual Behavior, 25*, 73–90.
- McCoy, Norma L., & Pitino, Lisa (2002). Pheromonal influences on sociosexual behavior in young women. *Physiology & Behavior, 75*, 367–375.
- McDowell, Janet Dickey. (1983). Ethical implications of in vitro fertilization. *Christian Century, 100*, 936–938.
- McEwen, B. S. (1997). Meeting report—Is there a neurobiology of love? *Molecular Psychiatry, 2*, 15–16.
- McEwen, Bruce S. (2001). Estrogen effects on the brain: Multiple sites and molecular mechanisms. *Journal of Applied Physiology, 91*, 2785–2801.
- McFarlane, Jessica, Martin, Carol L., & Williams, Tannis M. (1988). Mood fluctuations: Women versus men and menstrual versus other cycles. *Psychology of Women Quarterly, 12*, 201–224.
- McFarlane, Jessica M., & Williams, Tannis M. (1994). Placing premenstrual syndrome in perspective. *Psychology of Women Quarterly, 18*, 339–374.
- McGuire, R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1965). Sexual deviations as conditioned behavior: A hypothesis. *Behavioral Research and Therapy, 2*, 185–190.
- McKeganey, N. (1994). Why do men buy sex and what are their assessments of the HIV-related risks when they do? *AIDS Care, 6*, 289–301.
- McKenna, K. E. (2000). Some proposals regarding the organization of the central nervous system control of penile erection. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 24*, 535–540.
- McKenna, Katelyn, & Bargh, John (1998). Coming out in the age of the Internet: Identity “demarginalization” through virtual group participation. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 681–694.
- McKenna, Katelyn Y. A., Green, Amie S., & Smith, Pamela K. (2001). Demarginalizing the sexual self. *Journal of Sex Research, 38*, 302–311.
- McKinlay, Sonja M., Brambilla, D. J., & Posner, J. G. (1992). The normal menopause transition. *American Journal of Human Biology, 4*, 37–46.
- McMahon, C. G., et al. (2004). Disorders of orgasm and ejaculation in men. In T. Lue, et al. (Eds.), *Sexual medicine* (pp. 409–468). Paris: Editions 21.
- McMillen, Curtis, Zuravin, Susan, & Rideout, Gregory. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 1037–1043.

- McNeill, John J. (1987). Homosexuality: Challenging the Church to grow. *Christian Century*, 104, 242–246.
- McWhirter, David P., & Mattison, Andrew M. (1980). Treatment of sexual dysfunction in homosexual male couples. In S. R. Leiblum & L. A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford.
- McWilliams, Elaine. (1994). The association of perceived support with birthweights and obstetric complications: Piloting prospective identification and the effects of counseling. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 115–122.
- Mead, Margaret. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: Morrow.
- Meischke, Hendrika. (1995). Implicit sexual portrayals in the movies: Interpretations of young women. *Journal of Sex Research*, 32, 29–36.
- Melman, A., & Tiefer, L. (1992). Surgery for erectile disorders: Operative procedures and psychological issues. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders* (pp. 255–282). New York: Guilford.
- Menacker, Fay, & Curtin, Sally. (2001). Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991–1999. Centers for Disease Control and Prevention, *National Vital Statistics Reports*, 49 (13).
- Merrick, E. N. (1995). Adolescent childbearing as career “choice”: Perspective from an ecological context. *Journal of Counseling and Development*, 73, 288–295.
- Meseda, C., et al. (2004). DNA immunization with a herpes simplex virus 2 bacterial artificial chromosome. *Virology*, 318, 420–428.
- Messe, Madelyn R., & Geer, James H. (1985). Voluntary vaginal musculature contractions as an enhancer of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 13–28.
- Messenger, John C. (1993). Sex and repression in an Irish folk community. In D. N. Suggs & A. W. Miracle (Eds.), *Culture and human sexuality*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Meston, Cindy M., Trapnell, Paul D., & Gorzalka, Boris B. (1996). Ethnic and gender differences in sexuality: Variations in sexual behavior between Asian and non-Asian university students. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 33–72.
- Meston, Cindy M. et al. (2004). Women’s orgasm. In T. Lue et al. (Eds.), *Sexual medicine* (pp. 783–850). Paris: Editions 21.
- Meyer, Ilan H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Meyer, J. K. (1979). Sex reassignment. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1010–1015.
- Meyer-Bahlburg, Heino F. L., et al. (1995). Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation. *Developmental Psychology*, 31, 12–21.
- Meyer-Bahlburg, Heino (1997). The role of prenatal estrogens in sexual orientation. In L. Ellis & L. Ebertz (Eds.), *Sexual orientation: Toward biological understanding*. Westport, CT: Praeger.
- Meyer-Bahlburg, Heino, et al. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 97–104.
- Meyerowitz, Beth E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108–131.
- Mezzacappa, Elizabeth, & Katkin, Edward. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 21, 187–193.
- Michael, Robert T., et al. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown.
- Michelson, David, et al. (2000). Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration. *American Journal of Psychiatry*, 157, 239–243.
- Miki, Yoshio, et al. (1994). A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science*, 226, 66–71.
- Milan, Richard J., & Kilmann, Peter R. (1987). Interpersonal factors in premarital contraception. *Journal of Sex Research*, 23, 289–321.
- Milbauer, Barbara. (1983). *The law giveth: Legal aspects of the abortion controversy*. New York: Atheneum.
- Miller, D., & Kernes, M. (2004). HIV outbreak has adult industry facing specter of government regulation. *AVN: Adult Video News*. www.adultvideonews.com/cover0604.02.html.
- Miller, Eleanor M. (1986). *Street woman*. Philadelphia: Temple University Press.
- Miller, J., & Schwartz, M. (1995). Rape myths and violence against street prostitutes. *Deviant Behavior*, 16, 1–23.
- Miller, L. C., & Fishkin, S. A. (1997). On the dynamics of human bonding and reproductive success: Seeking windows on the adapted-for-human-environmental interface. In J. A. Simpson & D. T. Kenrick (Eds.), *Evolutionary social psychology* (pp. 197–235). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, Neil. (1992). *Out in the world: Gay and lesbian life from Buenos Aires to Bangkok*. New York: Random House.
- Miller, Rickey S., & Lefcourt, Herbert M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*, 46, 514–518.
- Miller, S., Corrales, R., & Wachman, D. B. (1975). Recent progress in understanding and facilitating marital communication. *Family Coordinator*, 24, 143–152.
- Millett, Kate. (1969). *Sexual politics*. New York: Doubleday.
- Milligan, G. N., et al. (2004). Efficacy of genital T cell responses to herpes simplex virus type 2 resulting from immunization of the nasal mucosa. *Virology*, 318, 507–515.
- Miner, Michael, & Coleman, Eli. (2001). Advances in sex offender treatment and challenges for the future. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13, 5–24.
- Minnesota Department of Health. (nd). Minnesota Education Now and Babies Later (MN ENABL): Evaluation Report 1998–2002. St. Paul: Minnesota Department of Health.
- Minto, Catherine L., et al. (2003). The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: A cross-sectional study. *Lancet*, 361, 1252–1257.
- Molitch, Mark E. (1995). Neuroendocrinology. In P. Felig et al. (Eds.), *Endocrinology and metabolism*. New York: McGraw-Hill.
- Mondaini, N., et al. (2003). Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time. *International Journal of Impotence Research*, 15, 225–228.
- Money, John. (1987). Sin, sickness, or status: Homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology. *American Psychologist*, 42, 384–399.
- Money, John, & Ehrhardt, Anke. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins. Reissued in a facsimile edition by Jason Aronson, Northvale, NJ, 1996.
- Monro, S. (2000). Theorizing transgender diversity: Towards a social model of health. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 33–45.
- Monto, Martin. (2001). Prostitution and fellatio. *Journal of Sex Research*, 38, 140–145.
- Montorsi, F., & Althof, S. (2004). Partner responses to sildenafil citrate (Viagra) treatment of erectile dysfunction. *Urology*, 63, 762–767.

- Montorsi, F., et al. (2003a). Apomorphine-induced brain modulation during sexual stimulation: A new look at central phenomena related to erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15, 203–209.
- Montorsi, F., et al. (2003b). Brain activation patterns during video sexual stimulation following the administration of apomorphine. *European Urology*, 43, 405–411.
- Montorsi, F., et al. (2004). Long-term safety and tolerability of tadalafil in the treatment of erectile dysfunction. *European Urology*, 45, 339–345.
- Moore, Allen J. (1987). Teenage sexuality and public morality. *Christian Century*, 104, 747–750.
- Moore, Thomas. (1999). *The soul of sex: Cultivating life as an act of love*. New York: HarperCollins.
- Moore, Todd. (1994). Porn shop enjoys brisk business year-round. *The Capital Times* (January 3) 5A–6A.
- Morales, A., et al. (1998). Clinical safety of oral sildenafil (Viagra) in the treatment of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 10, 69–74.
- Morales, A., & Heaton, J. (2001). Hormonal erectile dysfunction: Evaluation and management. *Urologic Clinics of North America*, 28, 279.
- Morales, A., Heaton, Jeremy, & Carson, C. (2000). Andropause: A misnomer for a true clinical entity. *Journal of Urology*, 163, 705–712.
- Moreland, Adele A., et al. (1996b). Genital herpes. In S. Morese et al. (Eds.), *Atlas of sexually transmitted diseases and AIDS* (pp. 207–224). London: Mosby-Wolfe.
- Moreland, Adele A. (1996a). Genital human papilloma-virus infection. In S. A. Morese et al. (Eds.), *Atlas of sexually transmitted diseases and AIDS* (pp. 225–240). London: Mosby-Wolfe.
- Morell, V. (1998). A new look at monogamy. *Science*, 281, 1982–1983.
- Morgan, Robin. (1980). Theory and practice: Pornography and rape. In L. Lederer (Ed.), *Take back the night: Women on pornography*. New York: Morrow.
- Morgan, Robin. (1978, November). How to run the pornographers out of town (and preserve the first amendment). *Ms.*, 55, 78–80.
- Morin, Jack. (1981). *Anal pleasure and health*. Burlingame, CA: Down There Press.
- Morin, Stephen F., & Rothblum, Esther D. (1991). Removing the stigma: Fifteen years of progress. *American Psychologist*, 46, 947–949.
- Morrison, L., et al. (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey. *Tropical Medicine & International Health*, 6, 643–653.
- Morokoff, Patricia J. (1986). Volunteer bias in the psychophysiological study of female sexuality. *Journal of Sex Research*, 22, 35–51.
- Morokoff, Patricia J. (1993). Female sexual arousal disorder. In W. O'Donohue & J. H. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions* (pp. 157–199). Boston: Allyn and Bacon.
- Morris, Norval J. (1973, April 18). The law is a busy-body. *The New York Times Magazine*, 58–64.
- Morrison, Diane M. (1985). Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin*, 98, 538–568.
- Morris-Rush, Jeanine, & Bernstein, Peter. (2002). Postpartum depression. *Medscape Women's Health* 7, (1).
- Morrow, Kathleen, et al. (2003). The acceptability of an investigational vaginal microbicide, PRO 2000 gel, among women in a Phase I clinical trial. *Journal of Women's Health*, 12, 655–666.
- Mortola, Joseph F. (1998). Premenstrual syndrome—Pathophysiological considerations. *New England Journal of Medicine*, 338, 256–257.
- Moser, C. (1998). S/M (Sadomasochistic) interactions in semi-public settings. *Journal of Homosexuality*, 36 (2), 19–29.
- Moser, Charles, & Levitt, Eugene E. (1987). An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample. *Journal of Sex Research*, 23, 322–337.
- Moses, Stephen, et al. (1990). Geographical patterns of male circumcision practices in Africa: Association with HIV seroprevalence. *International Journal of Epidemiology*, 19, 693–697.
- Mosher, Donald, & MacLan, Paula. (1994). College men and women respond to X-rated videos intended for male or female audiences: Gender and sexual scripts. *Journal of Sex Research*, 31, 99–113.
- Moss, B. F., & Schwebel, A. I. (1993). Marriage and romantic relationships: Defining intimacy in romantic relationships. *Family Relations*, 42, 31–37.
- Muehlenhard, Charlene L. (1988). Misinterpreted dating behaviors and the risk of date rape. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 20–37.
- Mueller, G. O. W. (1980). *Sexual conduct and the law* (2d ed.). Dobbs Ferry, NY: Oceana Publications.
- Mulders, T., & Dieben, T. (2001). Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility and Sterility*, 75, 865–870.
- Muller, James, et al. (1996). Triggering myocardial infarction by sexual activity. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1405–1409.
- Murnen, Sarah K., & Stockton, Mary. (1997). Gender and self-reported sexual arousal in response to sexual stimuli: A meta-analytic review. *Sex Roles*, 37, 135–154.
- Murnen, Sarah K., Wright, Carrie, & Kaluzny, Gretchen. (2002). If “boys will be boys,” then girls will be victims? A meta-analytic review of the research that relates masculine ideology to sexual aggression. *Sex Roles*, 46, 359–376.
- Murray, Stephen O. (2000). *Homosexualities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mustanski, Brian S. (2001). Getting wired: Exploiting the Internet for the collection of valid sexuality data. *Journal of Sex Research*, 38, 292–301.
- Myers, Barbara J. (1984). Mother-infant bonding: The status of this critical-period hypothesis. *Developmental Review*, 4, 240–274.
- Nanda, Serena. (1997). The Hijras of India. In M. Duberman (ed.), *A queer world* (pp. 82–86). New York: New York University Press.
- Nanula, Peter J. (1987). Protecting confidentiality in the effort to control AIDS. *Harvard Journal of Legislation*, 24 (1), 315–349.
- Narod, Steven A., et al. (1988). Human mutagens: Evidence from paternal exposure? *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 11, 401–415.
- National Abortion Federation. (2004). Analysis of trends of violence and disruption against reproductive health care clinics for 2003. www.prochoice.org/violence.
- National Center for Health Statistics. (2002). Births: final data for 2001. *National Vital Statistics Reports*, 51 (2).
- National Center for Health Statistics. (2004). Live births by birthweight, percent low birthweight and very low birthweight. Table 1–26. www.cdc.gov/nchs/data/statab/t991x26.pdf.
- National Center for Victims of Crime. (2004). Spousal rape laws: 20 years later. www.ncvc.org.

- National Commission on AIDS. (1994). Preventing HIV/AIDS in adolescents. *Journal of School Health*, 64, 39–51.
- National Conference of State Legislatures. (2004). State human cloning laws. www.ncsl.org/programs/health/genetics.
- National Opinion Research Center. (2004a). General Social Survey Codebook. webapp.icpsr.umich.edu/GSS.
- National Opinion Research Center. (2004b). Codebook variable: sexeduc. webapp.icpsr.umich.edu/GSS/rnd1998/merged/cdbk/sexeduc.htm.
- Neiger, S. (1968). Sex potions. *Sexology*, 730–733.
- Nelson, Adie, & Robinson, Barrie. (1994). *Gigolos and madames bountiful: Illusions of gender, power and intimacy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Nelson, James B. (1978). *Embodiment: An approach to sexuality and Christian theology*. Minneapolis: Augsburg.
- Nelson, James B. (1992). *Body theology*. Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.
- Nelson, James B., & Longfellow, Sandra P. (Eds.). (1994). *Sexuality and the sacred: Sources for theological reflection*. Louisville, KY: Westminster.
- Newton, Niles A. (1972). Childbearing in broad perspective. In Boston Children's Medical Center, *Pregnancy, birth and the newborn baby*. New York: Delacorte Press.
- Niemann, Yolanda F., et al. (1994). Use of free responses and cluster analysis to determine stereotypes of eight groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 379–390.
- Noll, Jennie, Trickett, Penelope, & Putnam, Frank. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 575–586.
- Noller, P. (1984). *Nonverbal communication and marital interaction*. New York: Pergamon.
- Norton, Arthur J. (1987, July–August). Families and children in the year 2000. *Children Today*, 6–9.
- Noss, John B. (1963). *Man's religions* (3d ed.). New York: Macmillan.
- Notzon, Francis C. (1990). International differences in the use of obstetric interventions. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3286–3291.
- Novak, Emil, & Novak, Edmund R. (1952). *Textbook of gynecology*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Nsiah-Jefferson, Laurie. (1989). Reproductive laws, women of color, and low-income women. In S. Cohen & N. Taub (Eds.), *Reproductive laws for the 1990s* (pp. 23–68). Clifton, NJ: Humana Press.
- Nulman, Irena, et al. (1997). Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *New England Journal of Medicine*, 336, 258–262.
- O'Brien, Shari. (1986). Commercial conceptions: A breeding ground for surrogacy. *North Carolina Law Review*, 65, 127–153.
- Obzrut, L. (1976). Expectant fathers' perceptions of fathering. *American Journal of Nursing*, 76, 1440–1442.
- Ochs, Eric P., Mah, K., & Binik, Y. (2002). Obtaining data about human sexual functioning from the internet. In A. Cooper (Ed.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 245–262). New York: Routledge.
- O'Connell, Helen E., et al. (1998). Anatomical relationship between urethra and clitoris. *Journal of Urology*, 159, 1982–1987.
- O'Connor, Art. (1987). Female sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 150, 615–620.
- O'Connor, Mary J., Sigman, Marian, & Kasari, Connie. (1993). Interactional model for the association among maternal alcohol use, mother-infant interaction, and infant cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 16, 177–192.
- Oesterling, Joseph E. (1995). Benign prostatic hyperplasia. *New England Journal of Medicine*, 332, 99–109.
- Ogletree, Shirley M., & Ginsburg, Harvey J. (2000). Kept under the hood: Neglect of the clitoris in common vernacular. *Sex Roles*, 43, 917–926.
- O'Hara, Michael W., & Swain, Annette M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54.
- O'Hare, Elizabeth A., & O'Donohue, William. (1998). Sexual harassment: Identifying risk factors. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 561–580.
- Okami, Paul. (1995). Childhood exposure to parental nudity, parent-child co-sleeping, and "primal scenes": A review of clinical opinion and empirical evidence. *Journal of Sex Research*, 32, 51–64.
- Okazaki, Sumie (2002). Influences of culture on Asian Americans' sexuality. *Journal of Sex Research*, 39, 34–41.
- Okwumabua, T. M., Okwumabua, J. O., & Elliott, V. (1998). "Let the circle be unbroken" helps African-Americans prevent teen-pregnancy. *SIECUS Report*, 26, 12–17.
- Oliver, Mary Beth, & Hyde, Janet S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 29–51.
- Olson, Beth, & Douglas, William. (1997). The family on television: Evaluation of gender roles in situation comedy. *Sex Roles*, 36, 409–427.
- Olsson, Stig-Eric, & Möller, Anders R. (2003). On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972–2002. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 381–386.
- Oosterhuis, Harry (2000). *Step children of nature: Krafft-Ebing, psychiatry, and the making of sexual identity*. Chicago: University of Chicago Press.
- O'Shea, P. A. (1995). Congenital defects and their causes. In D. R. Constan, R. V. Haning, Jr., & D. B. Singer (Eds.), *Human reproduction: Growth and development*. Boston: Little, Brown.
- Osman, Suzanne L. (2003). Predicting men's rape perceptions based on the belief that "no" really means "Yes." *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 683–692.
- Ostensten, Monika. (1994). Optimisation of antirheumatic drug treatment in pregnancy. *Clinical Pharmacokinetics*, 27, 486–503.
- O'Sullivan, Lucia. (1995). Less is more: The effects of sexual experience on judgments of men's and women's personality characteristics and relationship desirability. *Sex Roles*, 33, 159–181.
- O'Sullivan, Lucia, & Meyer-Bahlburg, Heino. (2003). African-American and Latina inner-city girls' reports of romantic and sexual development. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 221–238.
- Otto, H. A. (1963). Criteria for assessing family strengths. *Family Process*, 2, 329–337.
- Packer, H. L. (1968). *The limits of the criminal sanction*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Padma-Nathan, H., et al. (2001). On-demand IC351 (Cialis) enhances erectile function in patients with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 13, 2–9.
- Page, David C., et al. (1987). The sex-determining region of the human Y chromosome encodes a finger protein. *Cell*, 51, 1091–1104.
- Paige, Karen E. (1971). Effects of oral contraceptives on affective fluctuations associated with the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 33, 515–537.
- Pakenham, Kenneth I., Dadds, Mark R., & Terry, Deborah J. (1994). Relationships between adjustment to HIV and

- both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1194–1203.
- Palace, Eileen M. (1995a). A cognitive-physiological process model of sexual arousal and response. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 370–384.
- Palace, Eileen M. (1995b). Modification of dysfunctional patterns of sexual response through autonomic arousal and false physiological feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 604–615.
- Paredes, Raul G., & Baum, Michael J. (1997). Role of the medial preoptic area/anterior hypothalamus in the control of masculine sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 8, 68–101.
- Parents Television Council. (2000). *What a difference a decade makes: A comparison of prime time sex, language, and violence in 1989 and '99*. Special report. www.parentstv.org/publications/reports/Decadestudy/decadestudy.html.
- Park, K., et al. (2001). A new potential of blood oxygenation level dependent (BOLD) functional MRI for evaluating cerebral centers of penile erection. *International Journal of Impotence Research*, 13, 73–81.
- Parker, Graham. (1983). The legal regulation of sexual activity and the protection of females. *Osgoode Hall Law Journal*, 21, 187–244.
- Parlee, Mary Brown. (1973). The premenstrual syndrome. *Psychological Bulletin*, 80, 454–465.
- Parnas, Raymond I. (1981). Legislative reform of prostitution laws: Keeping commercial sex out of sight and out of mind. *Santa Clara Law Review*, 21, 669–696.
- Parrinder, Geoffrey. (1980). *Sex in the world's religions*. New York: Oxford University Press.
- Parrinder, Geoffrey. (1996). *Sexual morality in the world's religions*. Oxford: Oneworld.
- Patrick, David, Wong, Thomas, & Jordan, Robbie. (2000). Sexually transmitted infections in Canada: Recent resurgence threatens national goals. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 9, 149–168.
- Patterson, Charlotte. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025–1042.
- Patterson, Charlotte J. (1995). Families of the lesbian baby boom: Parents' division of labor and children's adjustment. *Developmental Psychology*, 31, 115–123.
- Patterson, Charlotte J. (1996). Lesbian mothers and their children: Findings from the Bay Area Families Study. In J. Laird & R. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families* (pp. 420–438). San Francisco: Jossey-Bass.
- Patterson, Charlotte J. (2000). Family relationships of lesbians and gay men. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1052–1069.
- Paul, Elizabeth, McManus, Brian, & Hayes, Allison. (2000). "Hookups": Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences. *Journal of Sex Research*, 37, 76–88.
- Paul, Eva W., & Klassel, Dara. (1987). Minors' rights to confidential contraceptive services. *Women's Rights Law Reporter*, 10, 45–64.
- Paulson, Richard, et al. (2001). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, 818–824.
- Pedersen, William, et al. (2002). Evolved sex differences in the number of partners desired? The long and short of it. *Psychological Science*, 13, 157–159.
- Pennisi, Elizabeth. (1996). Homing in on a prostate cancer gene. *Science*, 274, 1301.
- Peplau, L. Anne. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12, 37–40.
- Peplau, L. Anne, Cochran, Susan D., & Mays, Vickie M. (1997). A national survey of the intimate relationships of African American lesbians and gay men. In B. Greene (Ed.), *Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 11–38). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peplau, L. Anne, et al. (1998). A critique of Bem's "exotic becomes erotic" theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 105, 387–394.
- Peplau, L. Anne, Veniegas, Rosemary C., & Campbell, Susan M. (1996). Gay and lesbian relationships. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals* (pp. 250–273). Fort Worth: Harcourt Brace.
- Perez, Martin A., Skinner, Eila C., & Meyerowitz, Beth E. (2002). Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: Patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 21, 288–293.
- Perkins, D. F., et al. (1998). An ecological risk-factor examination of adolescents' sexual activity in three ethnic groups. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 660–673.
- Perkins, Roberta, & Bennett, Garry. (1985). *Being a prostitute: Prostitute women and prostitute men*. London: Allen & Unwin.
- Perlman, Daniel, & Fehr, B. (1987). The development of intimate relationships. In D. Perlman & S. Duck (Eds.), *Intimate relationships: Development, dynamics, and deterioration*. Newbury Park, CA: Sage.
- Perrin, Ellen C., et al. (2002). Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics*, 109, 341–344.
- Perry, C. D. (1980). Right of privacy challenges to prostitution statutes. *Washington University Law Quarterly*, 58, 439–480.
- Perry, John D., & Whipple, Beverly. (1981). Pelvic muscle strength of female ejaculators: Evidence in support of a new theory of orgasm. *Journal of Sex Research*, 17, 22–39.
- Persson, Goran. (1980). Sexuality in a 70-year-old urban population. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 335–342.
- Peterson, J., & Marin, G. (1988). Issues in the prevention of AIDS among black and Hispanic men. *American Psychologist*, 43, 871–877.
- Peterson, J. L., et al. (1992). High-risk sexual behavior and condom use among gay and bisexual African American men. *American Journal of Public Health*, 82, 1490–1494.
- Peterson, Kavan. (2004). *Fifty-state rundown on gay marriage laws*. Stateline.org. www.stateline.org.
- Peterson, Maxine E., & Dickey, Robert. (1995). Surgical sex reassignment: A comparative survey of international centers. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 135–156.
- Petkovich, A. (2004). From gonzo porn to mainstream? Porn starlet Sienna. *Spectator*, www.spectator.net/1196/1196_sienna.html.
- Pfeiffer, E., Verwoerd, A., & Wang, H. S. (1968). Sexual behavior in aged men and women. *Archives of General Psychiatry*, 19, 753–758.
- Pfeiffer, Eric (1975). Sex and aging. In L. Gross (Ed.), *Sexual issues in marriage*. New York: Spectrum.
- Phelps, Jerry, et al. (2001). Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: Activities, function, needs, and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 591–602.
- Phibbs, C. S., Bateman, D. A., & Schwartz, R. M. (1991). The neonatal costs of maternal cocaine use. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1521–1526.
- Phillip, M., & Lazar, L. (2003). The regulatory effect of hormones and growth factors on the pubertal growth spurt. *Endocrinologist*, 13, 465–469.

- Phoenix, C. H., et al. (1959). Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig. *Endocrinology*, 65, 369–382.
- Phoolcharoen, Wiput. (1998). HIV/AIDS prevention in Thailand: Success and challenges. *Science*, 280, 1873–1874.
- Piccini, Linda J., & Mosher, William D. (1998). Trends in contraceptive use in the United States: 1982–1995. *Family Planning Perspectives*, 30, 4–10.
- Pick, Susan, Givaudan, Martha, & Poortinga, Ype. (2003). Sexuality and life skills education: A multistrategy intervention in Mexico. *American Psychologist*, 58, 230–234.
- Pillard, Richard C., & Weinrich, James D. (1987). Periodic table model of transpositions. *Journal of Sex Research*, 23, 425–454.
- Pithers, W. D. (1993). Treatment of rapists. In G. Nagayama Hall et al. (eds.), *Sexual aggression* (pp. 167–196). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Pittenger, W. Norman. (1970). *Making sexuality human*. Philadelphia: Pilgrim Press.
- Pittman, Frank III. (1993, May–June). Beyond betrayal: Life after infidelity. *Psychology Today*, 32–38, ff.
- Plant, T. M., et al. (1993). The follicle stimulating hormone—Inhibin feedback loop in male primates. *Human Reproduction*, 8, Suppl. 2, 41–44.
- Pollack, Andrew. (2004, February 13). Medical and ethical issues cloud plans to clone for therapy. *The New York Times*.
- Polonsky, Derek C. (2000). Premature ejaculation. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 305–334). New York: Guilford.
- Pomeroy, Wardell B. (1972). *Dr. Kinsey and the Institute for Sex Research*. New York: Harper & Row.
- Pomeroy, Wardell B. (1975). The diagnosis and treatment of transvestites and transsexuals. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1, 215–224.
- Pope, Ken. (2001). Sex between therapists and clients. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender* (pp. 955–862). New York: Academic Press.
- Pope Paul VI. (1968, July 30). *Humanae vitae*. (English text in *The New York Times*, 20.)
- Population Information Program. (1983). Vasectomy—Safe and simple. *Population Reports*, Series D, No. 4, D61–D100.
- Posner, Richard. (1992). *Sex and reason*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Posner, Richard, & Silbaugh, Katherine. (1996). *A guide to America's sex laws*. Chicago: University of Chicago Press.
- Potts, A., et al. (2003). The downside of Viagra: Women's experiences and concerns. *Sociology of Health and Illness*, 25, 697–719.
- Powdermaker, Hortense. (1933). *Life in Lesu*. New York: Norton.
- Prather, Randall S. (2000). Pigs is pigs. *Science*, 289, 1886–1887.
- President's Council on Bioethics. (2004). Reproduction and responsibility: The regulation of new biotechnologies. <http://bioethicsprint.bioethics.gov/reports>.
- Price, James, Allensworth, Diane, & Hillman, Kathleen. (1985). Comparison of sexual fantasies of homosexuals and heterosexuals. *Psychological Reports*, 57, 871–877.
- Pridal, Cathryn G., & LoPiccolo, Joseph. (2000). Multielement treatment of desire disorders: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 57–84). New York: Guilford.
- Prostitutes Education Network. (1998). Prostitution in the United States—the statistics. www.bayswan.org/stats.html.
- Puar, Jasbir K. (2001). Global circuits: Transnational sexualities and Trinidad. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 26, 1039–1065.
- Purmine, Daniel, & Carey, Michael. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment: The roles of understanding and agreement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1017–1025.
- Quadagno, D., et al. (1991). The menstrual cycle: Does it affect athletic performance? *Physician and Sports Medicine*, 19, 121–124.
- Quadagno, David, et al. (1995). Cardiovascular disease and sexual functioning. *Applied Nursing Research*, 8, 143–146.
- Quadagno, David, et al. (1998). Ethnic differences in sexual decisions and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 57–75.
- Qualls, C. B., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (1978). *The prevention of sexual disorders*. New York: Plenum.
- Quinn, T. C., et al. (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New England Journal of Medicine*, 342, 921.
- Quittner, Joshua. (1997, April 14). Divorce, Internet style. *Time*, 72.
- Rachman, S. (1966). Sexual fetishism: An experimental analogue. *Psychological Record*, 16, 293–296.
- Raffaelli, Marcela, & Ontai, Lenna L. (2004). Gender socialization in Latino/a families: Results from two retrospective studies. *Sex Roles*, 50, 287–300.
- Ragona, Steven. (1993). City of National City v. Wiener: The further erosion of First Amendment protection for adult businesses. *Loyola of Los Angeles Entertainment Law Journal*, 14, 331–355.
- Raine, Nancy V. (1998). *After silence: Rape and my journey back*. New York: Crown.
- Rasmussen, Stephanie J. (1998). Chlamydia immunology. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 11, 37–41.
- Rawicki, H. B., & Hill, S. (1991). Semen retrieval in spinal cord injured men. *Paraplegia*, 29, 443–446.
- Raymond, E., Chen, P., & Luoto, J. (2004). Contraceptive effectiveness and safety of five nonoxynol-9 spermicides: A randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 103, 430–439.
- Raymond, N. C., et al. (2002). Treatment of compulsive sexual behaviour with naltrexone and serotonin reuptake inhibitors: Two case studies. *International Clinical Psychopharmacology*, 127, 201–205.
- Reamy, Kenneth J., & White, Susan E. (1987). Sexuality in the puerperium: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 165–186.
- Reddy, K. J., et al. (2004). Induction of immune responses against human papillomaviruses by hypervariable epitope constructs. *Immunology*, 112, 321–327.
- Regan, Pamela. (2004). Sex and the attraction process: Lessons from science (and Shakespeare) on lust, love, chastity, and fidelity. In J. Harvey et al. (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 115–133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Reichert, Tom. (2002). Sex in advertising research: A review of content, effects, and functions of sexual information in consumer advertising. *Annual Review of Sex Research*, 13, 241–273.
- Reid, Pamela T., & Bing, Vanessa M. (2000). Sexual roles of girls and women: An ethnocultural lifespan perspective. In C. Travis & J. White (Eds.), *Sexuality, society, and feminism* (pp. 141–166). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reinharz, Shulamit. (1992). *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press.

- Reisenzein, Rainer. (1983). The Schachter theory of emotion: Two decades later. *Psychological Bulletin*, *94*, 239–264.
- Reiss, Ira L. (1960). *Premarital sexual standards in America*. New York: Free Press.
- Reiss, Ira L. (1967). *The social context of premarital sex permissiveness*. New York: Holt.
- Reiss, Ira L. (1986). *Journey into sexuality: An exploratory voyage*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Religious Coalition for Reproductive Choice. (2004). *We affirm: Religious organizations support reproductive choice*. www.ncrc.org.
- Renaud, Cheryl, & Byers, E. Sandra. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*, *34*, 399–410.
- Renne, Elisha P. (1996). The pregnancy that doesn't stay: The practice and perception of abortion by Ekiti Yoruba women. *Social Science and Medicine*, *42*, 483–494.
- Repke, John T. (1994). Calcium and vitamin D. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *37*, 550–557.
- Reuther, Rosemary Radford. (1985). Catholics and abortion: Authority vs. dissent. *Christian Century*, *102*, 859–862.
- Rice, Berkeley. (1974). Rx: Sex for senior citizens. *Psychology Today*, *8* (1), 18–20.
- Rice, George, et al. (1999). Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*, *284*, 665–667.
- Rich, Frank. (2001, May 20). Naked capitalists. *The New York Times Magazine*.
- Richardson, J. Derek. (1991). I. Medical causes of male sexual dysfunction. *Medical Journal of Australia*, *155*, 29–33.
- Rigdon, Susan M. (1996). Abortion law and practice in China: An overview with comparisons to the United States. *Social Science and Medicine*, *42*, 543–560.
- Rimm, Marty. (1995). Marketing pornography on the information superhighway: A survey of 917,410 images. *Georgetown Law Journal*, *83*, 1849–1925.
- Rind, Bruce, Tromovitch, Philip, & Bauserman, Robert. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, *124*, 22–53.
- Riportella-Muller, Roberta. (1989). Sexuality in the elderly: A review. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Human sexuality: The societal and interpersonal context* (pp. 210–236). New York: Ablex.
- Roberson, Bruce, & Wright, Rex. (1994). Difficulty as a determinant of interpersonal appeal: A social-motivational application of energization theory. *Basic and Applied Social Psychology*, *15*, 373–388.
- Roberts, C., et al. (2003). Increasing proportion of herpes simplex virus type I as a cause of genital herpes infection in college students. *Sexually Transmitted Diseases*, *30*, 797–800.
- Roberts, D. (2000). Media and youth: Access, exposure, and privatization. *Journal of Adolescent Health*, *27* (2), 8–14.
- Roberts, Dorothy E. (1993). Crime, race, and reproduction. *Tulane Law Review*, *67*, 1945–1977.
- Robertson, David L., Hahn, Beatrice, & Sharp, Paul M. (1995). Recombination in AIDS viruses. *Molecular Evolution*, *40*, 249–259.
- Robertson, John A. (1986). Embryos, families and procreative liberty: The legal structure of the new reproduction. *Southern California Law Review*, *59*, 942–1041.
- Robertson, Sarah, & Sharkey, David. (2001). The role of semen in induction of maternal immune tolerance to pregnancy. *Seminars in Immunology*, *13*, 243.
- Robinson, D., & Rock, J. (1967). Intrascrotal hyperthermia induced by scrotal insulation: Effect on spermatogenesis. *Obstetrics and Gynecology*, *29*, 217.
- Roisman, Glenn, et al. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, *75*, 123–133.
- Romer, Daniel et al. (1997). "Talking computers": A reliable and private method to conduct interviews on sensitive topics with children. *Journal of Sex Research*, *34*, 3–9.
- Root, Maria P. (1995). The psychology of Asian American women. In H. Landrine (Ed.), *Bringing cultural diversity to feminist psychology: Theory, research, and practice* (pp. 265–302). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roper Center, The. (2004). U.S. public opinion on homosexual marriages. www.ropercenter.uconn.edu.
- Rosaldo, Michelle A. (1974). Woman, culture, and society: A theoretical overview. In M. S. Rosaldo & L. Lamphere (Eds.), *Woman, culture, and society*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Rosario, Margaret, et al. (1996). The psychosexual development of urban lesbian, gay and bisexual youths. *Journal of Sex Research*, *33*, 113–126.
- Roscoe, B., Cavanaugh, L., & Kennedy, D. (1988). Dating infidelity: Behaviors, reasons, and consequences. *Adolescence*, *89*, 36–43.
- Roscoe, Bruce, Kennedy, Donna, & Pope, Tony. (1987). Adolescents' views of intimacy: Distinguishing intimate from nonintimate relationships. *Adolescence*, *22*, 511–516.
- Rose, S., & Frieze, I. H. (1993). Young singles' contemporary dating scripts. *Sex Roles*, *28*, 499–509.
- Roselli, Charles E., Resko, J., & Stormshak, F. (2002). Hormonal influences on sexual partner preference in rams. *Archives of Sexual Behavior*, *31*, 43–50.
- Rosen, David H. (1974). *Lesbianism: A study of female homosexuality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Rosen, Raymond C., & Leiblum, Sandra R. (1995a). Hypoactive sexual desire. *Psychiatric Clinics of North America*, *18*, 107–121.
- Rosen, Raymond C., & Leiblum, Sandra R. (1995b). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 877–890.
- Rosen, Raymond C., Leiblum, Sandra R., & Spector, Ilana P. (1994). Psychologically-based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *20*, 67–85.
- Rosen, Raymond C., & McKenna, Kevin E. (2002). PDE-5 inhibition and sexual response: Pharmacological mechanisms and clinical outcomes. *Annual Review of Sex Research*, *13*, 36–88.
- Rosenberg, E. S., et al. (2000). Immune control of HIV-1 after early treatment of acute infection. *Nature*, *407*, 523–526.
- Rosenberg, Lynn. (1993). Hormone replacement therapy: The need for reconsideration. *American Journal of Public Health*, *83*, 1670–1673.
- Rosenblatt, Karin A., Wicklund, K., & Stanford, J. (2001). Sexual factors and the risk of prostate cancer. *American Journal of Epidemiology*, *153*, 1152–1158.
- Rosenbleet, C., & Pariente, B. J. (1973). The prostitution of the criminal law. *American Criminal Law Review*, *11*, 373–427.
- Rosler, Ariel, & Witztum, Eliezer. (1998). Treatment of men with paraphilia with a long-lasting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *New England Journal of Medicine*, *338*, 416–422.
- Rosner, Fred. (1983). In vitro fertilization and surrogate motherhood: The Jewish view. *Journal of Religion and Health*, *22*, 139–160.

- Ross, David, & Stevenson, John (1993, November–December). HRT and cardiovascular disease. *British Journal of Sexual Medicine*, 10–13.
- Ross, Michael N., Paulsen, J. A., & Stalstrom, O. W. (1988). Homosexuality and mental health: A cross-cultural review. *Journal of Homosexuality*, 15, 131–152.
- Ross, Michael, & Williams, Mark. (2002). Effective targeted and community HIV/STD prevention programs. *Journal of Sex Research*, 39, 58–62.
- Rotello, Gabriel. (1997). *Sexual ecology: AIDS and the destiny of gay men*. New York: Dutton.
- Rothbaum, B. O., et al. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455–475.
- Rothblum, Esther D. (1994). “I only read about myself on bathroom walls”: The need for research on the mental health of lesbians and gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 213–220.
- Rothblum, Esther D., & Bond, Lynne A. (Eds.). (1996). *Preventing heterosexism and homophobia*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rousseau, S., et al. (1983). The expectancy of pregnancy for “normal” infertile couples. *Fertility and Sterility*, 40, 768–772.
- Rowland, David A., & Slob, A. Koos. (1997). Premature ejaculation: Psychophysiological considerations in theory, research, and treatment. *Annual Review of Sex Research*, 8, 224–253.
- Rowland, David L., & Burnett, Arthur L. (2000). Pharmacotherapy in treatment of male sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 37, 226–243.
- Rozée, Patricia D., & Koss, Mary P. (2001). Rape: A century of resistance. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 295–311.
- Ruan, Fang-fu. (1991). *Sex in China*. New York: Plenum.
- Ruan, Fang-fu, & Lau, M. P. (1998). China. In R. Francoeur (Ed.), *The international encyclopedia of sexuality* (Vol. 1, pp. 344–399). New York: Continuum.
- Rubin, Isadore. (1966). Sex after forty—and after seventy. In Ruth Brecher & Edward Brecher (Eds.), *An analysis of human sexual response*. New York: Signet Books, New American Library.
- Rubin, Lillian B. (1979). *Women of a certain age: The midlife search for self*. New York: Harper & Row.
- Rubin, Robert T., Reinisch, J. M., & Haskett, R. F. (1981). Postnatal gonadal steroid effects on human behavior. *Science*, 211, 1318–1324.
- Rubin, Zick. (1973). *Liking and loving: An invitation to social psychology*. New York: Holt.
- Rubin, Zick, et al. (1980). Self-disclosure in dating couples: Sex roles and the ethic of openness. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 305–317.
- Ruble, Diane N. (1977). Premenstrual symptoms: A reinterpretation. *Science*, 197, 291–292.
- Ruble, Diane N., & Stangor, Charles. (1986). Stalking the elusive schema: Insights from developmental and social-psychological analyses of gender schemas. *Social Cognition*, 4, 227–261.
- Rusbult, Caryl. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101–117.
- Rusbult, Caryl, Johnson, D. J., & Morrow, G. D. (1986). Predicting satisfaction and commitment in adult romantic involvements: An assessment of the generalizability of the investment model. *Social Psychology Quarterly*, 49, 81–89.
- Russell, Diana E. H. (1980). Pornography and violence: What does the new research say? In L. Lederer (Ed.), *Take back the night: Women on pornography*. New York: Morrow.
- Russell, Diana E. H. (1983). *Rape in marriage*. New York: Macmillan.
- Russell, Diana E. H. (1990). *Rape in marriage*. (rev. ed.). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Rust, Paula C. Rodriguez. (2002). Bisexuality: The state of the union. *Annual Review of Sex Research*, 13, 180–240.
- Ruth, Sheila (Ed.). (1990). *Issues in feminism: An introduction to women's studies* (2d ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Rylko-Bauer, Barbara. (1996). Abortion from a cross-cultural perspective. *Social Science and Medicine*, 42, 479–482.
- Sabatelli, R. M., Buck, R., & Dreyer, A. (1982). Nonverbal communication accuracy in married couples: Relationships with marital complaints. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1088–1097.
- Sacks, S. L. (2004). Fanciclovir suppression of asymptomatic and symptomatic recurrent anogenital herpes simplex virus shedding in women. *Journal of Infectious Diseases*, 189, 1341–1347.
- Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith (1976, January 16). *Declaration on certain questions concerning sexual ethics*. English text in *The New York Times*, 2.
- Sadock, Benjamin J., & Sadock, Virginia A. (1976). Techniques of coitus. In B. J. Sadock et al. (Eds.), *The sexual experience*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Saegert, S., Swap, W., & Zajonc, R. B. (1973). Exposure, context, and interpersonal attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 234–242.
- Sáenz de Tejada, I., et al. (2004). Physiology of erectile dysfunction and pathophysiology of erectile dysfunction. In T. Lue et al. (Eds.), *Sexual medicine* (pp. 287–343). Paris: Editions 21.
- Sagarin, Edward. (1973). Power to the peephole. *Sexual Behavior*, 3, 2–7.
- St. Louis, Michael F., & Wasserheit, Judith N. (1998). Elimination of syphilis in the United States. *Science*, 281, 353–354.
- Salamon, Edna. (1989). The homosexual escort agency: Deviance disavowed. *British Journal of Sociology*, 40, 1–21.
- Salgado de Snyder, et al. (2000). Understanding the sexuality of Mexican-born women and their risk for HIV/AIDS. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 100–109.
- Saltik-Temizel, I., Kocak, N., & Demit, H. (2004). Interferon-alpha and lamivudine combination therapy of children with chronic hepatitis B infection who were interferon-alpha nonresponders. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 23, 466–468.
- San Francisco Task Force on Prostitution. (1996). *Final report*. www.bayswan.org.
- Sanday, Peggy R. (1981). The socio-cultural context of rape: A cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 37 (4), 5–27.
- Sanday, Peggy R. (1990). *Fraternity gang rape*. New York: New York University Press.
- Sanders, G., & Mullis, R. (1988). Family influences on sexual attitudes and knowledge as reported by college students. *Adolescence*, 23, 837–845.
- Santen, Richard J. (1995). The testis. In P. Felig, J. D. Baxter, & L. A. Frohman (Eds.), *Endocrinology and metabolism* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Santilla, Pekka, et al. (2002). Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 185–196.
- Sarrel, Lorna, & Sarrel, Philip. (1984). *Sexual turning points: The seven stages of adult sexuality*. New York: Macmillan.
- Savage, Olayinka M. N., & Tchombe, Therese M. (1994). Anthropological perspectives on sexual behaviour in Africa. *Annual Review of Sex Research*, 5, 50–72.

- Savin-Williams, Ritch. (2001). Suicide attempts among sexual-minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.
- Sayle, A. E., et al. (2001). Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 97, 283–289.
- Sbraga, Tamara P., & O'Donohue, William. (2000). Sexual harassment. *Annual Review of Sex Research*, 11, 258–285.
- Schachter, Stanley. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Schaefer, Mark T., & Olson, David H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47–60.
- Schaffer, H. R., & Emerson, Peggy E. (1964). Patterns of response to physical contact in early human development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 1–13.
- Scharfe, Elaine, & Bartholomew, Kim. (1995). Accommodation and attachment representations in young couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 389–401.
- Schatz, B. (1987). The AIDS insurance crisis: Underwriting or overreaching? *Harvard Law Review*, 100 (7), 1782–1805.
- Schenker, J. G., & Evron, S. (1983). New concepts in the surgical management of tubal pregnancy and the consequent post-operative results. *Fertility and Sterility*, 40, 709–723.
- Schiavi, Raul C. (1990). Sexuality in aging men. *Annual Review of Sex Research*, 1, 227–250.
- Schiavi, Raul C., et al. (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 3–13.
- Schieffelin, E. L. (1976). *The sorrow of the lonely and the burning of the dancers*. New York: St. Martin's Press.
- Schlenker, Jennifer A., Caron, Sandra L., & Haltzman, William A. (1998). A feminist analysis of *Seventeen* magazine: Content analysis from 1945 to 1995. *Sex Roles*, 38, 135–150.
- Schmitt, David P. (2003). Universal sex differences in the desire for sexual variety: Tests from 52 nations, 6 continents, and 13 islands. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 85–104.
- Schmitt, David, & Buss, David. (1996). Strategic self-promotion and competitor derogation: Sex and content effects on the perceived effectiveness of mate attraction tactics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1185–1204.
- Schneider, Edward D. (Ed.). (1985). *Questions about the beginning of life*. Minneapolis: Augsburg.
- Schofield, Alfred T., & Vaughan-Jackson, Percy. (1913). *What a boy should know*. New York: Cassell.
- Schooley, R. T., et al. (2000). Two double-blinded, randomized, comparative trials of 4 human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) envelope vaccines in HIV-1-infected individuals across a spectrum of disease severity. *Journal of Infectious Diseases*, 182, 1357–1364.
- Schroeder, Patricia. (1994). Female genital mutilation—A form of child abuse. *New England Journal of Medicine*, 331, 739–740.
- Schubach, Gary. (2002). The G-spot is the female prostate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186.
- Schultz, W. C. M., et al. (1989). Vaginal sensitivity to electric stimuli: Theoretical and practical implications. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 87–96.
- Schultz, Willibrord W., et al. (1999). Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal. *British Medical Journal*, 319, 1596–1600.
- Schwartz, Lisa Barrie. (1997, December 20/27). Understanding human parturition. *Lancet*, 350, 1792–1793.
- Sciara, John J. (1991). Infertility: A global perspective on the role of infection. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 626, 478–483.
- Scott, John Paul. (1964). The effects of early experience on social behavior and organization. In W. Etkin (Ed.), *Social behavior and organization among vertebrates*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scroggs, Robin. (1983). *The New Testament and homosexuality*. Philadelphia, PA: Fortress.
- Segraves, Robert T., & Balon, Richard (2003). *Sexual pharmacology: Fast facts*. New York: Norton.
- Sell, Randall L. (1997). Defining and measuring sexual orientation: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 643–658.
- Sell, Randall L., Wells, James A., & Wypij, David. (1995). The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 235–248.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004). The context of sexual risk behavior among heterosexual methamphetamine users. *Addictive Behaviors*, 29, 807–810.
- Setty-Venugopal, Vidya, & Upadhyay, Ushma D. (2002). Three to five saves lives. *Population Reports*, Series L, Number 13. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.
- Sex Industry, The. (1998, February 14). *The Economist*, 21–23.
- Shabsigh, R., et al. (2000). Intracavernous alprostadil alfadex (Edex/viridal) is effective and safe in patients with erectile dysfunction after failing sildenafil (Viagra). *Urology*, 55, 477–480.
- Shackelford, Todd, & Buss, David. (1997). Cues to infidelity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1034–1045.
- Shandera, K. C., & Thompson, I. M. (1994). Urologic prostheses. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 12, 729–748.
- Shapiro, Craig N., & Alter, Miriam J. (1996). Syphilis. In S. A. Morse et al. (Eds.), *Atlas of sexually transmitted diseases* (pp. 241–268). London: Mosby-Wolfe.
- Shapiro, E. Donald. (1986). New innovations in conception and their effects upon our law and morality. *New York Law Review*, 21, 37–59.
- Shapiro, Harold T. (1997). Ethical and policy issues in human cloning. *Science*, 277, 195–196.
- Sharpstein, Don J., & Kirkpatrick, Lee. (1997). Romantic jealousy and adult romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 627–640.
- Shattuck-Eidens, Donna, et al. (1995). A collaborative survey of 80 mutations in the BRCA1 breast and ovarian cancer susceptibility gene. *Journal of the American Medical Association*, 273, 535–541.
- Sheff, Elisabeth. (2004). Polyamorous women, sexual subjectivity, and power. Unpublished ms.
- Sherrard, J., & Barlow, D. (1996). Gonorrhoea in men: Clinical and diagnostic aspects. *Genitourinary Medicine*, 72, 422–426.
- Sherwin, Barbara B. (1991). The psychoendocrinology of aging and female sexuality. *Annual Review of Sex Research*, 2, 181–198.
- Shewaga, Duane. (1983). Note on New York v. Ferber. *Santa Clara Law Review*, 23, 675–684.
- Shidlo, Ariel, Schroeder, M., & Drescher, J. (Eds.) (2002). *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives*. New York: Haworth.
- Shifren, Jan L., Nahum, R., & Mazer, N. A. (1998). Incidence of sexual dysfunction in surgically menopausal women. *Menopause*, 5, 189–190.

- Shifren, Jan L., et al. (2000). Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *New England Journal of Medicine*, 343, 682–688.
- Shostak, Arthur B. (1984). *Men and abortion: Lessons, losses, and love*. New York: Praeger.
- Shouvlín, David P. (1981). Preventing the sexual exploitation of children: A model act. *Wake Forest Law Review*, 17, 535–560.
- SIECUS (Sex Information and Education Council of the United States). (1996). *Guidelines for comprehensive sexuality education, rev.* New York: Sexuality Information and Education Council of the United States.
- SIECUS. (2004a). *Is there research that supports condom availability?* New York: SIECUS. www.siecus.org.
- SIECUS. (2004b). *SIECUS state profiles: A portrait of sexuality education and Abstinence-Only-Until-Marriage programs in the states*. New York: SIECUS.
- Siegel, Karolynn, Krauss, Beatrice J., & Karus, Daniel. (1994). Reporting recent sexual practices: Gay men's disclosure of HIV risk by questionnaire and interview. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 217–230.
- Siegel, Karolynn, & Scrimshaw, Eric. (2003). Reasons for the adoption of celibacy among older men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Sex Research*, 40, 189–200.
- Signorielli, Nancy. (1990). Children, television, and gender roles. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 50–58.
- Signorile, Michelangelo. (1997). *Life on the outside: The Signorile report on gay men*. New York: HarperCollins.
- Siker, Jeffrey S. (Ed.). (1994). *Homosexuality in the church: Both sides of the debate*. Louisville, KY: Westminster/John Knox Press.
- Silbaugh, Katharine. (2002). Sex offenses: Consensual. In J. Dressler (Ed.), *Encyclopedia of crime and justice* (pp. 1465–1475). New York: Macmillan Reference USA.
- Silvestre, Louise, et al. (1990). Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU-486) and a prostaglandin analogue: A large-scale French experience. *New England Journal of Medicine*, 322, 645.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971–980.
- Simpson, J. A., Campbell, B., & Berscheid, E. (1986). The association between romantic love and marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 363–372.
- Singer, D. B. (1995). Human embryogenesis. In D. R. Costant, R. V. Haning, Jr., & D. B. Singer (Eds.), *Human reproduction: Growth and development*. Boston: Little, Brown, and Company.
- Singer, Lynn, et al. (2002). Cognitive and motor outcomes in cocaine-exposed infants. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1952–1960.
- Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 293–307.
- Siosteen, A., et al. (1990). Sexual ability, activity, attitudes and satisfaction as part of adjustment in spinal cord-injured subjects. *Paraplegia*, 28, 285–295.
- Sipe, A. W. Richard. (1995). *Sex, priests, and power: Anatomy of a crisis*. New York: Brunner/Mazel.
- Sipski, Marca L. (2002). Central nervous system based neurogenic female sexual dysfunction: Current status and future trends. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 421–424.
- Sipski, Marca L., & Alexander, Craig J. (Eds.). (1997). *Sexual function in people with disability and chronic illness*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Sipski, Marca L., Alexander, C., & Rosen, R. (2001). Sexual arousal and orgasm in women: Effects of spinal cord injury. *Annals of Neurology*, 49, 35–44.
- Skaletsky, Helen, et al. (2003). The male-specific region of the human Y chromosome is a mosaic of discrete sequence classes. *Nature*, 423, 825–837.
- Slovenko, Ralph. (1965). *Sexual behavior and the law*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Small, Meredith F. (1993). *Female choices: Sexual behavior of female primates*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Smallwood, G., et al. (2001). Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 98, 799–805.
- Smith, Edward, Dariotis, J., & Potter S. (2004). *Evaluation of Pennsylvania Abstinence Education and Related Services Initiative*. Final Report to Commonwealth of Pennsylvania.
- Smith, George, Frankel, Stephen, & Yarnell, John. (1997). Sex and death: Are they related? Findings from the Caerphilly cohort study. *British Medical Journal*, 315, 1641–1645.
- Smith, Jeffrey R., et al. (1996). Major susceptibility locus for prostate cancer on chromosome 1 suggested by a genome-wide search. *Science*, 274, 1371–1373.
- Smith, Tom. (2003). *American sexual behavior: Trends, socio-demographic differences, and risk behavior*. University of Chicago, National Opinion Research Center, GSS Topical Report No. 25.
- Smyth, L. J. C., et al. (2004). Immunological responses in women with human papillomavirus type 16 (HPV-16) associated anogenital intraepithelial neoplasia induced by heterologous prime-boost HYP-16 oncogene vaccination. *Clinical Cancer Research*, 10, 2954–2961.
- Soley, Lawrence C., & Kurzbard, Gary. (1986). Sex in advertising: A comparison of 1964 and 1984 magazine advertisements. *Journal of Advertising*, 15 (3), 46–54.
- Solms, Mark. (1997). *The neuropsychology of dreams: A clinico-anatomical study*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sommers-Flanagan, Rita, Sommers-Flanagan, John, & Davis, Britta. (1993). What's happening on music television? A gender role content analysis. *Sex Roles*, 28, 745–753.
- Song, Y. I. (1991). Single Asian women as a result of divorce: Depressive affect and changes in social support. *Journal of Divorce and Remarriage*, 14, 219–230.
- Sorensen, Robert C. (1973). *Adolescent sexuality in contemporary America*. New York: World.
- Sorenson, Susan B., & Siegel, Judith M. (1992). Gender, ethnicity, and sexual assault: Findings from a Los Angeles study. *Journal of Social Issues*, 48 (1), 93–104.
- Spalding, Leah R., & Peplau, L. Anne. (1997). The unfaithful lover: Heterosexuals' perceptions of bisexuals and their relationships. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 611–625.
- Spark, R. F. (2002). Dehydroepiandrosterone: A springboard hormone for female sexuality. *Fertility and Sterility*, 77, S19–S25.
- Specter, Michael. (1998, January 11). Contraband women: A special report. *The New York Times*, 6.
- Spector, Ilana P., & Carey, Michael P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389–408.
- Spehr, Marc, et al. (2003). Identification of a testicular odorant receptor mediating human sperm chemotaxis. *Science*, 299, 2054–2058.
- Spitz, Irving M., et al. (1998). Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine*, 338, 1241–1247.

- Spitz, Rene A. (1949). Autoeroticism: Some empirical findings and hypotheses on three of its manifestations in the first year of life. *Psychoanalytic Study of the Child* (Vols. III–IV, pp. 85–120). New York: International Universities Press.
- Sprecher, Susan. (1987). The effects of self-disclosure given and received on affection for an intimate partner and stability of the relationship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 115–127.
- Sprecher, Susan, Barbee, Anita, & Schwartz, Pepper. (1995). "Was it good for you, too?": Gender differences in first sexual intercourse experiences. *The Journal of Sex Research*, 32, 3–15.
- Sprecher, Susan, & Hatfield, Elaine. (1996). Premarital sexual standards among U.S. college students: Comparison with Russian and Japanese students. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 261–288.
- Sprecher, Susan, & McKinney, Kathleen. (1993). *Sexuality*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sprecher, Susan, Sullivan, Quintin, & Hatfield, Elaine. (1994). Mate selection preferences: Gender differences examined in a national sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1074–1080.
- Springen, Karen, & Noonan, David. (2002). *Sperm banks go online*. MSNBC News 899016.
- Stack, Steven, & Gundlach, James H. (1992). Divorce and sex. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 359–368.
- Stanton, Annette L., et al. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 751–770.
- Starks, Kay J., & Morrison, Eleanor S. (1996). *Growing up sexual* (2d ed.). New York: HarperCollins.
- Steege, J. E., Stout, A. L., & Carson, Cullley C. (1986). Patient satisfaction in Scott and Small-Carrion penile implant recipients. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 393–400.
- Steinberg, Jennifer. (1993, February). CDC broadens AIDS definition. *Journal of NIH Research*, 5, 32.
- Steinberg, Karen K., et al. (1991). A meta-analysis of the effect of estrogen replacement therapy on the risk of breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1985–1990.
- Steinberg, Laurence. (2002). *Adolescence* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Steinman, Debra L., et al. (1981). A comparison of male and female patterns of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 529–548.
- Stern, Kathleen, & McClintock, Martha K. (1998). Regulation of ovulation by human pheromones. *Nature*, 392, 177–179.
- Sternberg, Robert J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119–135.
- Sternberg, Robert J. (1987). Liking versus loving: A comparative evaluation of theories. *Psychological Bulletin*, 102, 331–345.
- Sternberg, Robert. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Social Psychology*, 27, 313–335.
- Sternberg, Robert. (1998). *Love is a story: A new theory of relationships*. New York: Oxford University Press.
- Stevenson, Michael R. (1995). Searching for a gay identity in Indonesia. *Journal of Men's Studies*, 4, 93–108.
- Stiles, William B., et al. (1996). Attractiveness and disclosure in initial encounters of mixed-sex dyads. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 303–312.
- Stodghill II, Ron. (1998, June 15). Where'd you learn that? *Time* 151 (23), 52–59.
- Stone, K. M. (1994). HIV, other STDs, and barriers. In C. Mauck et al. (Eds.). *Barrier contraceptives: Current status and future prospect* (pp. 203–212). New York: Wiley.
- Stoneburner, Rand L., & Low-Beer, Daniel (2004). Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science*, 304, 714–718.
- Stoneburner, Rand L., et al. (1994). The global HIV pandemic. *Acta Paediatrica*, Suppl. 400, 1–4.
- Storey, Anne E., et al. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21, 79–95.
- Storms, Michael D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 783–792.
- Strassberg, Donald S., & Lowe, Kristi. (1995). Volunteer bias in sex research. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 369–382.
- Streissguth, Ann P., et al. (1999). The long-term neurocognitive consequences of prenatal alcohol exposure: A 14-year study. *Psychological Science*, 10, 186–190.
- Strickland, Bonnie R. (1995). Research on sexual orientation and human development. *Developmental Psychology*, 31, 137–140.
- Striegel-Moore, Ruth, et al. (1996). A prospective study of somatic and emotional symptoms of pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 393–408.
- Strong, Carson. (1997). *Ethics in reproductive and perinatal medicine*. New Haven: Yale University Press.
- Struckman-Johnson, Cindy, et al. (1996). Sexual coercion reported by men and women in prison. *Journal of Sex Research*, 33, 67–76.
- Struckman-Johnson, Cindy, Struckman-Johnson, D., & Anderson, P. B. (2003). Tactics of sexual coercion: When men and women won't take no for an answer. *Journal of Sex Research*, 40, 76–86.
- Stryker, Sheldon. (1987). The vitalization of symbolic interactionism. *Social Psychology Quarterly*, 50, 83–94.
- Sudarkasa, Niara. (1997). African American families and family values. In H. P. McAdoo (Ed.), *Black families*, 3d ed. (pp. 9–40). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Swaab, Dick F. (2005). The role of the hypothalamus and endocrine system in sexuality. In J. Hyde (Ed.), *Biological substrates of human sexuality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Swaab, D. F., Gooren, L. J. G., & Hofman, M. A. (1995). Brain research, gender, and sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 28, 283–301.
- Swerdloff, Ronald S., & Wang, Christina. (2000). Causes of male infertility. *Up to Date: Electronic Clinical Reference Library*. Medscape. www.medscape.com.
- Swygard, H., et al. (2004). Trichomoniasis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 91–95.
- Symons, Donald. (1979). *The evolution of human sexuality*. New York: Oxford University Press.
- Symons, Donald. (1987). An evolutionary approach: Can Darwin's view of life shed light on human sexuality? In J. H. Geer & W. T. O'Donohue (Eds.), *Theories of human sexuality* (pp. 91–126). New York: Plenum.
- Szasz, Thomas S. (1965). Legal and moral aspects of homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Sexual inversion: The multiple roots of homosexuality*. New York: Basic Books.
- Szasz, Thomas S. (1980). *Sex by prescription*. Garden City, NY: Anchor Press/Doubleday.
- Taberner, Peter V. (1985). *Aphrodisiacs: The science and the myth*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Tabet, S., et al. (2003). Safety and acceptability of penile application of 2 candidate topic microbicides: BufferGel and PRO 2000 Gel. *JAIDS—Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, 476–483.

- Taffel, Selma M., et al. (1991, June). 1989 U.S. cesarean section rate steadies—VBAC rate rises to nearly one in five. *Birth, 18*, 73–77.
- Tafoya, Terry. (1989). Pulling coyote's tale: Native American sexuality and AIDS. In V. M. Mays et al. (Eds.), *Primary prevention of AIDS* (pp. 280–289). Newbury Park, CA: Sage.
- Tafoya, Terry, & Wirth, Douglas A. (1996). Native American two-spirit men. In J. F. Longres (Ed.), *Men of color* (pp. 51–67). New York: Haworth.
- Talamini, John T. (1982). *Boys will be girls: The hidden world of the heterosexual male transvestite*. Washington, DC: University Press of America.
- Tan, Robert S., & Culberson, John W. (2003). An integrative review on current evidence of testosterone replacement therapy for the andropause. *Maturitas, 45*, 15–27.
- Tanfer, Koray, & Schoorl, Jeannette J. (1992). Premarital sexual careers and partner change. *Archives of Sexual Behavior, 21*, 45–68.
- Tannen, Deborah. (1986). *That's not what I meant: How conversational style makes or breaks relationships*. New York: Ballantine Books.
- Tannen, Deborah. (1991). *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York: William Morrow.
- Tanner, James M. (1967). Puberty. In A. McLaren (Ed.), *Advances in reproductive physiology* (Vol. II). New York: Academic.
- Taub, Nadine. (1987). Amicus brief: In the matter of Baby M. *Women's Rights Law Reporter, 10*, 7–24.
- Taylor, Humphrey. (2004). *Online activity grows as more people use Internet for more purposes*. www.harrisinteractive.com. Downloaded January 25, 2004.
- Taylor, Robert. (1994, April). Quiet clues to HIV-1 immunity: Do some people resist infection? *Journal of NIH Research, 6*, 29–31.
- Teachman, J. D., Tedrow, L. M., & Crowder, K. D. (2000). The changing demography of America's families. In R.M. Milardo (Ed.), *Understanding families into the new millennium: A decade in review*. (pp. 453–465). Minneapolis: National Council on Family Relations.
- Technical Working Group. (2002). *Evaluation of abstinence education programs funded under Title V, Section 510: Interim Report*. U.S. Department of Health and Human Services: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Templeman, Terrel L., & Stinnett, Ray D. (1991). Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 137–150.
- Terman, Lewis, et al. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. New York: McGraw-Hill.
- Terman, Lewis M. (1948). Kinsey's *Sexual Behavior in the Human Male*: Some comments and criticisms. *Psychological Bulletin, 45*, 443–459.
- Thibaut, John, & Kelley, Harold. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Thielicke, Helmut. (1964). *The ethics of sex*. New York: Harper & Row.
- Thomas, S., & Quinn, S. (1991). The Tuskegee Syphilis Study 1932–1972: Implications for HIV education and AIDS risk education programs in the African American community. *American Journal of Public Health, 81*, 1498–1505.
- Thompson, Anthony P. (1983). Extramarital sex: A review of the research literature. *Journal of Sex Research, 19*, 1–22.
- Thorne, Barrie. (1993). *Gender play: Girls and boys in school*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Thorne, Natasha, & Amrein, H. (2003). Vomeronasal organ: Pheromone recognition with a twist. *Current Biology, 13*, R220–R222.
- Thornhill, Randy, & Palmer, Craig T. (2000). *A natural history of rape: Biological bases of sexual coercion*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Thornton, Michael C., & Wason, Suzanne. (1995). Inter marriage. In D. Levinson (Ed.), *Encyclopedia of marriage and the family* (Vol. 2, pp. 396–402). New York: Macmillan.
- Tiefer, Leonore. (1991). Historical, scientific, clinical, and feminist criticisms of "The Human Sexual Response Cycle" model. *Annual Review of Sex Research, 2*, 1–24.
- Tiefer, Leonore. (1994). Three crises facing sexology. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 361–374.
- Tiefer, Leonore. (2000). Sexology and the pharmaceutical industry: The threat of co-optation. *Journal of Sex Research, 37*, 273–283.
- Tiefer, Leonore. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of Sex Research, 38*, 89–96.
- Tiefer, Leonore. (2004). *Sex is not a natural act and other essays* (2nd ed.). Boulder, CO: Westview Press.
- Timmerman, Greetje. (2003). Sexual harassment of adolescents perpetrated by teachers and by peers; An exploration of the dynamics of power, culture, and gender in secondary schools. *Sex Roles, 48*, 231–244.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998, November). *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention Research Brief.
- Tone, Andrea. (2001). *Devices and desires: A history of contraceptives in America*. New York: Hill & Wang.
- Toubia, Nahid. (1994). Female circumcision as a public health issue. *New England Journal of Medicine, 331*, 712–716.
- Toubia, Nahid. (1995). *Female genital mutilation: A call for global action*. New York: Women Ink.
- Touchette, Nancy. (1991, July). HIV-1 link prompts circumcision on circumcision. *Journal of NIH Research, 3*, 44–46.
- Townsend, John W. (2003). Reproductive behavior in the context of global population. *American Psychologist, 58*, 197–204.
- Traish, Abdulmageed M., et al. (2002). Biochemical and physiological mechanisms of female genital sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 31*, 393–400.
- Traven, Sheldon, Cuyllen, Ken, & Protter, Barry. (1990). Female sexual offenders: Severe victims and victimizers. *Journal of Forensic Sciences, 35*, 140–150.
- Treiman, Katherine, et al. (1995). IUDs—An update. *Population Reports, Series B, No. 6*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health.
- Triandis, H. C., McCusker, C., & Hui, C. H. (1990). Multimethod probes of individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1006–1020.
- Truitt, William A., & Coolen, L. (2002). Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord. *Science, 297*, 1566–1569.
- Trussell, James, et al. (2004). The role of emergency contraception: *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 190*, 530–538 Suppl. S.
- Trussell, James, & Vaughan, Barbara. (1991). *Selected results concerning sexual behavior and contraceptive use from the 1988 National Survey of Family Growth and the 1988 National Survey of Adolescent Males*. Working paper 91–12. Princeton, NJ: Office of Population Research.
- Tsai, Mavis, & Uemura, Anne. (1988). Asian Americans: The struggles, the conflicts, and the successes. In P. Bronstein & K. Quina (Eds.), *Teaching a psychology of people*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Tullman, Gerald M., et al. (1981). The pre- and post-therapy measurement of communication skills of couples undergoing sex therapy at the Masters & Johnson Institute. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 95–109.
- Turkle, S. (1995). *Life on the screen: Identity in the age of the Internet*. New York: Simon & Schuster.
- Tutin, C. E. G., & McGinnis, P. R. (1981). Chimpanzee reproduction in the wild. In C. E. Graham (Ed.), *Reproductive biology of the great apes* (pp. 239–264). New York: Academic Press.
- Tutuer, W. (1984). Dangerousness of peeping toms. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 18, 97.
- Udry, J. Richard. (1988). Biological predispositions and social control in adolescent sexual behavior. *American Sociological Review*, 53, 709–722.
- Udry, J. Richard, et al. (1985). Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in adolescent boys. *Fertility and Sterility*, 43, 90–94.
- Udry, J. Richard, & Eckland, Bruce K. (1984). Benefits of being attractive: Differential payoffs for men and women. *Psychological Reports*, 54, 47–56.
- Ullman, Sarah E., & Knight, Raymond A. (1993). The efficacy of women's resistance strategies in rape situations. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 23–38.
- Ulmann, A., Teutsch, G., & Philibert, D. (1990, June). RU-486. *Scientific American*, 262, 42–48.
- Ulrich's. (2001). *International periodical directory*. www.ulrichsweb.com.
- UNAIDS—United Nations Program on HIV/AIDS. (1997). *Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people*. Geneva, SU.
- Union for Reform Judaism. (2004). *What is the Reform perspective on abortion?* http://uahc.org.
- United Church of Christ. (2004). *Reproductive rights*. www.ucc.org.
- United Synagogue of Conservative Judaism. (1989). www.ncrc.org.
- Upadhyay, Ushma D., & Robey, Bryant (1999). Why family planning matters. *Population Reports*, Series J, No. 49. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.
- Upchurch, Dawn, et al. (1998). Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30, 121–127.
- UPI (1981, November 5). Toxicologist warns against butyl nitrite. *Delaware Gazette*, 3.
- Urbina, A., & Jones, K. (2004). Crystal methamphetamine, its analogues, and HIV infection; Medical and psychiatric aspects of a new epidemic. *Clinical Infectious Diseases*, 38, 890–894.
- U.S. Bureau of the Census. (1997). *Statistical abstract of the United States 1997*. Washington, DC: Bureau of the Census.
- U.S. Bureau of the Census. (2000a). *The Hispanic population in the United States*. www.census.gov.
- U.S. Bureau of the Census. (2000b). *Statistical abstract of the United States: 1999*. (119th ed.). Washington, DC: Bureau of the Census.
- U.S. Bureau of the Census. (2002). *Statistical Abstract of the United States*. Population, Table No. 14. www.census.gov.
- U.S. Bureau of the Census (2003). *Statistical Abstract of the United States*. National Defense and Veterans Affairs, Table No. 517, Department of Defense Manpower: 1950–2002.
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2001). Labor force statistics from the current population survey. www.stats.bls.gov.
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2004). Table D-16, Unemployment rates by age, sex, race, and Hispanic or Latino ethnicity. www.bls.gov
- U.S. Department of Justice. (1986). *The Attorney General's Commission on Pornography: Final Report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- USDHHS. (1999). *A National Strategy to Prevent Teen Pregnancy: Annual Report 1998–99*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. House of Representatives Committee on Government Reform—Minority Staff, Special Investigations Division. (2003). *Politics and Science in the Bush administration*. www.reform.house.gov/min.
- U.S. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Vacca, J. P., et al. (1994). L-735, 524: An orally bioavailable human immunodeficiency virus Type I protease inhibitor. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91, 4096.
- Vance, Ellen B., & Wagner, Nathaniel N. (1976). Written descriptions of orgasm: A study of sex differences. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 87–98.
- Van Damme, Lut, et al. (2002). Effectiveness of COL-1492, a nonxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: A randomised controlled trial. *Lancet*, 360, 971–977.
- Van Damme, Lut, et al. (2000). Penile application of dextrin sulphate gel (Emmelle). *Contraception*, 66, 133–136.
- Van Dis, H., & Larsson, K. (1971). Induction of sexual arousal in the castrated male rat by intracranial stimulation. *Physiology & Behavior*, 6, 85–86.
- Van Goozen, Stephanie H. M., et al. (1997). Psychoendocrinological assessment of the menstrual cycle: The relationship between hormones, sexuality, and mood. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 359–382.
- Van Lankveld, Jacques. (1998). Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 702–708.
- Van Lankveld, Jacques, Everaerd, Walter, & Grotjohann, Yvonne. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *Journal of Sex Research*, 38, 51–67.
- Van Lent, P. (1996). Her beautiful savage: The current sexual image of the Native American male. In S. E. Bird (Ed.), *Dressing in feathers: The construction of the Indian in American popular culture* (pp. 211–228). Boulder, CO: Westview.
- Van Preagh, P. (1982). The Hamilton birth control clinic. In response to need. *News/Nouvelles, Journal of Planned Parenthood Federation of Canada*, 3 (2).
- Vanwesenbeeck, Ine. (1994). *Prostitutes' well-being and risk*. Amsterdam: VU University Press.
- Vanwesenbeeck, Ine. (2001). Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990–2000. *Annual Review of Sex Research*, 12, 242–289.
- Varghese, Beena et al. (2002). Reducing the risk of sexual HIV transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 38–43.
- Vasey, Paul L. (2002a). Same-sex sexual partner preference in hormonally and neurologically unmanipulated animals. *Annual Review of Sex Research*, 13, 141–179.
- Vasey, Paul L. (2002b). Sexual partner preference in female Japanese macaques. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 51–62.
- Ve Ard, Cherie, & Veaux, Franklin. (2003). *Polyamory 101*. www.xeromag.com/poly101.pdf.
- Venicz, L., & Vanwesenbeeck, I. (2000). *Something is going to change in prostitution: Social position and psychological well being of indoor prostitutes before the law reform*. Utrecht/ The Hague, The Netherlands: NISSO/Ministry of Justice.

- Veronesi, Umberto, et al. (1981). Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New England Journal of Medicine*, 305, 6–11.
- Vilain, Eric. (2000). The genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Vincent, J. P., et al. (1979). Demand characteristics in observations of marital interaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 557–566.
- Von Hertzen, Helena, & Van Look, Paul. (1996). Research on new methods of emergency contraception. *Family Planning Perspectives*, 28, 52–57.
- Von Hertzen, Helena, et al. (2002). Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 360, 1803–1810.
- Von Krafft-Ebing, Richard. (1886). *Psychopathia sexualis*. (Reprinted by Putnam, New York, 1965).
- Von Kries, Rudifer, et al. (1999). Breast feeding and obesity: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 319, 147–150.
- von Sydow, Kirsten. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27–49.
- Wabrek, Alan J., & Burchell, R. Clay. (1980). Male sexual dysfunction associated with coronary heart disease. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 69–75.
- Wade, Lisa, & DeLamater, John. (2002). Relationship dissolution as a life stage transition: Effects on sexual attitudes and behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 64: 898–914.
- Waite, Linda, & Joyner, Kara. (2001). Men's and women's general happiness and sexual satisfaction in marriage, cohabitation, and single living. In E. O. Laumann & R. Michael (Eds.), *The social organization of sexuality: Further studies*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wald, Anna, et al. (2001). Effect of condoms on reducing the transmission of herpes simplex virus Type 2 from men to women. *JAMA*, 285, 3100–3106.
- Walen, Susan R., & Roth, David. (1987). A cognitive approach. In J. H. Geer & W. T. O'Donohue (Eds.), *Theories of human sexuality*. New York: Plenum.
- Wallen, Kim. (2001). Sex and context: Hormones and primate sexual motivation. *Hormones and Behavior*, 40, 339–357.
- Wallen, Kim, & Parsons, William A. (1997). Sexual behavior in same-sexed nonhuman primates: Is it relevant to understanding human homosexuality? *Annual Review of Sex Research*, 8, 195–223.
- Wallen, Kim, & Zehr, Julia L. (2004). Hormones and history: The evolution and development of primate female sexuality. *Journal of Sex Research*, 41, 101–112.
- Wallerstein, Edward. (1980). *Circumcision: An American health fallacy*. New York: Springer.
- Wallin, Paul. (1949). An appraisal of some methodological aspects of the Kinsey report. *American Sociological Review*, 14, 197–210.
- Walsh, Terri L., et al. (2003). Evaluation of the efficacy of a non-latex condom: Results from a randomized, controlled clinical trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 79–86.
- Walster, Elaine, et al. (1973). "Playing hard-to-get": Understanding an elusive phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 113–121.
- Walster [Hatfield], Elaine, Walster, William, & Berscheid, Ellen. (1978) *Equity: Theory and research*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Wang, L.Y., et al. (2000). Economic evaluation of Safer Choices: a school-based human immunodeficiency virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy prevention program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 1017–24.
- Wang, P. Jeremy, et al. (2001). An abundance of X-linked genes expressed in spermatogonia. *Nature Genetics*, 27, 422–426.
- Ward, L. Monique. (2002). Does television exposure affect emerging adults' attitudes and assumptions about sexual relationships? Correlational and experimental confirmation. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 1–15.
- Ward, O. Byron, et al. (2002). Hormonal mechanisms underlying aberrant sexual differentiation in male rats prenatally exposed to alcohol, stress, or both. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 9–16.
- Warnock, Julia K., Bundren, J. Clark, & Morris, David W. (1997). Female hypoactive sexual desire disorder due to androgen deficiency: Clinical and psychometric issues. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 761–766.
- Warr, M. (1985). Fear of rape among urban women. *Social Problems*, 32, 239–250.
- Wass, Debbie M., et al. (1991). Completed follow-up of 1,000 consecutive transcervical chorionic villus samplings performed by a single operator. *Australia New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 31, 240–245.
- Weaver, Angela, et al. (2002). Sexual health education at school and at home: Attitudes and experiences of New Brunswick parents. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 19–31.
- Weaver, Hilary N. (1999). Through indigenous eyes: Native Americans and the HIV epidemic. *Health and Social Work*, 24, 27–24.
- Weber, Robert P. (1990). *Basic content analysis*. (2d ed.) Newbury Park, CA: Sage.
- Weideger, Paula. (1976). *Menstruation and menopause*. New York: Knopf.
- Weight gain during pregnancy. (2003). *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48, 229–230.
- Weinberg, Martin, Williams, Colin, & Calhan, Cassandra. (1995). "If the shoe fits . . .": Exploring male homosexual foot fetishism. *Journal of Sex Research*, 32, 17–27.
- Weinberg, Martin S., Williams, Colin J., & Pryor, Douglas W. (1994). *Dual attraction: Understanding bisexuality*. New York: Oxford University Press.
- Weinberg, Martin S., Williams, C., & Pryor, D. (2001). Bisexuals at midlife: Commitment, salience, and identity. *Journal of Contemporary Ethnography*, 30, 180–208.
- Weinberg, Samuel K. (1955). *Incest behavior*. New York: Citadel Press.
- Weinberg, Thomas S. (1987). Sadomasochism in the United States: A review of recent sociological literature. *Journal of Sex Research*, 23, 50–69.
- Weinberg, Thomas S. (1994). Research in sadomasochism: A review of sociological and social psychological literature. *Annual Review of Sex Research*, 5, 257–279.
- Weinhardt, Lance S., & Carey, Michael P. (1996). Prevalence of erectile disorder among men with diabetes mellitus. *Journal of Sex Research*, 33, 205–214.
- Weinstock, Hillard, Berman, S., & Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: Incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 6–10.
- Weinstock, Hillard, Dean, Deborah, & Bolan, Gail. (1994). Chlamydia trachomatis infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 8, 797–819.
- Weisberg, D. Kelly. (1985). *Children of the night: A study of adolescent prostitution*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Weller, Leonard, Weller, Aron, & Avinir, Ohala. (1995). Menstrual synchrony: Only in roommates who are close friends? *Physiology and Behavior*, 58, 883–889.

- Welsh, Sandy. (1999). Gender and sexual harassment. *Annual Review of Sociology*, 25, 169–190.
- Wertz, R. W., & Wertz, D. C. (1977). *Lying-in: A history of childbirth in America*. New York: Free Press.
- Wethington, Elaine. (2000). Expecting stress: Americans and the “midlife crisis.” *Motivation and Emotion*, 24, 85–103.
- Whately, Mariamne H., & Henken, Elissa R. (2001). *Did you hear about the girl who . . . ? Contemporary legends, folklore, and human sexuality*. New York: New York University Press.
- Wheeler, Garry D., et al. (1984). Reduced serum testosterone and prolactin levels in male distance runners. *Journal of the American Medical Association*, 252, 514–516.
- Whipple, Beverly, Ogden, Gina, & Komisaruk, Barry. (1992). Physiological correlates of imagery-induced orgasm in women. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 121–133.
- Whitam, Frederick L. (1983). Culturally invariable properties of male homosexuality: Tentative conclusions from cross-cultural research. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 207–226.
- Whitam, Frederick L., & Mathy, Robin M. (1991). Childhood cross-gender behavior of homosexual females in Brazil, Peru, the Philippines, and the United States. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 151–170.
- White, Gregory L., Fishbein, S., & Rutstein, J. (1981). Passionate love and the misattribution of arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 56–62.
- White, Gregory L., & Mullen, Paul E. (1989). *Jealousy: Theory, research, and clinical strategies*. New York: Guilford.
- White, L., & Edwards, J. N. (1990). Emptying the nest and parental well-being: An analysis of national panel data. *American Sociological Review*, 55, 235–242.
- White, Jacquelyn W., & Sorenson, Susan B. (1992). Adult sexual assault. *Journal of Social Issues*, 48(1).
- Whitley, Bernard, Jr. (1993). Reliability and aspects of the construct validity of Sternberg’s Triangular Love Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 475–480.
- Whittington, William, Ison, Catherine, & Thompson, Sumner. (1996). Gonorrhea. In S. Morse et al. (Eds.), *Atlas of sexually transmitted diseases and AIDS* (pp. 99–118). London: Mosby-Wolfe.
- Wichstrom, Lars, & Hegna, Kristinn (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144–151.
- Wickham, DeWayne. (2001, September 3). Castration often fails to halt offenders. *USA Today*.
- Wickler, Wolfgang. (1973). *The sexual code*. New York: Anchor Books. (Original in German, 1969).
- Wiederman, Michael W. (1993). Demographic and sexual characteristics of nonresponders to sexual experience items in a national survey. *Journal of Sex Research*, 30, 27–35.
- Wiederman, Michael W. (2001). *Understanding sexuality research*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Wiederman, Michael W., Weis, David L., & Allgeier, Elizabeth R. (1994). The effect of question preface on response rates to a telephone survey of sexual experience. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 203–216.
- Wiesenfeld, H. C., et al. (2001). Self-collection of vaginal swabs for the detection of Chlamydia, gonorrhea, and trichomoniasis: Opportunity to encourage sexually transmitted disease testing among adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 321–325.
- Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., & Baird, D. D. (1995). Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. *New England Journal of Medicine*, 333, 1517–1521.
- Wilcox, Brian L., Robbenoit, J. K., & O’Keefe, J. E. (1998). Federal abortion policy and politics: 1973 to 1996. In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war: The psychology, culture and politics of abortion* (pp. 3–24). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilcox, Brian L., & Wyatt, J. (1997). Adolescent abstinence education programs: A meta-analysis. Presented at the annual meeting, Society for the Scientific Study of Sexuality, Arlington, VA.
- Wilkinson, Ross. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through child bearing: Transition or process as stressor. *Australian Journal of Psychology*, 47, 86–92.
- Willets, Marion, Sprecher, Susan, & Beck, Frank. (2004). Overview of sexual practices and attitudes within relational contexts. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 57–85). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Williams, Colin, & Weinberg, Martin. (2003). Zoophilia in men: A study of sexual interest in animals. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 523–535.
- Williams, Letitia, et al. (2003). Surveillance for selected maternal behaviors and experiences before, during, and after pregnancy. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 52 (SS11), 1–14.
- Williams, Linda M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women’s memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167–1176.
- Williams, Lindy, & Sobieszczyk, Teresa. (1997). Attitudes surrounding the continuation of female circumcision in the Sudan: Passing tradition to the next generation. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 966–981.
- Williams, Tricia, Taradash, Ali, & Connolly, Jennifer. (2004). Sexual behavior and dating activities among young Canadian adolescents: Normative patterns and biosocial links. Presented at Society for Research on Adolescence, Baltimore, MD.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wilson, Glenn D. (1987). An ethological approach to sexual deviation. In G. D. Wilson (Ed.), *Variant sexuality: Research and theory*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wilson, Glenn. (1997). Gender differences in sexual fantasy: An evolutionary analysis. *Personality and Individual Differences*, 22, 27–31.
- Wilson, W. Cody. (1973). Pornography: The emergence of a social issue and the beginning of psychological study. *Journal of Social Issues*, 29, 7–17.
- Wilstein, Steve. (2002, October 31). Tuaoi announces he’s gay. *Associated Press*.
- Wincze, John P., & Carey, Michael P. (1991). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Wingert, Pat. (2002, February 11). Sex education: “Values trump data.” *Newsweek*, 8.
- Winn, Rhonda L., & Newton, Niles. (1982). Sexuality in aging: A study of 106 cultures. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 283–298.
- Winter, Jeremy S. D., & Couch, Robert M. (1995). Sexual differentiation. In P. Felig, J. D. Baxter, & L. A. Frohman (Eds.), *Endocrinology and metabolism* (3d ed., pp. 1053–1104). New York: McGraw-Hill.
- Wise, Phyllis M., Krajnak, Kristine M., & Kashon, Michael L. (1996). Menopause: The aging of multiple pacemakers. *Science*, 273, 67–70.
- Wisniewski, A. B., et al. (2000). Complete androgen insensitivity syndrome: Long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85, 2664–2669.

- Wisniewski, Amy B., et al. (2001). Congenital micropenis: Long-term medical, surgical, and psychosexual follow-up of individuals raised male or female. *Hormone Research*, 56, 3–11.
- Wiswell, Thomas E., et al. (1987). Declining frequency of circumcision: Implications for changes in the absolute incidence and male to female sex ratio of urinary tract infections in early infancy. *Pediatrics*, 79, 338–342.
- Wohl, A. R., et al. (2002). HIV risk behaviors among African American men in Los Angeles county who self-identify as heterosexual. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 354–360.
- Wolak, Janis, Mitchell, Kimberly, & Finkelhor, David. (2003). *Internet sex crimes against minors: The response of law enforcement*. Alexandria, VA: National Center for Missing and Exploited Children.
- Wolchik, Sharlene A., Spencer, S. L., & Lisi, I. S. (1983). Volunteer bias in research employing vaginal measures of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 399–408.
- Wolf, Timothy J. (1985). Marriages of bisexual men. In F. Klein & T. J. Wolf (Eds.), *Bisexualities: Theory and research*. New York: Haworth.
- Wonders, N. A., & Michalowski, R. (2001). Bodies, borders and sex tourism in a globalized world: A tale of two cities—Amsterdam and Havana. *Social Problems*, 48, 545–571.
- Wong, Joseph K. et al. (1997). Recovery of replication-competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia. *Science*, 278, 1291–1295.
- Wood, Julia T. (1994). *Gendered lives: Communication, gender, and culture*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Wood, N.S., et al. (2000). Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 343, 378–384.
- Woods, Scott, & Raju, Uma. (2001). Maternal smoking and the risk of congenital birth defects: A cohort study. *Journal of the American Board of Family Practice*, 14, 330–334.
- Woollett, Anne, et al. (1995). The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in East London. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 65–84.
- Worthington, Everett, et al. (1983). The effect of brief Lamaze training and social encouragement on pain endurance in a cold pressor task. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 223–233.
- Wright, Victoria Clay, et al. (2004). Assisted reproductive technology surveillance—United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53 (SS01).
- Wyatt, Gail E. (1992). The sociocultural context of African American and White American women's rape. *Journal of Social Issues*, 48 (1), 77–92.
- Wyatt, Gail E. (1997). *Stolen women: Reclaiming our sexuality, taking back our lives*. New York: Wiley.
- Wyatt, Gail E., Peters, S. D., & Guthrie, D. (1988). Kinsey revisited, Part I: Comparisons of the sexual socialization and sexual behavior of white women over 33 years. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 201–240.
- Wyatt, Tristram D. (2003). *Pheromones and animal behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Wylie, Kevan R., Jones, R., & Walters, S. (2003). The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: A randomized controlled trial. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 227–236.
- Wysocki, Charles J., & Lepri, John J. (1991). Consequences of removing the vomeronasal organ. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 39, 661–669.
- Yalom, Irvin D. (1960). Aggression and forbiddenness in voyeurism. *Archives of General Psychiatry*, 3, 317.
- Yost, Lisa. (1991). Bisexual tendencies. In L. Hutchins & L. Kaahumanu (Eds.), *Bi any other name: Bisexual people speak out*. Boston: Alyson.
- Young, Ian. (1996). Education for sexuality—the role of the school. *Journal of Biological Education*, 30, 250–255.
- Young, Kimberly, et al. (2000). Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7, 59–74.
- Zabin, L. S., et al. (1984). Adolescent sexual attitudes and behaviors: Are they consistent? *Family Planning Perspectives*, 4, 181–185.
- Zak, P. J., Kurzban, R. O., & Matzner, W. L. (2003). The neurobiology of trust. Society for Neuroscience Annual Meeting, Program No. 195.27.
- Zaslow, Martha J., et al. (1985). Depressed mood in new fathers: Association with parent-infant interaction. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 111 (2), 133–150.
- Zaviačić, M. (1994). Sexual asphyxiophilia (Koczwarism) in women and the biological phenomenon of female ejaculation. *Medical Hypotheses*, 42, 318–322.
- Zaviačić, M., et al. (2000a). Immunohistochemical study of prostate-specific antigen in normal and pathological human tissues: Special reference to the male and female prostate and breast. *Journal of Histotechnology*, 23, 105–111.
- Zaviačić, M., et al. (2000b). Weight, size, macroanatomy, and histology of the normal prostate in the adult human female: A minireview. *Journal of Histotechnology*, 23, 61–69.
- Zax, M., Sameroff, A., & Farnum, J. (1975). Childbirth education, maternal attitude and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 123, 185–190.
- Zhang, Heping, & Bracken, M. B. (1995). Tree-based risk factor analysis of preterm delivery and small-for-gestational-age birth. *American Journal of Epidemiology*, 141, 70–78.
- Zhou, Jiang-Ning, et al. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68–70.
- Zilbergeld, Bernie. (1978). *Male sexuality*. Boston: Little, Brown.
- Zilbergeld, Bernie. (1992). *The new male sexuality*. New York: Bantam Books.
- Zilbergeld, Bernie. (1999). *The new male sexuality*. Rev. ed., New York: Bantam.
- Zilbergeld, Bernie, & Ellison, Carol Rinklieb. (1980). Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy. In S. R. Leiblum & L. A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 65–104). New York: Guilford.
- Zilbergeld, Bernie, & Evans, Michael. (1980, August). The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today*, 14 (3), 28–43.
- Zillmann, Dolf, Schweitzer, Karla J., & Mundorf, Norbert. (1994). Menstrual cycle variations of women's interest in erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 579–598.
- Zimmer, D. (1983). Interaction patterns and communication skills in sexually distressed and normal couples: Two experimental studies. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 9, 251–265.
- Zimmerman-Tansella, Christa, et al. (1994). Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social Science and Medicine*, 38, 559–564.
- Zlidar, Vera M., et al. (2003). The reproductive revolution continues. *Population Reports*, Series M, No. 17. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.

- Zoldbrod, Aline P. (1993). *Men, women, and infertility: Intervention and treatment strategies*. New York: Lexington Books.
- Zoucha-Jensen, J. M., & Coyne, A. (1993). The effects of resistance strategies on rape. *American Journal of Public Health, 83*, 1633–1634.
- Zucker, Kenneth J. (2000). Gender identity disorder. In A. J. Sameroff et al. (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 671–686). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Zucker, Kenneth J., et al. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*, 398–411.
- Zuk, Marlene. (2002). *Sexual selections: What we can and can't learn about sex from animals*. Berkeley: University of California Press.
- Zuger, Abigail. (1987, June). AIDS on the wards: A residency in medical ethics. *Hastings Center Report*, June 16–20.
- Zumpe, Doris, & Michael, R. P. (1968). The clutching reaction and orgasm in the female rhesus monkey (*Macaca mulatta*). *Journal of Endocrinology, 40*, 117–123.
- Zumwalt, Rosemary. (1976). Plain and fancy: A content analysis of children's jokes dealing with adult sexuality. *Western Folklore, 35*, 258–267.
- Zussman, Leon, et al. (1981). Sexual response after hysterectomy-oophorectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 140*, 725–729.

Glosario

Aborto Terminación del embarazo.

Aborto espontáneo Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable como resultado de causas naturales (sin intervención médica).

Abstinencia (sexual) No participar en actividad sexual.

Acoso sexual Imposición indeseable de solicitudes sexuales en el contexto de una relación de desigualdad de poder, como entre un empleador y un empleado.

Acostón Encuentro sexual que generalmente ocurre en una ocasión y en el que participan desconocidos o conocidos ocasionales.

Acto sexual Actividad sexual en la que el pene se inserta en la vagina; coito. Véase también *coito anal*.

Aculturación Proceso de incorporación de las creencias y costumbres de una nueva cultura.

Adrenarca Tiempo de aumento en la secreción de los andrógenos suprarrenales, en general justo antes de los 8 años de edad.

Adulterio Acto sexual voluntario del marido o la esposa con otra persona que no es su cónyuge; por tanto, traición a los votos matrimoniales.

Afrodisiaco Sustancia que aumenta el deseo sexual.

Amenorrea Ausencia de menstruación.

Amniocentesis Prueba realizada para determinar si un feto tiene defectos de nacimiento; se realiza insertando un fino tubo dentro del abdomen de la mujer para obtener una muestra de líquido amniótico.

Amor de compañerismo Sentimiento de profunda vinculación y compromiso con una persona con la que se tiene una relación íntima.

Amor pasional Estado de intensa añoranza de la unión con la otra persona y excitación fisiológica intensa.

Anafrodisiaco Sustancia que disminuye el deseo sexual.

Análisis de contenido Conjunto de procedimientos utilizados para validar las inferencias acerca de un texto.

Andrógenos Grupo de hormonas sexuales masculinas, una de las cuales es la testosterona.

Androginia Poseer características tanto femeninas como masculinas.

Andropausia Tiempo de declinación de los niveles de andrógenos en los hombres de mediana edad. Versión masculina de la menopausia. También llamado *DAVE (disminución de andrógenos en el varón en envejecimiento)*.

Anilingus Estimulación bucal del ano de la pareja.

Anillo vaginal Dispositivo anticonceptivo.

Ano Apertura del recto, localizado entre las nalgas.

Anorgasmia Incapacidad de una mujer para tener orgasmos; trastorno orgásmico femenino.

Aprendizaje previo Cosas que las personas han aprendido antes – por ejemplo en la infancia – y que ahora afectan su respuesta sexual.

Aprendizaje social Teoría acerca de que la conducta se aprende a través de procesos como reforzamiento, castigo e imitación.

Aptitud En teoría evolutiva, éxito reproductivo de un individuo.

Ascetismo Enfoque hacia la vida que enfatiza la disciplina y el control de impulsos.

Asexual Sin deseos sexuales.

Asfioxifilia Deseo de inducir en uno mismo un estado de deficiencia de oxígeno para crear excitación sexual o para aumentar la excitación o el orgasmo.

Asintomático Que no presenta síntomas.

Aspiración de vacío Método abortivo que se realiza durante el primer trimestre e implica succionar los contenidos del útero.

Ataduras y disciplina Uso de ataduras físicas o psicológicas para imponer el servilismo, a partir del cual ambos participantes obtienen placer sexual.

Areola Área circular oscura de la piel que rodea al pezón en las mamas.

Autodivulgación Contar asuntos personales sobre uno mismo.

Autoentrevista asistida por computadora (AEAC) Método de aplicación de cuestionarios que proporciona a los respondientes la máxima privacidad ya que se responde en una computadora.

Autoerotismo Autoestimulación sexual; por ejemplo, masturbación.

AZT Fármaco que se utiliza para tratar a las personas con infección por VIH; también llamado *ZDV*.

Banco de esperma Un lugar que almacena esperma congelado para uso posterior.

Baños gay Clubes donde los varones gay pueden socializar; sus características incluyen una piscina o bañera de hidromasaje y acceso al sexo casual.

Bar gay Taberna que atiende a lesbianas o varones homosexuales.

Bestialismo Véase *zoofilia*.

Biblioterapia Uso de libros de autoayuda para tratar un trastorno.

Bisexual Persona cuya orientación sexual se dirige tanto hacia los hombres como hacia las mujeres.

Blastocisto Pequeña masa de células que resulta después de varios días de división celular del huevo fertilizado.

Borradura Adelgazamiento del cuello uterino durante el parto.

Buga Heterosexual; es decir, una persona cuya orientación sexual se dirige a los miembros del sexo opuesto.

Bulbos vestibulares Tejido eréctil que recorre la parte inferior de los labios internos.

Burdel Casa de prostitución.

Butch Lesbiana muy masculina; también puede referirse a un varón gay muy masculino.

Calibrador de la tensión peniana Dispositivo utilizado para medir la excitación sexual fisiológica en el varón; es una espiral flexible que se ajusta alrededor de la base del pene.

Call girl Categoría más costosa y exclusiva de prostituta.

Callejera Prostituta o trabajadora sexual de estatus inferior que camina por las calles ofreciendo sus servicios sexuales.

Calostro Sustancia acuosa que se segrega de los senos al final del embarazo y durante los primeros días después del parto.

Candida albicans Levadura u hongo en la vagina; si su crecimiento se sale de control causa vaginitis, o irritación de la vagina, con flujo acompañante.

Capuchón cervical Método de control natal que implica un capuchón de hule que encaja perfectamente en el cuello uterino.

Características sexuales secundarias Características físicas además de los órganos sexuales que distinguen al varón de la mujer; ejemplos de éstos son las mamas de las mujeres y la barba en el hombre.

Casa de citas Residencia en la que las prostitutas trabajan turnos regulares vendiendo sus servicios por hora.

Castidad Abstinencia sexual.

Castración Remoción (generalmente a través de cirugía) de las gónadas (los testículos en los varones o los ovarios en las mujeres).

Causas inmediatas Diversos factores que ocurren en el acto de hacer el amor y que inhiben la respuesta sexual.

Celibato Práctica de permanecer célibe. En ocasiones se utiliza para referirse a la abstinencia del coito, cuyo término correcto es **castidad**.

Célibe Persona que no se casa, en general por razones religiosas.

Células de Leydig Véase *células intersticiales*.

Células intersticiales Células en los testículos que fabrican la testosterona.

Chancro Lesión indolora del tipo de una úlcera con bordes duros y elevados que es uno de los primeros síntomas de la sífilis.

Chancroide Una enfermedad de transmisión sexual.

Chichifo Trabajador sexual varón que vende sus servicios a hombres.

Ciberaventura Relación romántica o sexual iniciada a través de contacto en línea y mantenida principalmente a través de comunicación en línea, que implica a una persona que está casada/en una relación de compromiso.

Cigoto Óvulo fertilizado.

Cilios Estructura parecida a pelo muy delgado que recubre los conductos deferentes y las trompas de Falopio.

Circuncisión femenina Amputación del clítoris.

Circuncisión Remoción quirúrgica del prepucio del pene.

Cistitis Infección de la vejiga urinaria en la mujer que provoca micción dolorosa y ardorosa.

Clamidia Organismo que provoca una enfermedad de transmisión sexual; los síntomas en los varones son un flujo delgado y claro con dolor leve al orinar; con frecuencia las mujeres son asintomáticas.

Climaterio Véase *menopausia*.

Clímax Un orgasmo.

Clitoridectomía Amputación del clítoris.

Clítoris Órgano sexual pequeño y sumamente sensible en la mujer que se encuentra al frente de la entrada de la vagina.

Clonación Producir individuos genéticamente idénticos a partir de un solo progenitor.

Clonación terapéutica Creación de células o tejidos que son genéticamente idénticos a los de un paciente que los necesita para tratar una enfermedad.

Cognitivo Relacionado con la actividad mental, como el pensamiento, la percepción y la comprensión.

Cohabitación Personas que sin casarse viven juntas (con la suposición de existencia de relaciones sexuales).

Coito Acto sexual, penetración del pene en la vagina.

Coito anal Inserción del pene en el recto de la pareja.

Coito interfemoral Técnica sexual utilizada por varones gay en la que un hombre mueve el pene entre los muslos del otro.

Coito interrumpido Véase *método por retiro*.

Coito premarital Acto sexual previo al matrimonio.

Coito reservado Acto sexual en el que el varón se abstiene intencionalmente de eyacular.

Cólicos Menstruación dolorosa o dismenorrea.

Comisura posterior Lugar donde los labios internos se unen detrás de la apertura de la vagina.

Complejo de Edipo negativo Término de Freud para lo contrario del complejo de Edipo; en el complejo de Edipo negativo, el niño ama y desea sexualmente al progenitor del mismo género y se identifica con el padre del otro género.

Complejo de Edipo Según Freud, la atracción sexual del niño varón por su madre.

Complejo de Electra Según Freud, la atracción sexual de la niña pequeña hacia su padre.

Comunicación no verbal Comunicación que no se realiza a través de palabras, sino por medio del cuerpo; p. ej., contacto visual, tono de voz, tacto.

Comunicador efectivo Un comunicador cuyo impacto es idéntico a su intención.

Conceptus El producto de la concepción; en ocasiones se utiliza para referirse al embrión o feto.

Condicionamiento clásico Proceso de aprendizaje en el que un estímulo previamente neutro (estímulo condicionado) se aparea de manera repetida con un estímulo incondicionado que provoca de manera refleja una respuesta incondicionada. Finalmente, el estímulo condicionado en sí evocará la respuesta.

Condicionamiento operante Proceso de cambiar la frecuencia de una conducta (operante) a través de proporcionar como consecuencia un reforzamiento positivo (que hará que la conducta sea más frecuente en el futuro) o un castigo (que debería disminuir la frecuencia futura de la conducta).

Condón Cubierta colocada sobre el pene; se utiliza en la prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual.

Condón masculino Cubierta anticonceptiva que se coloca en el pene.

Conducta sexual Comportamiento que produce excitación y aumenta la probabilidad de orgasmo.

Conducta sexual compulsiva (CSC) Trastorno en el que el individuo experimenta fantasías intensas, incontrolables y sexualmente excitantes, y conductas sexuales asociadas.

Conducto inguinal En el varón, el pasaje del abdomen al escroto a través del cual generalmente descienden los testículos poco después del nacimiento.

Conductos de Müller Conductos encontrados en fetos masculinos y femeninos; en los varones, estos conductos degeneran y en las mujeres se desarrollan para formar las trompas de Falopio, el útero y la parte superior de la vagina.

Conductos de Wolff Conductos encontrados en los fetos masculinos y femeninos; en las mujeres degeneran y en los varones evolucionan para formar el epidídimo, los conductos deferentes y el conducto eyaculatorio.

Conductos deferentes Conductos a través de los cuales pasa el esperma desde los testículos por el epidídimo, fuera del escroto y hacia la uretra.

Confiabilidad intercodificadores En el análisis de contenido, la correlación o porcentaje de acuerdo entre dos codificadores que califican de manera independiente los mismos textos.

Confiabilidad test-retest Método para examinar si los autoinformes son confiables o precisos; se entrevista a los participantes (o se les aplica un cuestionario) y luego se les entrevista una segunda vez algún tiempo después para determinar si sus respuestas son iguales en ambas ocasiones.

Consentimiento informado Principio ético en la investigación según el cual las personas tienen derecho a que se les informe, antes de su participación, acerca de lo que se les pedirá hacer en la investigación.

Consolador Cilindro de hule o plástico que a menudo tiene forma similar a un pene.

Contracciones de Braxton-Hicks Contracciones del útero durante el embarazo que no forman parte del parto en sí.

Coprofilia Derivar satisfacción sexual del contacto con heces.

Cópula Acto sexual.

Cordón umbilical Conducto que conecta al feto con la placenta.

Corona Borde de tejido entre el glande y el cuerpo del pene.

Correlación Número que mide la relación entre dos variables.

Couvade Experiencia de los síntomas del embarazo y del parto por parte del hombre.

Crecimiento postraumático Cambios vitales positivos y desarrollo psicológico posterior a la exposición a un trauma.

Criptorquidia Testículos que no han descendido; el padecimiento en el que los testículos no descienden al escroto como deberían haberlo hecho durante el desarrollo prenatal.

Cubierta del glande Prepucio.

Cuello uterino Parte más baja del útero; la parte contigua a la vagina.

Cuerpo amarillo Masa de células del folículo que permanecen después de la ovulación; segrega progesterona.

Cuerpo esponjoso Un cuerpo esponjoso que abarca la longitud total de la parte inferior del pene.

Cuerpos cavernosos Cuerpos esponjosos que recorren la longitud total de la parte superior del pene. También se encuentran en el clítoris.

Culdoscopia Procedimiento de esterilización femenina.

Cultivación En teoría de las comunicaciones, la perspectiva de que la exposición a los medios masivos de comunicación hace que las personas consideren que aquello que ven en ellos representa la línea establecida de lo que realmente ocurre.

Culto a la fertilidad Una forma de religión asociada con la naturaleza en la que la fertilidad del suelo se alienta a través de diversas formas de magia ritual que a menudo incluyen el coito ritual.

Cultura Ideas y valores tradicionales transmitidos a los miembros del grupo a través de símbolos como el lenguaje.

Cunilingus Estimulación bucal de los genitales femeninos.

Definición operacional Definir algún concepto o término a través de la manera en que se mide; por ejemplo, definir la inteligencia como aquellas capacidades que se miden con pruebas de CI.

Depo-Provera Fármaco que contiene progestina; utilizado como una forma de control natal en mujeres, al igual que como tratamiento para delinquentes sexuales varones.

Depresión posparto Depresión leve a moderada en las mujeres después del nacimiento de un bebé.

Desarrollo del ciclo vital Desarrollo desde el nacimiento hasta la vejez.

Deseo sexual bajo Véase *deseo sexual hipoactivo*.

Deseo sexual hipoactivo (DSH) Trastorno sexual en el que existe falta de interés en la actividad sexual; también se denomina *deseo sexual inhibido* o *deseo sexual bajo*.

Desfloración Ruptura del himen de una virgen, a través del coito o por otro medio.

Despenalización Eliminar un acto de entre aquellos prohibidos por la ley, dejando de definirlo como delito.

Detumescencia Regreso de un pene erecto al estado flácido (no excitado).

Diafragma Dispositivo anticonceptivo de hule con forma de capuchón que encaja dentro de la vagina de la mujer arriba del cuello uterino.

Dietilestilbestrol (DES) Potente sustancia de estrógenos que se utilizó para la píldora "de la mañana siguiente".

Dilatación Apertura del cuello uterino durante el trabajo de parto.

Discrepancia del deseo sexual Trastorno sexual en el que los miembros de la pareja tienen niveles considerablemente diferentes de deseo sexual.

Disforia de género Infelicidad con el propio género; otro término es *transexualidad*.

Dismenorrea Menstruación dolorosa.

Dispareunia Coito doloroso.

Dispositivo intrauterino (DIU) Dispositivo plástico que en ocasiones contiene metal o una hormona y que se inserta en el útero con propósitos anticonceptivos.

Distorsión propositiva Proporcionar información falsa de manera propositiva en una encuesta.

Doble estándar Un estándar en el que el coito premarial se considera aceptable para los varones pero no para las mujeres.

Documentar Proporcionar ejemplos específicos del tema que se está analizando.

Domínio y sumisión Uso del poder otorgado de manera consensual para controlar la estimulación y conducta sexual de la otra persona.

Donjuanismo Véase *satiriasis*.

Dualismo Creencia religiosa o filosófica de que el cuerpo y el espíritu son independientes y opuestos entre sí y que la meta de la vida es liberar al espíritu de la esclavitud del cuerpo; por ende, un desprecio del mundo material y del aspecto físico de la humanidad.

Ducha vaginal Lavar el interior de la vagina con un líquido.

Edema Retención excesiva de líquido e inflamación.

Editar Censurar o no decir cosas que serían deliberadamente hirientes para la pareja o que son irrelevantes.

Educación para la sexualidad Proceso perpetuo de adquirir información sobre la conducta sexual y la formación de actitudes, creencias y valores acerca de la identidad, relaciones e intimidad.

Efecto de la mera exposición Tendencia a sentir mayor agrado por una persona si uno se ha visto expuesto a él o ella de manera repetida.

Efectos activadores de las hormonas Efectos de las hormonas sexuales en la adultez que resultan en la activación de comportamientos, en especial conductas sexuales y agresivas.

Efectos organizadores de las hormonas Efectos de las hormonas sexuales al inicio del desarrollo que dan por resultado un cambio permanente en el cerebro o sistema reproductivo.

Eficacia propia Sensación de competencia al ejecutar una actividad.

Eje HPG Eje hipotálamo–pituitaria–gónadas, es el circuito de retroalimentación negativa que regula la producción de hormonas sexuales.

Ejercicio de enfoque en la sensación Parte de la terapia sexual desarrollada por Masters y Johnson en la que un miembro de la pareja acaricia al otro, el otro comunica lo que es placentero y no se hacen demandas en cuanto al desempeño.

Ejercicios de Kegel Una parte de la terapia sexual para las mujeres con trastorno orgásmico, en los que la mujer ejercita los músculos que rodean la vagina; también llamados **ejercicios pubococígeos** o **ejercicios del músculo PC**.

Ello Según Freud, parte de la personalidad que contiene la libido.

Embarazo ectópico Un embarazo en el que el huevo fertilizado se implanta en otro sitio que no es el útero.

Embrión En los seres humanos, el término utilizado para referirse al hijo no nacido desde la primera hasta la octava semana después de la concepción.

Eminencia del pubis Almohadilla grasa de tejido debajo del vello púbico.

Emisión nocturna Orgasmo y eyaculación involuntarios durante el sueño.

Endometrio Recubrimiento interno del útero.

Endometriosis Padecimiento en el que el endometrio crece de manera anormal fuera del útero; el síntoma generalmente es menstruaciones dolorosas con sangrados excesivos.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) Infección o inflamación de los órganos pélvicos, como en las trompas de Falopio y el útero, en la mujer.

Enfermedad venérea Enfermedad transmitida principalmente por contacto sexual.

Enfoque costo–beneficio Un enfoque para analizar los aspectos éticos de un estudio de investigación, basado en la ponderación de los costos de la investigación (tiempo de los sujetos, estrés para los sujetos y demás) contra los beneficios de la misma (obtener conocimiento sobre la sexualidad humana).

Epidídimo Conducto sumamente enroscado que se localiza en el borde de los testículos; sitio donde madura el esperma.

Episiotomía Incisión realizada en la piel, justo por detrás de la vagina, que permite que el bebé sea dado a luz con mayor facilidad.

Erección Alargamiento y endurecimiento del pene que ocurre durante la excitación sexual.

Erótica Material sexualmente excitante que no es degradante para mujeres, hombres o niños.

Erotófilos Personas que se sienten cómodas con el sexo y que carecen de sentimientos de culpa y temor acerca del sexo.

Erotóforos Personas que se sienten culpables y temerosas acerca del sexo.

Error de atribución de la excitación Cuando una persona está en una etapa de excitación fisiológica (p. ej., por ejercicio o por estar en una situación de temor), atribuir esos sentimientos a amor o atracción hacia la persona presente.

Escoptofilia Variación sexual en la que una persona se siente sexualmente excitada al observar los actos sexuales y genitales de otros.

Escroto Bolsa de piel que contiene los testículos en el varón.

Esmegma Sustancia formada debajo del prepucio del pene.

Espasmo carpopedal Contracción espástica de las manos o pies que puede ocurrir durante el orgasmo.

Esperma Líquido que se eyacula del pene durante el orgasmo; contiene los espermatozoides.

Espermatogénesis Producción de espermatozoides.

Espermatozoide Célula reproductiva masculina madura, capaz de fertilizar al óvulo.

Espermicida Sustancia que mata a los espermatozoides.

Espiroqueta Bacteria con forma de espiral; un tipo de éstas causa la sífilis.

Esquema Estructura de conocimiento general que tiene una persona acerca de un tema particular.

Establecimiento de la agenda En la teoría de comunicaciones, la idea de que los medios de comunicación definen qué es importante y qué no lo es según las historias que cubren.

Esterotipo Generalización acerca de un grupo de personas (p. ej., hombres) que los distingue de otros (p. ej., mujeres).

Estéril Incapaz de reproducirse.

Esterilización Procedimiento quirúrgico a través del cual un individuo se vuelve estéril; es decir, incapaz de reproducirse.

Esteroides Grupo de sustancias químicas, incluyendo las hormonas sexuales estrógeno, progesterona y testosterona.

Estro Periodo de ovulación y actividad sexual en las hembras de los mamíferos.

Estrógenos Grupos de hormonas sexuales femeninas.

Estudio de correlación Un estudio en el que el investigador no manipula variables sino más bien que estudia las relaciones (correlaciones) que ocurren de manera natural entre variables.

Estupro Relaciones sexuales con una persona menor a la edad legal para otorgar su consentimiento.

Etapas primarias de la sífilis Primeras semanas de la infección por sífilis durante las cuales se presenta el chancro.

Etapas secundarias de la sífilis Segunda etapa de la sífilis que ocurre varios meses después de la infección y durante la cual ha desaparecido el chancro y aparece una erupción generalizada en el cuerpo.

Ética Un sistema de principios morales; una manera de determinar lo que es correcto e incorrecto.

Etnocentrismo Tendencia a considerar al propio grupo étnico y cultura como superiores a los demás y a considerar que sus costumbres y modos de vida son la norma por la que se debería juzgar a las otras culturas.

Eunuco Varón castrado.

Evolución Una teoría de que todos los seres vivos han adquirido su forma actual a través de cambios graduales en su dotación genética a través de generaciones sucesivas.

Excitación Primera etapa de la respuesta sexual, durante la cual ocurren la erección en el varón y la lubricación vaginal en la mujer.

Exhibicionismo Mostrar los propios genitales en un sitio público, hacia los transeúntes; exhibición impúdica.

Exhibicionista Persona que deriva gratificación sexual de la exposición de sus genitales ante otras personas en situaciones en las que es inapropiado.

Experimento Tipo de estudio de investigación en el que el experimentador manipula una variable (la variable independiente) mientras que otros factores permanecen constantes; la investigación puede ser el estudio de los efectos de la variable independiente sobre alguna variable medida (la variable dependiente); al investigador se le permite realizar inferencias causales sobre los efectos de la variable independiente sobre la variable dependiente.

Eyacuación Expulsión del esperma a través del pene, en general durante el orgasmo.

Eyacuación precoz (temprana) Trastorno sexual en el que el hombre eyacula demasiado pronto y siente que no puede controlar el momento de la eyacuación.

Eyacuación retrasada Un padecimiento en el que el varón no puede tener un orgasmo a pesar de estar sumamente excitado. También llamado **trastorno orgásmico masculino**.

Eyacuación retrógrada Padecimiento en el que el orgasmo en el varón no se acompaña de eyacuación externa; en lugar de ello, eyacula dentro de la vejiga urinaria.

Factor determinante de los testículos (TDF) Un gen en el cromosoma Y que causa que los testículos se diferencien prenatalmente. También llamado SRY.

Factores orgánicos de los trastornos sexuales Factores físicos, como enfermedad o lesión, que provocan trastornos sexuales.

Falo Pene.

Fantasía sexual Pensamientos o imágenes sexuales que alteran las emociones o estado fisiológico de la persona.

Fase folicular Primera fase del ciclo menstrual que comienza justo después de la menstruación, durante la cual madura el óvulo en preparación para la ovulación.

Fase luteínica Tercera fase del ciclo menstrual después de la ovulación.

Fecundar Embarazar.

Felación Estimulación de los genitales masculinos con la boca.

Femme Lesbiana femenina.

Fenómeno de equiparación Tendencia de hombres y mujeres a elegir como pareja a personas que se equiparan con ellos; es decir, que son similares en actitudes, inteligencia y atractivo.

Feromonas Sustancias bioquímicas que se segregan fuera del cuerpo y que son importantes en la comunicación entre animales y que pueden servir como atrayentes sexuales.

Fertilización in vitro (FIV) Procedimiento en el que se fertiliza el óvulo con el espermatozoide en una caja de Petri.

Fertilización Unión del espermatozoide y el óvulo que resulta en la concepción.

Fetichismo de forma Un fetichismo cuyo objeto es una forma particular, como los zapatos de tacón alto.

Fetichismo de medios Un fetichismo cuyo objeto es cualquier cosa hecha con una sustancia particular, como la piel.

Fetichismo Fijación sexual de una persona en algún otro objeto que no es otro ser humano y vinculación de gran importancia erótica hacia ese objeto.

Feto En los humanos, término utilizado para referirse al hijo no nacido desde el tercer mes después de la concepción hasta el nacimiento.

Fimosis Padecimiento en el que el prepucio del pene está tan estrecho que no puede retraerse.

Flácido No erecto.

Folículo Cápsula de células que rodean al óvulo en el ovario.

Fondo de saco Terminación de la vagina después del cuello uterino.

Fornicación Término bíblico para el sexo entre personas no casadas y, de manera más general, toda la conducta sexual inmoral.

Fotoplestismógrafo Cilindro de acrílico que se coloca dentro de la vagina para medir la excitación sexual fisiológica en la mujer. También llamado fotómetro.

Franjas Proyecciones parecidas a dedos en el extremo de la trompa de Falopio cerca del ovario.

Frecuencia Qué tan a menudo hace algo una persona.

Frenillo Área sumamente sensible de la piel en la cara inferior del pene junto al glande.

Frigidez Carencia de respuesta sexual en una mujer.

Frotis bucal Prueba del sexo genético en la que se toma un raspado de células del interior de la boca, se colorean y se observan bajo el microscopio.

Frotteurismo Frotar los propios genitales contra el cuerpo de una persona que no ha otorgado su consentimiento para ello.

Ftíriasis Véase *ladillas*.

Funcionalismo estructural Teoría sociológica que considera a la sociedad como un conjunto de estructuras relacionadas entre sí que funcionan en conjunto para mantener a la sociedad.

Gametos Esperma u óvulos.

Gay Homosexual; en especial homosexuales varones.

Género El estado de ser varón o mujer.

Genitales Órganos sexuales o reproductivos.

Gestación Periodo del embarazo; tiempo desde la concepción hasta el nacimiento.

Gigoló Varón que proporciona compañía y gratificación sexual de manera continua a una mujer a cambio de dinero.

Ginecomastia Agrandamiento temporal de las mamas masculinas durante la pubertad.

Glande La punta del pene o del clítoris.

Glándula endocrina Glándula que segrega sustancias (hormonas) directamente en el torrente sanguíneo.

Glándula mamaria Parte productora de leche en las mamas.

Glándula pituitaria Pequeña glándula endocrina localizada en la parte inferior del cerebro por debajo del hipotálamo; la pituitaria es importante en la regulación de los niveles de las hormonas sexuales.

Glándulas bulbouretrales Véase *glándulas de Cowper*.

Glándulas de Bartholin Dos glándulas diminutas localizadas a cada lado de la entrada de la vagina.

Glándulas de Cowper Glándulas que segregan un líquido alcalino transparente dentro de la uretra del varón.

Glándulas de Skene Glándulas que terminan en la uretra.

Glándulas de Tyson Glándulas por debajo del prepucio del pene que secretan una sustancia llamada esmegma.

Glándulas suprarrenales Glándulas endocrinas localizadas justo por arriba de los riñones; en la mujer son las principales productoras de andrógenos.

GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas) Una hormona segregada por el hipotálamo que regula la secreción de la pituitaria de hormonas estimulantes de las gónadas.

Gónadas Ovarios o testículos.

Gonadotropina coriónica humana (hCG) Hormona producida por la placenta; es la hormona que se detecta en las pruebas de embarazo.

Gonadotropinas Hormonas pituitarias (FSH, LH) que estimulan la actividad de las gónadas.

Gonorrea Enfermedad de transmisión sexual cuyos síntomas son un flujo purulento y dolor al orinar en el varón, pero que con frecuencia es asintomática en la mujer.

Gosipol Sustancia utilizada como anticonceptivo para varones en China.

Granuloma inguinal Rara enfermedad de transmisión sexual.

Guiones Lo que hemos aprendido como secuencias apropiadas de comportamiento.

Hedonismo Sistema moral basado en aumentar al máximo el placer y evitar el dolor.

Hepatitis B Enfermedad que se transmite a través de coito anal o de sexo oral-anal.

Hermafrodita Persona que posee glándulas tanto masculinas como femeninas; es decir, tanto ovarios como tejido testicular. Véase también *seudohermafrodita*.

Herpes genital Enfermedad de transmisión sexual en la que los síntomas son protuberancias o ampollas pequeñas y dolorosas en los genitales.

Herpes Véase *herpes genital*.

Heterosexismo Creencia de que todas las personas son heterosexuales y de que la heterosexualidad es la norma; la homosexualidad es denigrante.

Heterosexual Persona cuya orientación sexual se dirige a miembros del otro género.

Hialuronidasa Enzima segregada por el espermatozoide que permite que éste penetre en el óvulo.

Himen imperforado Padecimiento en el que el himen generalmente es grueso y cubre por completo la entrada de la vagina.

Himen Membrana delgada que puede cubrir parcialmente la entrada de la vagina.

Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) Padecimiento en el que una mujer genética produce niveles anormales de andrógenos durante la época prenatal y, por ende, tiene genitales de apariencia masculina al momento de nacer.

Hipersexualidad Impulso sexual excesivo e insaciable ya sea en hombres o en mujeres.

Hipotálamo Pequeña región del cerebro que es importante para regular muchas funciones corporales, incluyendo el funcionamiento de las hormonas sexuales.

Histerectomía Remoción quirúrgica del útero.

Histerotomía Método quirúrgico de aborto realizado a finales del segundo trimestre.

Historia de amor Una historia acerca de lo que debería ser el amor, incluyendo personajes, trama y un tema.

Homofilia Tendencia a tener contacto con personas iguales en estatus social.

Homofobia Temor fuerte e irracional hacia los homosexuales; actitudes y reacciones negativas ante los homosexuales.

Homosexual encubierto Un homosexual que está “en el clóset” y que mantiene en secreto su orientación sexual.

Homosexual explícito Un homosexual que está “fuera del clóset”, que es abierto acerca de su orientación sexual.

Homosexual Persona cuya orientación sexual se dirige a miembros del mismo sexo.

Homosexualidad por privación Actividad homosexual que ocurre en ciertas situaciones, como prisiones, cuando a las personas se les priva de su actividad heterosexual regular.

Hormona folículo-estimulante (FSH) Hormona segregada por la pituitaria; estimula el desarrollo del folículo en las hembras y la producción de espermatozoides en los machos.

Hormona luteinizante (LH) Hormona segregada por la pituitaria; regula la secreción de estrógenos y el desarrollo del óvulo en la mujer y la producción de testosterona en el varón.

Hormonas Sustancias químicas segregadas por las glándulas endocrinas dentro del torrente sanguíneo.

HSC Véase *hiperplasia suprarrenal congénita*.

Humanismo Sistema filosófico que niega un origen divino de la moral y sostiene que los juicios éticos deben basarse en la experiencia y razonamiento humanos.

Identidad de género Sensación psicológica de la propia masculinidad o feminidad.

Identidad sexual Identidad propia como homosexual, heterosexual o bisexual.

Impacto Cuando otra persona comprende el significado transmitido por el hablante.

Implantación Incrustación del óvulo fertilizado dentro del recubrimiento del útero.

Impotencia Véase *trastorno eréctil*.

Incesto Actividad sexual entre familiares.

Incidencia Porcentaje de personas que dan una respuesta particular.

Infeción viral Véase *hepatitis B*.

Infertilidad Incapacidad de una mujer para concebir y dar a luz a un niño o incapacidad de un hombre para fecundar a una mujer.

Infibulación Práctica ritual de cortar los labios internos de la vagina y coser los labios externos, haciendo que el coito sea imposible.

Inhibina Sustancia segregada por los testículos y ovarios y que regula los niveles de FSH.

Inseminación artificial Procedimiento en el cual se coloca el esperma dentro de la vagina por otro medio que no es el coito.

Intención Aquello que pretende decir el hablante.

Interferencia cognitiva Pensamientos negativos que distraen a la persona de enfocarse en la experiencia erótica.

Intersexual Un individuo que tiene mezcla de estructuras masculinas y femeninas, de modo que no está claro al momento del nacimiento si el individuo es varón o mujer. También llamado **seudohermafrodita**.

Intimidad Cualidad de la relación que se caracteriza por el compromiso, los sentimientos de cercanía y confianza y las revelaciones personales.

Introito Otra palabra para la entrada de la vagina.

Intromisión Inserción del pene en la vagina.

Labios externos Almohadillas redondeadas de tejido graso que se encuentran a cada lado de la entrada de la vagina.

Labios internos Pliegues delgados de piel a cada lado de la entrada vaginal.

Labios mayores Véase *labios externos*.

Labios menores Véase *labios internos*.

Lactancia Secreción de leche de los senos de la mujer.

Ladillas Véase *Piojos púbicos*.

Laparoscopia Método para la esterilización femenina.

Latinos Personas de origen latinoamericano.

Lectura de la mente Hacer suposiciones sobre lo que piensa o siente la pareja.

Legalismo Ética basada en la suposición de que existen reglas para la conducta humana y que la moral consiste en el conocimiento de las reglas y de la obediencia hacia ellas.

Lenguaje de “Yo” Hablar según uno mismo, utilizando la palabra “yo”, sin leer la mente.

Leptina Proteína producida en el cuerpo que se relaciona con el inicio de la pubertad.

Lesbiana Mujer cuya orientación sexual se dirige a otras mujeres.

Libido En la teoría psicoanalítica, término para la energía o impulso sexual.

Ligadura de trompas Método quirúrgico de esterilización femenina: también llamado *salpingectomía*.

Linfogranuloma venéreo (LGV) Enfermedad provocada por un virus que afecta a las glándulas linfáticas en la región genital.

Líquido amniótico Líquido acuoso que rodea al feto en desarrollo dentro del útero.

Loquios Flujo del útero y vagina que ocurre durante las primeras semanas posteriores al parto.

Madame Mujer que maneja un burdel, casa de citas, servicio a domicilio o servicio de acompañantes.

Madre homoseductora Término de Irving Bieber para la madre seductora hacia su hijo, por lo cual traumatiza al niño y lo convierte en homosexual.

Madre sustituta Mujer que, a través de inseminación artificial o fertilización *in vitro*, gesta el feto para alguien más.

Mamografía Radiografía para diagnosticar cáncer de senos.

Masoquismo Una variación sexual en la que la persona deriva placer sexual de experimentar dolor físico o mental.

Masoquista sexual Una persona que deriva satisfacción sexual de experimentar dolor.

Mastectomía radical Tratamiento quirúrgico del cáncer de senos en el que se retira el seno completo, al igual que los músculos subyacentes y los ganglios linfáticos.

Mastectomía Remoción quirúrgica de las mamas.

Masturbación Estimulación de los propios genitales con la mano o con algún otro objeto, como una almohada o vibrador.

Matriz Véase *útero*.

Media Promedio de puntuaciones de los respondientes.

Mediana La puntuación de en medio.

Medicalización de la sexualidad Tendencia a proporcionar tratamiento médico para las experiencias problemáticas y a definir ciertos padecimientos en términos de salud o enfermedad.

Menage à trois Acto sexual en el que participan tres personas.

Menarca La primera menstruación.

Menopausia Cese de la menstruación en la mediana edad.

Menstruación Cuarta fase del ciclo menstrual, durante la cual el endometrio del útero se elimina con el flujo menstrual.

Menstruo Flujo menstrual.

Meseta Término de Masters y Johnson para la segunda fase de la respuesta sexual y que ocurre justo antes del orgasmo.

Método de temperatura corporal basal (TCB) Tipo de método de ritmo para el control natal en el que la mujer determina el momento de la ovulación mediante llevar registro de su temperatura.

Método del calendario Tipo de método de ritmo para el control natal en el que la mujer determina el momento de la ovulación mediante llevar registro en el calendario de la longitud de sus ciclos menstruales.

Método del moco cervical Tipo de método de ritmo para el control natal en el que la mujer determina el momento de la ovulación mediante verificar su moco cervical.

Método del ritmo (conciencia de la fertilidad) Un método de control natal que implica abstenerse del coito en la época de ovulación de la mujer.

Método Lamaze Método para el “parto” preparado que implica relajación y respiración controlada.

Método por retiro Método de control natal en que el hombre retira el pene de la vagina de su pareja antes de tener un orgasmo.

Método sintotérmico Tipo de método de control natal que combina el método de la temperatura corporal basal y el método del moco cervical.

Mifepristona “Píldora del aborto”. También llamada RU-486.

Minilaparotomía Método de esterilización femenina.

Minipíldora Una pastilla de control natal que contiene una dosis baja de progesterona y no contiene estrógeno.

Miotonía Contracción muscular.

Miscegenación Sexo entre dos personas de razas diferentes.

Mittelschmerz Cólicos abdominales en la época de la ovulación.

Modelo médico Modelo teórico en psicología y psiquiatría en el que los problemas mentales se consideran como una enfermedad o padecimiento mental; a su vez, es frecuente que se considere que los problemas se deben a factores biológicos.

Modelo trifásico Modelo de Kaplan acerca de la respuesta sexual según el cual existen tres componentes: vasocongestión, contracciones musculares y deseo sexual.

Modificación conductual Conjunto de técnicas de condicionamiento operante utilizadas para modificar el comportamiento humano.

Monilia Forma de vaginitis que produce un flujo espeso y blanco; también llamada *cándida* o *infección por levadura*.

Monogamia en serie Patrón sexual premarital en el que existe la intención de ser fiel a una pareja, pero es posible que la relación termine y la persona puede iniciar una relación con otra persona.

Monogamia Unión de una persona sólo con otra en una relación a largo plazo en la que ninguno de ambos miembros participa en actividad sexual con otra persona.

Moralismo Actitud religiosa o filosófica que enfatiza la conducta moral, acompañada en general por normas estrictas, como la meta máxima de la vida humana. Los moralistas tienden a favorecer la regulación estricta del comportamiento humano para ayudar a hacer buena a la gente.

Mucosa Membrana mucosa.

Muestra Parte de una población.

Muestreo aleatorio Excelente método de obtener una muestra para investigación, en el que cada miembro de la población tiene la misma probabilidad de estar incluido en la muestra.

Muestreo de velloalidad coriónica (MVC) Técnica para el diagnóstico prenatal de defectos del nacimiento que implica la toma de muestra y análisis de las células de la velloalidad coriónica.

Muestreo probabilístico Excelente método de obtención de muestras en una investigación, en el que cada miembro de la población tiene una probabilidad conocida de ser incluido dentro de la muestra.

Múltipara Término utilizado para referirse a una mujer que ha tenido más de un hijo.

Músculo cremáster Un músculo en el escroto.

Músculo dartos Un músculo en el escroto en forma de túnica.

Músculo pubococígeo Músculo alrededor de la entrada de la vagina.

Nacimiento pretérmino Niño nacido con un peso de solamente 2 500 gramos (5.5 libras) o menos.

Necrofilia Derivar satisfacción sexual del contacto con una persona muerta.

Ninfomanía Impulso sexual excesivo e insaciable en una mujer.

Nitrato de amilo Droga, generalmente inhalada, que utilizan algunas personas para prolongar o intensificar el orgasmo.

Nodulectomía Tratamiento quirúrgico para el cáncer de senos en el que se retira únicamente el tumor y un pequeño trozo del tejido circundante.

Norplant Implante anticonceptivo para mujeres que contiene únicamente progesterona.

Nulípara Término utilizado para referirse a una mujer que nunca ha dado a luz a un bebé.

Obscenidad Aquello que ofende a la decencia o pudor, o calculado para despertar la excitación sexual o lujuria.

Onanismo Extracción del pene de la vagina antes de eyacular; en ocasiones se utiliza también para referirse a la masturbación.

Ooforectomía Remoción quirúrgica de los ovarios.

Operación cesárea Método de alumbramiento de un bebé por medios quirúrgicos mediante realizar una incisión en el abdomen.

Operación de cambio de sexo Cirugía realizada en los transexuales para cambiar su anatomía a la del otro género.

Organizaciones sociales con segregación de género La tendencia de los niños a jugar y asociarse sólo con miembros de su propio género; predominan los grupos de varones únicamente y mujeres únicamente.

Órganos análogos Órganos del varón y la mujer que tienen funciones similares.

Órganos homólogos Órganos en el varón y la mujer que se desarrollan a partir del mismo tejido embrional.

Orgasmo clitorídeo Término de Freud para el orgasmo en la mujer que es resultado de la estimulación del clítoris.

Orgasmo Tercera etapa de la respuesta sexual, una sensación intensa que ocurre en el momento culminante de la excitación sexual y al cual le sigue la liberación de las tensiones sexuales.

Orgasmo vaginal Término de Freud para el orgasmo en la mujer que es resultado de la estimulación de la vagina en el coito heterosexual. Freud consideraba al orgasmo vaginal como más maduro que el orgasmo clitorídeo.

Orgasmos múltiples Series de orgasmos que ocurren dentro de un periodo corto.

Orientación sexual Orientación erótica y emocional de una persona hacia miembros de su propio género o del género opuesto.

Orquidectomía Remoción quirúrgica de los testículos.

Ovarios Dos órganos en la hembra que producen los óvulos y las hormonas sexuales.

Oviducto Trompa de Falopio.

Ovulación Descarga del óvulo en los ovarios; segunda fase del ciclo menstrual.

Óvulo Huevo.

Oxitocina Hormona segregada por la pituitaria que estimula las contracciones del útero durante el parto; también está implicada en el amamantamiento.

Parafilía Fantasías, impulsos o comportamientos sexuales recurrentes, intensos y poco convencionales que son obsesivos y compulsivos.

Parafrasear Decir, en sus propias palabras, lo que usted piensa que quiso decir su pareja.

Parición Parto.

Partera Persona (con frecuencia, personal de enfermería) que está entrenada a atender un parto.

Partes pudendas Genitales externos de la mujer.

Pederastia Sexo entre un hombre mayor y un hombre menor o un niño; llamado en ocasiones *boy love*.

Pedofilia Abuso sexual infantil; un adulto que tiene actividad sexual con un niño o niña preadolescente.

Pelea justa Conjunto de reglas diseñadas para hacer que las discusiones sean constructivas en lugar de destructivas.

Pelo axilar Pelo debajo del brazo.

Pene Órgano sexual externo en el varón que funciona tanto en la actividad sexual como en la micción.

Perineo Piel entre la entrada de la vagina y el ano.

Periodo prenatal Tiempo desde la concepción hasta el nacimiento.

Periodo refractario Periodo después del orgasmo en el que el varón no puede excitarse sexualmente.

Permisividad con el afecto Norma en la que se considera aceptable el coito premarital si ocurre en el contexto de una relación de amor y compromiso.

Permisividad sin el afecto Norma en la que se considera aceptable el coito premarital sin compromiso emocional.

Perversa polimorfa Término de Freud para la sexualidad infantil indiscriminada e indiferenciada.

Perversión Una desviación sexual.

Pezones Punta pigmentada del seno, a través del cual pasa la leche cuando la mujer está amamantando.

Píldora de la mañana siguiente Una pastilla que se puede utilizar en situaciones de urgencia para prevenir el embarazo después de ocurrido el coito.

Píldora trifásica Píldora de control natal que contiene un nivel constante de estrógenos y tres fases de progesterona, con el propósito de imitar de manera más estrecha los ciclos hormonales naturales de la mujer.

Píldoras anticonceptivas combinadas Pastillas anticonceptivas que contienen una combinación de estrógeno y progesterona (progesterona).

Piojos púbicos Pequeños piojos que se adhieren a la base de los vellos púbicos y provocan comezón; también llamados **ladillas** o **ftiriasis**.

Placenta Órgano formado en la pared del útero, a través del cual el feto recibe oxígeno y nutrientes y se libera de los productos de desecho.

Plataforma orgásmica Estrechamiento de la entrada de la vagina producida por contracciones del músculo bulboesponjoso (que cubre los bulbos vestibulares) que ocurre en la etapa de meseta de la excitación sexual.

Pluralismo Actitud filosófica o política que afirma el valor de muchas opiniones divergentes y que cree que la verdad se descubre a través del choque entre las diversas perspectivas. Por tanto, los pluralistas creen en la máxima libertad humana posible.

Población grupo de personas a las que un investigador desea estudiar y hacer inferencias al respecto.

Poliamor Filosofía no posesiva, honesta, responsable y ética de amar a múltiples personas al mismo tiempo.

Poligamia Matrimonio en el que un hombre tiene más de una esposa o una mujer tiene más de un marido.

Porno infantil Fotografías o películas de actos sexuales en los que participan niños.

Pornografía Arte, literatura o películas sexualmente excitantes.

Posparto Periodo posterior al parto.

Preclampsia Grave enfermedad del embarazo cuyos elementos principales son elevada presión arterial, edema grave y proteinuria.

Prejuicio antigay Actitudes y comportamientos negativos hacia las lesbianas y varones gay. También denominado *prejuicio sexual*.

Prepucio Capa de piel que cubre el glande o punta del pene en el varón no circuncidado.

Presentación de nalgas Nacimiento de un bebé con las nalgas o pies por delante.

Priapismo Raro padecimiento en el que las erecciones son constantes y dolorosas.

Primera etapa del trabajo de parto Comienzo del trabajo de parto, durante el cual existen contracciones regulares del útero; la etapa dura hasta que el cuello uterino se dilata 8 centímetros (3 pulgadas).

Primípara Mujer que tiene a su primer hijo.

Problema de negativa o falta de respuesta El problema de que algunas personas se negarán a participar en una encuesta sobre sexo, por lo cual se dificulta la obtención de una muestra aleatoria.

Proceso de reasignación de género Un proceso de varios pasos a través del cual un transexual cambia al otro género.

Profiláctico Sustancia o dispositivo utilizado para prevenir enfermedades, a menudo específicamente una enfermedad de transmisión sexual; con frecuencia se emplea para referirse al **condón**.

Progesterona Hormona sexual femenina segregada por los ovarios.

Programas de sólo abstinencia (educación sexual) Programas que promueven la abstinencia sexual hasta llegar al matrimonio como método único de prevenir el embarazo y la exposición a enfermedades de transmisión sexual.

Prolactina Hormona segregada por la pituitaria; está implicada en la lactancia.

Promiscuo Término utilizado para referirse a un individuo que participa en actividad sexual con muchas personas diferentes.

Prostaglandinas Sustancias químicas segregadas por el útero que producen contracción de los músculos uterinos; son una causa probable de la menstruación dolorosa.

Próstata Glándula del varón, localizada por debajo de la vejiga, que segrega parte del líquido en el semen.

Prostatectomía Remoción quirúrgica de la próstata.

Prostatitis Infección o inflamación de la próstata.

Prostituta/Sexoservidor comercial Persona que realiza actos sexuales a cambio de dinero o drogas y que lo hace de manera promiscua y bastante indiscriminada.

Prótesis peniana Tratamiento quirúrgico de la disfunción eréctil, en el que se insertan tubos inflables dentro del pene.

Proxeneta Acompañante, protector y patrono de una prostituta.

Prueba de Papanicolaou Prueba para detectar el cáncer cervical.

Prueba de Wassermann Prueba sanguínea para la sífilis.

Psicología evolutiva Estudio de los mecanismos psicológicos que se han moldeado a través de la selección natural.

Pubertad Época durante la cual existe un aumento de tamaño y maduración de las gónadas, otros genitales y características sexuales secundarias, de modo que el individuo adquiere la capacidad de reproducirse.

Punto de Gräfenberg (punto G) Pequeña glándula en la pared frontal de la vagina que desemboca al interior de la uretra y que es responsable de la eyacuación en la mujer.

Putero Término vulgar para el cliente de una prostituta.

Región de determinación del sexo en el cromosoma Y (SRY) Región en el cromosoma Y que produce que los testículos se diferencien de manera prenatal. También llamada *factor de determinación de los testículos (TDF)*.

Regla Periodo menstrual.

Resolución Término de Masters y Johnson para la última fase de la respuesta sexual, en la que el cuerpo regresa al estado sin excitación.

Rol de espectador Término de Masters y Johnson para el hecho de observar o juzgar la propia conducta sexual; la hipótesis es que esto contribuye a los trastornos sexuales.

Rol de género Conjunto de normas o expectativas culturalmente establecidas que definen la manera en que las personas de un género deben comportarse.

Rubor sexual Padecimiento similar a una erupción en la piel que ocurre durante la excitación sexual.

Sádico sexual Persona que deriva satisfacción sexual de infligir sufrimiento o humillación a otra persona.

Sadismo Variación sexual en la que la persona deriva placer sexual de infligir dolor a otro individuo.

Sala de masajes Lugar donde se puede pagar por la obtención de masajes, al igual que de servicios sexuales.

Salir del clóset Proceso de reconocimiento ante uno mismo, y ante otros, de que uno es gay o lesbiana.

Saliromanía Deseo de dañar o mancillar a una mujer o sus ropas.

Salpingectomía Véase *ligadura de trompas*.

Salpingitis Infección de las trompas de Falopio.

Satiriasis Impulso sexual excesivo e insaciable en un varón; también llamado *Donjuanismo*.

Secundinas Placenta y saco amniótico que salen después del bebé durante el trabajo de parto.

Segunda etapa del trabajo de parto Etapa durante la cual el bebé sale de la vagina y se da a luz.

Selección natural Proceso en la naturaleza que da por resultado tasas mayores de supervivencia en aquellas plantas y animales que se adaptan a su ambiente.

Selección sexual Procesos mediante los cuales los miembros de un género (generalmente los machos) compiten entre sí por los privilegios de apareamiento con miembros del otro género (generalmente hembras) y los miembros del otro género (hembras) eligen aparearse únicamente con ciertos miembros preferidos del primer género (machos).

Servicio a domicilio Un servicio que envía a una prostituta o trabajador sexual a un lugar especificado por el cliente para proporcionar servicios sexuales.

Sesenta y nueve Estimulación simultánea de boca y genitales, también llamado *soixante-neuf*.

Sesgo del voluntario Sesgo en los resultados de una encuesta sobre sexo que surge cuando algunas personas se niegan a participar, de modo que aquellos que permanecen en la muestra son voluntarios que en ciertos sentidos pueden diferir de aquellos que se niegan a participar.

Seudiciesis Embarazo falso en el que la mujer presenta los signos del embarazo sin estar embarazada.

Seudohermafrodita Individuo que tiene una mezcla de estructuras reproductivas masculinas y femeninas, de modo que no está claro si el individuo es varón o mujer.

Sexo centrado en el cuerpo Expresión sexual en la que el énfasis se coloca en el cuerpo y en el placer físico.

Sexo centrado en la persona Expresión sexual en la que el énfasis se coloca en la relación y emociones entre dos personas.

Sexo extramarital Actividad sexual de la persona casada con otra persona que no es su cónyuge; adulterio.

Sexo oral-genital Actividad sexual en la que se utiliza la boca para estimular los genitales.

Sexoservidor. Véase *prostitutas*.

Sexoservidores comerciales Véase *prostitutas*.

SIDA Véase *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*.

SIECUS Sexuality Information and Education Council of the United States, organización dedicada a fomentar la educación sexual.

Sífilis congénita Infección por sífilis en el recién nacido que es resultado de la transmisión de una madre infectada.

Sífilis Enfermedad de transmisión sexual que produce la aparición de un chancro en la etapa primaria.

Sífilis latente Tercera etapa de la sífilis, que puede durar años, durante la cual desaparecen los síntomas aunque la persona continúa estando infectada.

Sífilis tardía Cuarta y última etapa de la sífilis, durante la cual la enfermedad provoca daño a los principales órganos del cuerpo como pulmones, corazón o cerebro.

Signo de Hegar Signo de embarazo basado en una prueba realizada por el médico en la que se detecta un reblandecimiento del útero.

Sincerarse Decirle a la pareja lo que se está sintiendo mediante expresar los pensamientos de manera clara, simple y honesta.

Sincronía menstrual Convergencia, a lo largo de varios meses, de las fechas de inicio de los periodos menstruales entre mujeres que están en contacto cercano entre sí.

Síndrome adrenogenital Véase *hiperplasia suprarrenal congénita*.

Síndrome alcohólico fetal (SAF) Deficiencia grave del crecimiento y deformaciones en el hijo de una madre que abusa del alcohol durante el embarazo.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Enfermedad de transmisión sexual que destruye la inmunidad natural del cuerpo hacia la infección, de modo que la persona se vuelve susceptible a una enfermedad como la neumonía o el cáncer y puede morir a causa de ella.

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA) Padecimiento genético en el que el cuerpo no responde a los andrógenos de modo que es posible que un varón genético nazca con un cuerpo de apariencia femenina.

Síndrome de Peggy Lee Sentimientos de decepción que experimentan las chicas adolescentes en el primer coito cuando éste no es tan emocionante como lo esperaban.

Síndrome de shock tóxico Infección bacteriana ocasionalmente mortal que se asocia con el uso de tampones durante la menstruación.

Síndrome del trauma de la violación Efectos emocionales y físicos que atraviesa una mujer después de una violación o intento de violación.

Síndrome premenstrual (SPM) Combinación de síntomas físicos y psicológicos intensos, como depresión e irritabilidad, que ocurren justo antes de la menstruación.

Sistema límbico Conjunto de estructuras en el interior del cerebro, incluyendo la amígdala, hipocampo y fórnix; considerado importante para la conducta sexual en los animales y seres humanos.

Situacionismo Ética basada en la suposición de que no existen reglas absolutas, o por lo menos existen pocas, y que cada situación debe juzgarse de manera individual.

Socialización Maneras en las que la sociedad transmite al individuo sus normas o expectativas en cuanto a su comportamiento.

Sociobiología Aplicación de la biología evolutiva a la comprensión de la conducta social de los animales, incluyendo humanos.

Sodomía Originalmente los "crímenes antinatura"; en las leyes contemporáneas, el coito oral y anal.

SRY Región de determinación del sexo en el cromosoma Y.

Subincisión Forma de corte genital en el varón en el que se realiza una incisión a lo largo de toda la parte inferior del pene.

Sueño húmedo Véase *emisión nocturna*.

Superincisión Forma de corte genital en el varón en el que se realiza una incisión a lo largo de la parte superior del prepucio.

Superyó Según Freud, la parte de la personalidad que contiene la conciencia.

Sustituto Miembro de un equipo de terapia sexual que funge como pareja sexual del paciente durante la terapia.

Swinging Forma de sexo extramarital en los matrimonios que intercambian parejas entre sí.

Tabú del incesto Regulación que prohíbe la interacción sexual entre parientes consanguíneos, como hermano y hermana o padre e hija.

Tasa de fracaso Tasa de embarazo que ocurre utilizando un método anticonceptivo particular; porcentaje de mujeres que quedarán embarazadas después de un año de utilizar el método.

Técnica anticonceptiva Método para impedir la concepción.

Técnica de exprimido Forma de terapia para la eyacuación precoz.

Técnica del observador participante Método de investigación en el que el científico se vuelve parte de la comunidad que estudia y hace observaciones desde el interior de la comunidad.

Teoría de dos componentes del amor Teoría de Berscheid y Walster según la cual deben existir de manera simultánea dos condiciones para que ocurra el amor pasional: excitación fisiológica y vinculación de una etiqueta cognitiva ("amor") con la sensación.

Teoría de la equidad Una teoría que afirma que las personas calculan mentalmente los beneficios y costos para sí mismos dentro de una relación; por ende, la sensación de equidad o parcialidad afecta su conducta y las personas actuarán para restaurar la equidad si existe parcialidad.

Teoría de la interacción simbólica Teoría acerca de que el comportamiento de una persona se construye a través de la interacción y comunicación simbólica con los demás.

Teoría del intercambio social Teoría, basada en el principio del reforzamiento, que supone que las personas eligen aquellos comportamientos que aumentan al máximo las recompensas y reducen al mínimo los costos.

Teoría psicoanalítica Teoría psicológica originada por Sigmund Freud; sostiene como una suposición básica que parte de la personalidad humana es inconsciente.

Terapia cognitiva conductual Forma de terapia que combina la terapia conductual y la reestructuración de los patrones de pensamiento negativo.

Terapia conductual Sistema de terapia basado en la teoría del aprendizaje, en el que la atención se coloca sobre el comportamiento problemático y la manera de modificarlo o cambiarlo.

Terapia de conversión Cualquiera de varios tratamientos diseñados para volver heterosexuales a las personas gay o lesbianas. También llamada **terapia de reparación**.

Teratógeno Sustancia que produce defectos en un feto.

Tercera etapa del trabajo de parto La etapa durante la cual se expulsan las secundinas.

Teste Uno de los testículos.

Testículos Par de glándulas en el escroto que fabrican esperma y hormonas sexuales.

Testosterona Hormona segregada por los testículos en el varón (y también presente a niveles menores en la mujer).

TIFG Véase *transferencia intrafalopiana de gametos*.

Toxemia Enfermedad peligrosa del embarazo.

Trabajo de parto La serie de etapas implicadas en dar a luz.

Tráfico sexual Reclutamiento y control de personas para la explotación sexual.

Transexual mujer a varón (TMH) Persona nacida con un cuerpo femenino cuya identidad de género es masculina y desea someterse a reasignación de género.

Transexual Persona que se siente atrapada en el cuerpo del otro género. Véanse también **transgénero** y **proceso de reasignación de género**.

Transexual varón a mujer (TVM) Persona nacida con un cuerpo masculino pero que tiene una identidad femenina y desea convertirse biológicamente en una mujer para poder equipararse con su identidad.

Transferencia del embrión Procedimiento mediante el cual se transfiere un embrión desde el útero de una mujer al útero de otra.

Transferencia intrafalopiana de cigotos (TIFC) Procedimiento en el que un óvulo fertilizado por el esperma en caja de Petri (cigoto) se coloca dentro de la trompa de Falopio.

Transferencia intrafalopiana de gametos (TIFG) Procedimiento en el que se recolectan el esperma y los óvulos y después se insertan juntos en la trompa de Falopio.

Transferencia nuclear de células somáticas Técnica de clonación que implica sustituir el núcleo de un óvulo con el material genético de la célula de un adulto.

Transformista femenino Hombre que se viste de mujer como parte de un trabajo en el entretenimiento.

Transgénero Categoría que incluye a los transexuales, a aquellas personas que se consideran a sí mismas como un tercer género, travestidos, *genderbenders* y otros.

Transición Parte difícil de trabajo de parto al final de la primera etapa, durante la cual el cuello uterino se dilata de 8 a 10 centímetros (3 a 4 pulgadas).

Trastorno de la excitación sexual en la mujer (TESM) Trastorno sexual en el que existe una falta de respuesta ante la estimulación sexual.

Trastorno de la identidad de género (TIG) Fuerte y persistente identificación transgenérica.

Trastorno disfórico premenstrual (TDPM) Categoría diagnóstica tentativa en el sistema DSM que se caracteriza por síntomas como tristeza o ansiedad e irritabilidad en la semana anterior a la menstruación.

Trastorno eréctil adquirido Casos de trastorno eréctil en los que el varón pudo tener en algún momento erecciones satisfactorias pero ya no es capaz de tenerlas.

Trastorno eréctil Incapacidad para tener o mantener una erección.

Trastorno eréctil permanente Casos de trastorno eréctil en los que el hombre nunca ha tenido una erección suficiente para tener coito.

Trastorno orgásmico adquirido Caso de trastorno orgásmico femenino en los que la mujer era capaz en algún momento de su vida de tener orgasmos pero que ya no puede tenerlos.

Trastorno orgásmico femenino Trastorno sexual en el que la mujer es incapaz de tener un orgasmo.

Trastorno orgásmico masculino Trastorno sexual en el que el varón no puede tener un orgasmo, aunque esté sumamente excitado y haya tenido gran cantidad de estimulación sexual.

Trastorno orgásmico permanente Caso de trastorno orgásmico femenino en el que la mujer nunca en su vida ha tenido un orgasmo.

Trastorno orgásmico situacional Caso de trastorno orgásmico en el que la mujer es capaz de tener un orgasmo en algunas situaciones (p. ej., al masturbarse), pero no en otras (p. ej., durante el coito).

Trastorno por estrés postraumático (TEPT) Angustia psicológica a largo plazo que sufre una persona que ha experimentado un suceso aterrador.

Trastorno sexual adquirido Un trastorno sexual que se desarrolla después de un periodo de funcionamiento normal.

Trastorno sexual permanente Trastorno sexual que ha estado presente desde el momento en que la persona comenzó su funcionamiento sexual.

Trastorno sexual Problema con la respuesta sexual que produce angustia mental a la persona.

Trato de salón de té Sexo impersonal en sitios públicos como baños.

Travesti femenino Varón homosexual que se viste con ropas de mujer.

Travestismo Práctica que deriva gratificación sexual de vestirse como un miembro del sexo contrario.

Tribadismo Técnica sexual utilizada por lesbianas en la que una mujer se acuesta sobre otra y se mueve rítmicamente para producir placer sexual, en particular estimulación del clítoris.

Tricomoniasis Forma de vaginitis que produce un flujo blanco o amarillo espumoso con olor desagradable.

Trimestre Tres meses.

Troilismo Tres personas que tienen sexo juntas.

Trompas de Falopio Conductos que se extienden desde el útero hasta los ovarios; también llamados *oviductos*.

Túbulos seminíferos Túbulos en los testículos que fabrican el esperma.

Tumescencia Inflamación debida a congestión con fluidos corporales; erección.

Turismo sexual Viaje de placer con el propósito de comprar servicios sexuales.

Uretra Conducto a través del cual la orina sale de la vejiga y sale del cuerpo; en los varones, también es el conducto a través del cual se descarga el semen.

Urofilia Derivar satisfacción sexual del contacto con la orina.

Útero Órgano de la mujer donde se desarrolla el feto.

Vagina Órgano con forma tubular en la mujer dentro del cual se introduce el pene durante el coito y a través del cual pasa el bebé durante el nacimiento.

Vaginismo Trastorno sexual en el que existe una contracción espástica de los músculos que rodean la entrada de la vagina, en algunos casos es tan grave que se imposibilita el coito.

Vaginitis Irritación o inflamación de la vagina que generalmente causa flujo.

Validación Decirle a la pareja que, dado su punto de vista, uno puede ver la razón por la que él o ella piensa de un cierto modo.

Varicocele En esencia, venas varicosas en los testículos; pueden relacionarse con la infertilidad en los hombres.

Vasectomía Procedimiento quirúrgico para la esterilización masculina que implica la sección de los conductos deferentes.

Vascongestión Acumulación de sangre en los vasos sanguíneos de una región del cuerpo, especialmente los genitales; su consecuencia es una inflamación o erección.

Vello púbico Pelo en la parte inferior del abdomen y área genital que aparece en la pubertad.

Verrugas genitales. Enfermedad de transmisión sexual que produce verrugas en los genitales.

Vesículas seminales Estructuras parecidas a un saco que residen dentro arriba de la próstata y que producen cerca del 70 por ciento del líquido seminal.

VHS Virus del herpes simple.

Viagra Un fármaco utilizado en el tratamiento del trastorno eréctil. Sildenafil.

VIH Virus de la inmunodeficiencia humana, el virus que causa el SIDA.

Vinculación Lazo psicológico que se forma entre un lactante y la madre, padre u otra persona que presta los cuidados.

Violación Penetración oral, anal o vaginal sin consentimiento, obtenida por la fuerza, a través de amenaza de daño físico o cuando la víctima es incapaz de otorgar consentimiento.

Violación marital La violación de una persona por parte de su cónyuge actual o anterior.

Violación precipitada por la víctima Perspectiva de que la violación es producto de que una mujer "se lo busque".

Virgen Persona que nunca ha tenido coito.

Virus del papiloma humano (VPH) Organismo que produce las verrugas genitales.

Voyeur Persona que se excita sexualmente cuando ve desnudos en secreto.

Voyeurismo Observar secretamente a personas desnudas.

VPH Virus del papiloma humano, organismo que causa las verrugas genitales.

Vulva Término colectivo para los genitales externos de la mujer.

Yo Según Freud, la parte de la personalidad que ayuda a la persona a tener interacciones realistas y racionales.

Zonas erógenas Áreas del cuerpo que son particularmente sensibles a la estimulación sexual.

Zoofilia Contacto sexual con animales; también llamado bestialismo o sodomía.

Agradecimientos

FOTOGRAFÍAS

Capítulo 1

p. 4 (izquierda): ©AP/Wide World Photos; p. 4 (derecha): Culver; p. 5: Reimpreso con permiso del Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction, Inc., photo by Bill Dellenback; p. 5 (interior): Cortesía de A.L. Enterprises; p. 8: ©David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 9: AP/Wide World Photos; p. 12 “Beautiful” de *The Clios 2000*. Usado con permiso de Films Media Group® Princeton, NJ. Todos los derechos reservados; p. 13 (izquierda): ©Art Wolfe/Getty; p. 13 (derecha): ©Staff/Getty Images; p. 16 (arriba): ©Myrleen Ferguson Cate/PhotoEdit; p. 16 (abajo): ©Martha Cooper / Peter Arnold; p. 20 (izquierda): ©Meredith F. Small; p. 20 (derecha): ©Thomas Michael Corcoran/PhotoEdit.

Capítulo 2

p. 26 (izquierda): ©J.H. Robinson/Photo Researchers; p. 26 (derecha): ©SuperStock, Inc.; p. 28 (arriba): “Evolutionary Psychology” de *Sex in Our Century: Love and Science* © The Discovery Channel, usado con permiso; p. 28 (abajo): Foto cortesía de Dr. David Buss, University of Texas; p. 30: ©Lester Lefkowitz/Taxi/Getty; p. 33: ©Joel Gordon; p. 36: Foto cortesía de Dr. Sandra Bem, Cornell University; p. 38 (arriba): ©Bill Aron/PhotoEdit; p. 38 (abajo): “The Medicalization of Sex” de *The Surprising History of Sex and Love* © The Discovery Channel, usado con permiso; p. 40: ©Steve Mason/Getty; p. 41: ©Suzanne Arm/The Image Works; p. 42: Foto cortesía de Ira Reiss.

Capítulo 3

p. 47: ©David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 52: “Alfred Kinsey” from *Sex in Our Century: Love and Science* © usado con el permiso de The Discovery Channel; p. 55 (izquierda): Reimpreso con permiso de Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction, Inc., Foto de Bill Dellenback; p. 55 (derecha): ©Matthew Peyton/Getty Images; p. 56: Cortesía de Edward Laumann; p. 58: ©Thinkstock/Getty; p. 62:

©Bob Daemrlich; p. 63: “Masters and Johnson” de *Sex in Our Century: Love and Science* © The Discovery Channel, usado con permiso; p. 65: ©David Young-Wolff/PhotoEdit.

Capítulo 4

p. 72: “Genital Self-Examination” de *Becoming Orgasmic*, Sinclair Intimacy Institute, Mark Schoen, Ph.D., Producer. Este programa está disponible en su totalidad en www.BetterSex.com p. 75: ©Thomas Michael Corcoran/PhotoEdit; p. 77: ©Lori Grinker/Contact Press Images; p. 80 “Breasts” tomado de *BREASTS: A Documentary*, dirigido por Meema Spadola, producido por Thom Powers & Meema Spadola. © 1996 Meema Spadola. Distribuido por: First Run/Icarus Films. Para información de compra, visite: www.frif.com; p. 81 (arriba): ©Jessica Abad de Gail/AGE Fotostock; p. 81 (centro): ©Joel Gordon; p. 81 (abajo): ©Joel Gordon; p. 83 (izquierda): ©Joel Gordon; p. 83 (derecha): ©Joel Gordon; p. 88 (izquierda): ©Royalty-Free/Corbis; p. 88 (derecha): ©David Parker/SPL/Photo Researchers; p. 89: ©Susan Lerner/Joel Gordon Photography; p. 93: ©Joel Gordon.

Capítulo 5

p. 97 “Hormones and Sexual Differentiation” de *Understanding Sex* © The Discovery Channel, utilizado con permiso; p. 104: ©José Villarrubia. Foto cortesía de John Money; p. 107: ©Michael Geissinger; p. 111 (superior izquierda): ©Elizabeth Crews/The Image Works; p. 111 (arriba derecha): ©Joe Sohm/The Image Works; p. 111 (inferior izquierda): ©Blair Seitz/Photo Researchers; p. 111 (inferior derecha): ©Jason Laure/Woodfin Camp.

Capítulo 6

p. 117: Dr. Landrum B. Shettles; p. 125: ©Amy Etra/PhotoEdit; p. 126 “Menopause” de *When Women Go Through Menopause, Where Do Men Go?* by Elizabeth Sher. Disponible en Fanlight Productions, Boston, Massachusetts, 800-937-4113 www.fanlight.com; p. 127: ©David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 128: Cortesía de Lillian Rubin; p. 129: ©BlueMoon Stock/SuperStock;

Capítulo 7

p. 135: ©Dr. Landrum B. Shettles; p. 139 (superior izquierda): ©Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers; p. 139 (superior derecha, inferior izquierda y derecha): Lennart Nilsson, tomado de *A Child is Born*, Dell Publishing Company; p. 143: ©Spencer Grant/Photo Researchers; p. 146 (izquierda): Streissguth, A.P., Landesman-Dwyer, S., Martin, J.C., & Smith, D.W. (1980). "Teratogenic effects of alcohol in humans and laboratory animals," *Science*, 209, 353–361; p. 146 (derecha): ©John Chiasson/Gamma Liaison/Getty; p. 148 (arriba): ©D. Van Rossum / Petit Format / Photo Researchers, Inc.; p. 148 (abajo): ©O.V.N. / Petit Format / Photo Researchers, Inc.; p. 151: ©Lawrence Migdale / Photo Researchers, Inc.; p. 153 (izquierda): ©Byron/Monkmeyer/Photo Researchers; p. 153 (derecha): ©Byron/Monkmeyer/Photo Researchers; p. 156: ©Digital Vision/Getty; p. 163: ©Hulton-Deutsch Collection/Corbis; p. 164: (arriba) ©ISM / Phototake; p. 164: (abajo) ©Paltera Stefano/Gamma.

Capítulo 8

p. 173: ©Bettmann /Corbis; p. 174: ©Tony Freeman/PhotoEdit; p. 175: ©Joel Gordon; p. 176: ©Mauritius, GMBH/Phototake; p. 180: ©Joel Gordon; p. 181 (izquierda): ©Joel Gordon; p. 181 (derecha): ©Joel Gordon; p. 184: ©The McGraw-Hill Companies, Inc./Jill Braaten, fotógrafo; p. 185: Cortesía de National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; p. 188, 190 "Vasectomy" and "Tubal Ligation" tomado de *Surgical Procedures: Vasectomy/Tubal Ligation*. Utilizado con permiso de Films Media Group® Princeton, NJ. Todos los derechos reservados; p. 196: ©John Berry; p. 201: ©The McGraw-Hill Companies, Inc./Bob Coyle.

Capítulo 9

p. 213: ©Bettmann/Corbis; p. 215: ©Owen Franken/Corbis; p. 217: Cortesía de Dr. Beverly Whipple; p. 219 (izquierda): ©Mark Richards/PhotoEdit p. 219 (derecha): Cortesía de Ellen Stohl; p. 222: ©Dr. Scott T. Grafton/Visuals Unlimited; p. 225: ©Bob Daemmrich/Stock Boston; p. 226 (arriba): ©Betts Loman/PhotoEdit; p. 226 (abajo): ©Luis Fernandez/SuperStock.

Chapter 10

p. 233 (izquierda): ©Joel Gordon; p. 233 (derecha): ©Joel Gordon; p. 234: ©Mark Antman/The Image Works; p. 235 (arriba): "Men talk about sex" de *Men Talk Sex* por Donald Bull y James Mulryan. Disponible en Fanlight Productions, Boston, Massachusetts, 800-937-4113 www.fanlight.com; p. 235 (en medio): "What Women Want" de *More of What Women Want*, Cortesía de Alexander Institute © 1998 Alexander Institute. www.lovingsex.com. p. 235 (abajo): Cortesía de Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction. Fotografía de William Dellenback; p. 238: ©Luiz C. Marico/Peter Arnold, Inc.; p. 255 (arriba): ©Tim Hall/Taxi/Getty; p. 255 (abajo): ©Bruce Ayres/Tony Stone/Getty; p. 256: ©Bill Aron/PhotoEdit.

Capítulo 11

p. 262: ©Amy C. Etra/PhotoEdit; p. 263: ©Maya Barnes/The Image Works; p. 264: ©Cassy Cohen/PhotoEdit; p. 267: ©Greg Ceo/Getty; p. 272: ©SW Productions/PhotoDisc/Getty; p. 277: ©Francesco Venturi/Corbis; p. 279: ©Stephen Ferry/Liaison/Getty; p. 282: "Learning to be Straight" tomado de *Learning To Be Straight: The (De)construction of Heterosexuality*, producido y dirigido por Colby Berger y Jim Vetter. © 2001 de Colby Berger y Jim Vetter. Para información de compra de video, materiales complementarios y taller,

visite: www.learningtobestraight.com o email info@learningtobestraight.com; p. 283: cortesía de Lisa Diamond.

Capítulo 12

p. 288: ©SuperStock; p. 292 (izquierda): ©Johnny Crawford/The Image Works; p. 292 (derecha): ©PhotoDisc Collection/Getty Images; p. 295 (izquierda): ©Ryan McVay/Getty Images; p. 295 (derecha): ©Paul Vozdic/The Image Bank/Getty; p. 296: "Keeping Your Mate" de *The Science of Love: Staying in Love*. Utilizado con permiso de Films Media Group® Princeton, NJ. Todos los derechos reservados; p. 300: cortesía de Dr. Elaine Hatfield; p. 301: ©Frank Siteman/PhotoEdit; p. 304: ©Mike Siluk/The Image Works; p. 308: ©Network Prod./The Image Works.

Capítulo 13

p. 317: ©Wayne Levin/Getty; p. 319: ©R. Lord/The Image Works; p. 321: Cortesía de Robert J. Sternberg, Yale University; p. 325: ©Michael Krasowitz/Taxi/Getty; p. 327: "The Dance of Life" de *Understanding Sex* © The Discovery Channel, utilizado con permiso; p. 329: ©David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 331: ©Jerry Cooke/Photo Researchers.

Capítulo 14

p. 337: ©Rod Rolle/ Gamma Liaison/Getty; p. 338: Photofest; p. 339: ©F.A. Rinehart for B.A.E./Smithsonian Institute; p. 340 (arriba): ©George Simian/Corbis; p. 340 (abajo): ©Anne Flinn Powell / Index Stock Imagery; p. 342: foto cortesía de Dr. Julia R. Heiman; foto de David Hiller; p. 343: foto cortesía de J.R. Heiman; p. 344: "The Plethysmograph" de *A Man's Guide to Stronger Erections*, Sinclair Intimacy Institute, Mark Schoen, Ph.D., Productor. Este programa se encuentra disponible en su totalidad en www.BetterSex.com; p. 350: ©Pascal Le Segretain/Getty Images; p. 351 (izquierda y derecha): foto cortesía de Dr. Daniel Greenwald; p. 352: fotos cortesía de Dr. Daniel Greenwald; p. 354: ©Philip Blenkinsop/Agence VU; p. 355 (izquierda): ©Hulton Archive/Getty Images; p. 355 (derecha): ©AP/Wide World Photos.

Capítulo 15

p. 360: ©Bettmann/Corbis; p. 363: "Corey Johnson" de *Corey's Secret* cortesía de ABC News (20/20) y permiso de Corey Johnson. Parte del pie en este segmento es cortesía de Jeff Perrotti; p. 364: ©Gabe Palacio/Getty; p. 367 (izquierda): ©Plush Studios/Brand X Pictures/Getty; p. 367 (derecha): "Growing up in a Gay Family" de *That's a Family!* Dirigida por Debra Chasnoff; Productor ejecutivo Helen S. Cohen; Productores Debra Chasnoff, Ariella J. Ben-Dov y Fawn Yacker; Editor Kate Stilley. Para pedir tu copia de That's a Family! visita nuestro sitio www.womedia.org © 2000 Women's Educational Media.; p. 368 (arriba): ©Geoff Manasse/ IPN/Aurora; p. 368 (abajo): ©Colin Mc Pherson/Corbis Sygma; p. 374: cortesía de John Michael Bailey, Northwestern University; p. 381: ©Jeff Greenberg/PhotoEdit; p. 382: cortesía de Dr. Gilbert Herdt.

Capítulo 16

p. 392: ©Joel Gordon; p. 395: cortesía de Dr. Eli Coleman; p. 396 (izquierda): ©Photofest; p. 396 (derecha): ©Kevin Winter/Getty Images; p. 397: "Whipsmart" video tomado de *Whipsmart: A Good Vibrations Guide to Beginning S/M for Couples* producido por Good Vibrations. Disponible en www.sexpositiveproductions.com, producido por Sarah Kennedy, dirigido por Laura Plotkin, escrito por Mistress Morgana, Thomas Roche, y Kathryn Cunningham. Copyright Sexpositive Productions 2002; p. 398: ©Jacques Prayer/

Gamma;p. 400: ©Jutta Klee/Corbis; p. 402: ©Christie's Images/SuperStock; p. 407: ©CBS Photo Archive/Getty Images; p. 409: ©David Harry Stewart/Tony Stone/Getty.

Capítulo 17

p. 413: cortesía de Mary Koss; p. 414: "Behind Closed Doors" de *Date Rape: Behind Closed Doors*. Utilizado con permiso de Films Media Group® Princeton, NJ. Derechos reservados; p. 416: ©Rhonda Sidney/PhotoEdit; p. 422: ©Barbara DuMetz; p. 424: ©Mc Pherson Colin/Corbis Sygma; p. 425: National Victim Center; p. 430 (izquierda): Brad Markel/Gamma Liaison/Getty; p. 430 (derecha): Brad Markel/Gamma Liaison/Getty; p. 431: ©Richard Townshend/Corbis.

Capítulo 18

p. 437: ©Bernd Jonkmanns/laif/Aurora; p. 439: cortesía de Ine Vanwesenbeeck; p. 443: ©Joel Gordon; p. 446: ©8425/Gamma; p. 448: ©Joel Gordon; p. 449: Photofest; p. 450: ©Francis Dean / The Image Works; p. 452: ©Dan Callister/Online USA/Getty Images; p. 454 (izquierda): ©Charles Gatewood/The Image Works; p. 454 (derecha): ©Myrleen Ferguson/PhotoEdit.

Capítulo 19

p. 467 (izquierda): ©Jeff Greenberg/PhotoEdit; p. 467 (derecha): ©David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 472: cortesía de Raymond Rosen; p. 476: ©Larry Mulvehill/The Image Works.

Chapter 20

p. 487 (arriba): ©Science VU / Visuals Unlimited; p. 487 (abajo): ©Bart's Medical Library / Phototake; p. 488 (inferior izquierda): "Herpes" tomado de *Sexually Transmitted Diseases: The Silent Epidemic*. Usado con permiso de Films Media Group® Princeton, NJ. Todos los derechos reservados; p. 488 (arriba y abajo derecha): ©Biophoto Associates/Photo Researchers, Inc.; p. 490: ©Bill Aron/PhotoEdit; p. 494 (abajo): ©Thomas Bowman/PhotoEdit; p. 494 (arriba): ©Claude Poulet; p. 498: AP/Wide World Photos; p. 499: ©Wilson Chu/Reuters/Corbis; p. 500: Centers for Disease Control; p. 502 (arriba): Centers for Disease Control; p. 502 (abajo): Centers for Disease Control; p. 505: ©E. Gray/Science Photo Library/Photo Researchers.

Capítulo 21

p. 512: The Metropolitan Museum of Art, Rogers Fund, 1941 (41.162.101) Neg. #177754; p. 514: "St. Paul's Views on Sex" tomado de *The Surprising History of Sex and Love* © The Discovery Channel, utilizado con permiso.; p. 515: Ognissanti Church, Florence, Italy/Bridgeman Art Library, London/SuperStock; p. 516: Hermitage Museum, St. Petersburg, Russia/SuperStock; p. 519: ©Frances M. Roberts; p. 520: ©Lauren Goodsmith/The Image Works; p. 522: ©Sujoy Das/Stock Boston; p. 525 (arriba): ©Stephen J. Boitana/Gamma; p. 525 (abajo): ©Joel Gordon; p. 528: ©National Gallery of Art, Washington, D.C./SuperStock; p. 530: ©Rick Gerharter; p. 533: ©Najlah Feanny/Stock Boston.

Capítulo 22

p. 543: ©Ira Schwarz/Reuters/Bettmann; p. 544: ©Rachel Epstein/The Image Works; p. 547: ©Mark Richards/PhotoEdit; p. 547: "The Right to Privacy" tomado de *Sex in Our Century*, © The Discovery Channel, utilizado con permiso; p. 551: ©Reagan Louie; p. 557: ©Joel Gordon.

Capítulo 23

p. 571: ©Richard Ellis/Getty; p. 572: ©James Schnepf/Gamma Liaison; p. 579: ©Renato Rotolo/Gamma Liaison; p. 582: ©Robert Nickelsberg/Gamma Liaison/Getty; p. 583: ©Jeff Greenberg/PhotoEdit.

CRÉDITOS DE ILUSTRACIONES Y TEXTO

Cap. 1

p. 2: tomado de Edward O. Laumann *et al.*, (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Reimpreso con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Cuadro 1.1: Edward O. Laumann *et al* (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Reimpreso con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Cuadro 1.2: Edward O. Laumann *et al.*, (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Reimpreso con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Cap. 3

Cuadro 3.1: Revisión de *Janus Report* por Andrew M. Greeley en *Contemporary Sociology*, Vol. 23, No. 2 (marzo 1994), pp. 221–223. Reimpreso con permiso de la American Sociological Association y Andrew M. Greeley.

Cap. 5

Poema p. 97: "This Way" por Sherri Groveman tomado de *Hermaphrodites with Attitude*, 1995, p. 2. Reimpreso con permiso del autor.

Cuadro 5.2: Bernard Goldstein (1976). *Introduction to Human Sexuality*. Nueva York: McGraw-Hill, pp. 80–81. Reimpreso con permiso de Bernard Goldstein.

Cap. 6

p. 124: *Revised Standard Version of the Bible*, copyright 1952 (2a. ed. 1971) por la Division of Christian Education de la National Council of the Churches of Christ in the United States of America. Utilizado con permiso. Derechos reservados.

Cap. 7

Cuadro 7.1: Reimpreso de *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 25, R. Kumar, H.A. Brant y K.M. Robson, "Childbearing and Maternal Sexuality: A Prospective Study of 119 Primiparas," pp. 373–383, Copyright 1981, con permiso de Elsevier.

Cuadro 7.2: tomado de "Sexuality During Pregnancy y the Year Postpartum," por J.S. Hyde, J.D. DeLamater, E.A. Plant, y J.M. Byrd, *The Journal of Sex Research*, 33 (1996). Copyright 1996 por The Society for the Scientific Study of Sexuality via Copyright Clearance Center. Reimpreso con permiso.

Cap. 8

Cuadro 8.3: Reproducido con permiso de The Alan Guttmacher Institute de Henshaw, S.K., "Induced abortion: a world review," *Family Planning Perspectives*, 1990, 22(2): 59–65, 76.

Cuadro 8.4: Robert A. Hatcher *et al.*, (1994). *Contraceptive Technology*, 16a. ed. Adaptado con permiso de Irvington Publishers, Inc.

Figura 8.15: J. Smolowe y J. M. Nash, "New, Improved, Ready for Battle," *Time*, 6/14/93. © 1993 Time Inc. reimpresso con permiso.

Tema central 8.3: Robert Hatcher *et al.* (1976). *Contraceptive Technology*, 1976–1977, 8/e. Reimpresso con permiso de Irvington Publishers, Inc.

Cap. 10

p. 237: Tomado de *Drive Him Wild* by Graham Masterton, copyright © 1993 por Graham Masterton. Utilizado con permiso de Dutton Signet, una división de Penguin Group (USA) Inc.

p. 237: tomado de *Sex: An Oral History* by Harry Maurer, copyright © 1994 by Harry Maurer. Utilizado con permiso de Viking Penguin, una división de Penguin Group (USA) Inc.

Tema central 10.3: Reimpresso con permiso de Simon & Schuster Adult Publishing Group, de *Why Marriages Succeed or Fail: What You Can Learn from the Breakthrough Research to Make Your Marriage Last* por John Gottman, Ph.D. Copyright © 1997 por John Gottman. Todos los derechos reservados.

Cap. 11

pp. 262, 264: Floyd M. Martinson, *The Sexual Life of Children*, 1994, Greenwood Publishing Group, Inc., pp. 37, 59, 62.

Copyright © 1994 por Floyd M. Martinson. Reproducido con permiso de Greenwood Publishing Group, Inc., Westport, CT.

pp. 265, 272: tomado de Starks, Kay J. y Morrison, Eleanor S., *Growing Up Sexual*, 2a. ed. HarperCollins, 1996. Copyright © 1996 HarperCollins Publishers. Reimpresso con permiso.

pp. 266, 269, 277: Reproducido con permiso de Playboy Enterprises, Inc. Tomado de *Sexual Behavior in the 1970's* por Morton Hunt. Copyright © 1974, 2005 por Morton Hunt.

p. 282: Tomado de *Sex in America* by Robert T. Michael, *et al.* Copyright © 1994 por CSG Enterprises, Inc., Edward O. Laumann, Robert T. Michael, y Gina Kolatta. Con permiso de Little, Brown and Company, Inc.

Cap. 12

pp. 293, 294, 306: tomado de *The Janus Report on Sexual Behavior* por Samuel S. Janus y Cynthia L. Janus, 1993, John Wiley & Sons, Inc., p. 383. Copyright © 1993 por Samuel S. Janus y Cynthia L. Janus. Este material es utilizado con permiso de John Wiley & Sons, Inc.

p. 294: Tomado de *Drive Him Wild* by Graham Masterton, copyright © 1993 por Graham Masterton. Utilizado con permiso de Dutton Signet, una división de Penguin Group (USA) Inc.

Cap. 13

Cuadro 13.1: Edward O. Laumann *et al.* (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Reimpresso con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Cuadro 13.2: Datos tomados de Robert Levine *et al.* (1995). "Love and Marriage in Eleven Cultures," *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, pp. 554–571. Utilizado con permiso de Robert Levine. Reimpresso en E. Hatfield y R.L. Rapson, *Love and Sex: Cross-Cultural Perspectives*, 1996, Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.

Cap. 14

Cuadro 14.1: Yolanda F. Niemann *et al.*, "Use of Free Responses and Cluster Analysis to Determine the Stereotypes of Eight Groups," *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 20, 1994, pp. 379–390, copyright © 1994 Sage Publications, Inc. Reimpresso con permiso de Sage Publications, Inc.

p. 347: Reproducido con permiso de Playboy Enterprises, Inc. de *Sexual Behavior in the 1970's* por Morton Hunt. Copyright © 1974, 2005 por Morton Hunt.

Cap. 15

Cuadro 15.1: J.A. Davis y T. Smith, General Social Survey, National Opinion Research Center, 1973, 2002, <http://webapp.icpsr.umich.edu/GSS/>. Reimpresso con permiso del National Opinion Research Center.

Cuadro 15.3: Edward O. Laumann *et al.* (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Reimpresso con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Tema central 15.4: Condensado de Lisa Yost, "Bisexual Tendencias," en L. Hutchins y L. Kaahumanu (eds.), *Bi Any Other Name: Bisexual People Speak Out*, 1991, Alyson Publications. Reimpresso con permiso de Alyson Publications.

Cap. 16

p. 389: Reimpresso con permiso de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a. ed. Text Revision, Copyright 2000. American Psychiatric Association.

Cap. 17

Tema central 17.2 y texto en p. 417: de Jean O. Hughes y Bernice R. Sandler, "Friends' Raping Friends: Could It Happen To You?" 1987, Washington, D.C.: Association of American Colleges.

Cuadro 17.1: Edward O. Laumann *et al.* (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Reimpresso con permiso de la University of Chicago Press y Edward O. Laumann.

Cap. 18

p. 447: tomado de *Sex: An Oral History* por Harry Maurer, copyright © 1994 por Harry Maurer. Utilizado con permiso de Viking Penguin, una división de Penguin Group (USA) Inc.

Cuadro 18.1: Martin Rimm, "Marketing Pornography on the Information Superhighway," *Georgetown Law Journal*, Vol. 83, 1995, p. 1891. Reimpresso con permiso del editor, Georgetown Law Journal © 1995.

Tema central 18.2: "Ernie: A Pedophile and Child Pornographer," de *Child Pornography and Sex Rings* por Ann W. Burgess, 1984, Lexington Books, pp. 26–27. Reimpresso con permiso del autor.

Cap. 19

Figura 19.3: David H. Barlow, "Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Cognitive Interference," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54, pp. 140–148. Copyright © 1986 por la American Psychological Association.

Tema central 19.1: John P. Wincze y Michael P. Cary, *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*, NY: Guilford, 1991, pp. 174–175. Reimpresso con permiso de Guilford Press.

Cap. 20

Cuadro 20.1: tomado de *Barrier Contraceptives: Current Status and Future Prospects* por Christine K. Mauck, 1994, John Wiley & Sons, Inc., pp. 203–212. Copyright © 1994 Wiley-Liss. Este material es utilizado con permiso de Wiley-Liss, Inc., subsidiaria de John Wiley & Sons, Inc.

Tema central 20.4: Script for negotiating sex, de www.teenwire.com, junio 22, 2004. Reimpresso con permiso de Planned Parenthood ® Federation of America.

Cap. 22

Figura 22.1: R.A. Posner y K.B. Silbaugh, *A Guide to America's Sex Laws*, 1996, The University of Chicago Press. Reimpreso con permiso de la University of Chicago Press y R.A. Posner y K.B. Silbaugh.

Figura 22.9: R.A. Posner y K.B. Silbaugh, *A Guide to America's Sex Laws*, 1996, The University of Chicago Press. Reimpreso con permiso de la University of Chicago Press.

Cuadro 22.2: tomado de *Newsweek/Princeton Survey Research Associates International*, Encuestados del 9 y 10 de marzo, 2000. Reimpreso con permiso.

Tema central 22.2: tomado de E.M.L. Ng, J.J. Borrás-Vallas, M. Pérez-Conchillo y E. Coleman (eds.), (2000) *Sexuality in the New Millennium*. Bologna, Editrice Compositori. P. xii. Reimpreso con permiso.

Figura 22.4: Copyright © 2004 Lambda Legal Defense y Education Fund. Reimpreso con permiso.

Cap. 23

Tema central 23.4 y texto en p. 567: tomado de "Sex Education". Reproducido con permiso de Sexuality Information and Education Council of the United States, Inc. (SIECUS). Copyright © SIECUS, 130 West 42nd Street, Suite 350, Nueva York, NY 10036.

pp. 567, 568: Anne C. Bernstein y Philip A. Cowan, "Children's Concepts of How People Get Babies," *Child Development*,

46, 1975, pp. 77–92. Reimpreso con permiso de Society for Research in Child Development.

Cuadro 23.1: "Kaiser Family Foundation/Children Now, Talking With Kids About Tough Issues: A National Survey of Parents and Kids", (#1460), The Henry J. Kaiser Family Foundation. Esta información se reimprimió con permiso de la Henry J. Kaiser Family Foundation, basada en Menlo Park, California, que es una organización filantrópica nacional independiente de salud, sin fines de lucro, y que no está asociada con Kaiser Permanente ni con Kaiser Industries.

Cuadro 23.2: tomado de *Children's Sexual Thinking* por Ronald y Juliette Goldman, 1982, Routledge, pp. 197, 213, 240, 263 y 354. Reimpreso con permiso de Routledge, miembro del Taylor & Francis Group.

p. 570: Rosemary Zumwalt, "Plain and Fancy: A Content Analysis of Children's Jokes Dealing with Adult Sexuality", *Western Folklore*, 35, 1976, pp. 261, 267. Reimpreso con permiso de la California Folklore Society.

Cuadro 23.3: Reproducido con permiso de The Alan Guttmacher Institute de Darroch, J.E., y Landry, J.E., y Singh, S., "Changing emphasis in sexuality education in U.S. public secondary schools 1988–1999", *Family Planning Perspectives*, 2000, 35(5): 204–212.

pp. 570, 573: Douglas Kirby, "School-Based Programs to Reduce Sexual Risktaking Behavior," *Journal of School Health*, Vol. 62, No. 7, septiembre 1992, p. 281.

Índice

A

- A/D. *Véase* Ataduras y disciplina.
- AAAS. *Véase* American Association for the Advancement of Science.
- AARP. *Véase* American Association of Retired Persons
- AAUW. *Véase* American Association of University Women
- Abbey, A., 161, 419
- Abel, E.L., 145, 147
- Abel, G., 32, 400-401, 408-409
- Ablación genital femenina, 12, 76-77
- Abordaje transcervical, 190
- Aborto, 158-159, 193-197
- Accidental. *Véase* Aborto espontáneo.
 - Aspectos psicológicos del, 195-197
 - Clase social y, 13-14
 - Desde la perspectiva transcultural, 198-199
 - Ética, religión y, 524-525
 - Iglesia Católica romana y, 518, 524-526
 - Inducido por solución salina, 194
 - Método de aspiración de vacío, 193-194
 - Método de dilatación y evacuación, 193-194
 - Método de histerotomía, 194-195
 - Método de parto inducido, 194
 - Metotrexato y, 195
 - Mifepristona y, 195-196
- Mujeres de color y, 556
- Origen étnico y, 17
- Prostaglandina y, 194
- Reforma de leyes relacionadas con el, 548-549, 554-557
- RU-486 y, 195-196
- Tasas de mortalidad asociadas con el, 195
- Varones y, 197
- Aborto accidental. *Véase* Aborto espontáneo
- Aborto de parto parcial, 555
- Aborto espontáneo, 141, 159
- Abramowitz, S., 335
- Abstinencia, 280
- Aburrimiento durante el sexo, 248
- Abuso deshonesto. *Véase* Abuso sexual infantil; Pedofilia.
- Abuso sexual,
- Discapacidad y, 219
 - Véase* Abuso sexual infantil.
- Abuso sexual infantil, 424-429, 541
- Características de los perpetradores, 426-428
 - Impacto psicológico del, 426
 - Patrones de, 424-425
 - Trabajo sexual y, 440-441
 - Tratamiento para perpetradores, 427
 - Véase también* Porno infantil.
 - Violación y, 419
- Aceite, corporal, 234
- Ackard, D., 417
- Acker, M., 323
- Acné, 112
- Acoso del ambiente hostil, 430
- Acoso retributivo, 430
- Acoso sexual, 429-432
- En el lugar de trabajo, 430-432
 - En la educación, 432
 - En psicoterapia, 432
- Acoso, tipos de, 431-432
- Acostón, 282
- Actitudes hacia,
- Anticoncepción, 191-193
 - Masturbación, 269-270
 - Orientación sexual, 359-362
 - Sexo casual, 342
 - Sexo extramarital, 297
 - Sexo premarital, 277, 280
- Acton, W., 335
- Aculturación, 337
- Adams, M.A., 205, 216
- Adán y Eva, 231
- Addiego, F., 217
- Adeoya-Osiguwa, S.A., 160
- Adicción sexual, 394-395, 403
- Adictos Sexuales Anónimos, 394-395
- Adkins-Regan, E., 377
- Adolescencia, 105-112
- Conducta sexual durante la, 268-272
 - Embarazo durante la, 278-279
- Adrenalina y amor, 329
- Adrenarca, 110, 265
- Adulterio, 523, 542. *Véase también* Sexo extramarital.
- Adultez, conducta sexual durante la, 287-309
- AEAC. *Véase* Método de autoentrevista asistida por computadora.
- Afriat, C., 140
- Afrocaribeños, 14
- Afrodisiacos, 245-246
- Afroestadounidenses,
- Encuestas sobre sexo, 58-59
 - Roles de género entre, 335-337
 - Sexualidad de, 14-15
 - Violación y, 422-423
- AGE *Véase* Ablación genital femenina.

- Agresión fálica, 21
 Agresividad, 341
 Ahluwalia, I.B., 160
 Ahmadi, N., 521
 Alan Guttmacher Institute, 191, 278, 555, 574-575
 Albert, A., 456
 Albin, R., 418
 Alcohol,
 Como afrodisiaco, 246
 Durante el embarazo, 145
 Infertilidad y, 160
 Trastornos sexuales y, 466
 Alexander, C.J., 219
 Alexander, M.G., 345
Alexander vs. Yale, 432
 Alkhatib, G., 492
 Allen, D., 441, 455
 Allen, K., 367
 Allen, M., 367, 377
 Almroth, L., 77
 Amamantamiento, 155-156
 Amara, R.R., 495
 Ambiente de la soltería, 288
 Ambrosone, C.B., 87
 Amenorrea, 120, 140
 Incapacidad y, 218
 American Academy of Pediatrics, 84, 107, 155, 368, 583
 American Association for the Advancement of Science, 57
 American Association of Retired Persons, 305, 308-309
 American Association of University Women, 432
 American Cancer Society, 87, 89, 91-94
 American Civil Liberties Union, 555, 572
 American Psychiatric Association, 372-373, 389, 397, 400, 401, 427, 429, 460, 462
 American Psychological Association, 57, 121, 432, 574
 American Social Health Association, 8
 Ames, T.R., 219
 Amigos cariñosos, 281-282
 Amnesia disociativa, 429
 Amniocentesis, 137, 158
 Amor,
 Adrenalina y, 329
 Apasionado, 327
 Biología del, 327
 Como historia, 326-327
 De compañerismo, 327
 Desde la perspectiva transcultural, 330-332
 Diferencias de género en, 328-329
 Investigaciones acerca del, 328-329
 Matrimonio y, 331-332
 Medición del, 328
 Según la teoría de la vinculación, 323
 Teoría de dos componentes del, 329-330
 Teoría triangular del, 321-322
 Teorías del, 320-323, 326-330
 Amor de compañerismo, 327-328
 Amor pasional, 327-328
 Amor platónico, 513
 Amrein, H., 224
 Analgésicos durante el parto, 151-152
 Análisis de contenido, 61-62
 Análisis de trayectoria, 60
 Anatomía,
 Femenina, 72-81
 Masculina, 81-87
 Sexual, 71-95
 Anatomía sexual y diferencias de género en excitación, 345-346
 Anderson, E., 289
 Anderson, K., 27
 Anderson, M., 429, 440
 Andrews, L., 560
 Androfilia, 352
 Andrógenos, 97-99, 103, 110
 Andropausia, 128-129
 Androstenol, 225
 Anestesia durante el parto, 151-152
 Anestesia sexual, 459
 Anfetaminas y trastornos sexuales, 466
 Angloestadounidenses, roles de género entre, 335-338
 Anilingus, 244-245
 Anillo vaginal, 175
 Anonimato en la investigación sexual, 51
 Anorexia nerviosa, 109
 Anorgasmia, 462
 Ansiedad de castración, 29, 85, 393
 Ansiedad durante el coito, 468
 Anson, R., 450
 Antibióticos durante el embarazo, 145
 Durante el embarazo, 145
 Anticoncepción, 169-203
 Actitudes hacia, 191-193
 Ética, religión y, 524
 Historia de la, 200
 Iglesia Católica romana y, 518
 Nuevos avances en, 197, 200-201
 Retardo en el desarrollo y, 219
 Anticoncepción de urgencia, 175-176
 Anticonceptivos orales. *Véase* Píldoras anticonceptivas combinadas.
 Anticoncepción quirúrgica voluntaria. *Véase* Esterilización.
 Antidepresivos,
 Como tratamiento de la pedofilia, 427
 Como tratamiento de variaciones sexuales, 408
 Trastornos sexuales y, 466-467
 Antihipertensivos, trastornos sexuales y, 467
 Antle, K., 143
 Antoni, M.H., 91
 Anuncios para solteros, 288-289
 APA. *Véase* American Psychological Association
 Apfelbaum, B., 461
 Aprendizaje observacional, 34
 Aprendizaje previo, 467, 469-470
 Arafat, I., 264
 Aragon, R., 461
 Araujo, A., 470
 Areola, 80-81
 Aries, E., 249
 Arnold, A.P., 102
 Arnow, B., 103, 222
 Arthur, L., 225
 Ascencio (2002), 281
 Ascetismo, 511, 521
 Asesinato por honor, 521
 Asfixiofilia, 403-404
 Ashcroft, Procurador General John, 555-556
Ashcroft vs. Free Speech Coalition, 554
 Asiaticoestadounidenses,
 Roles de género entre, 335-338
 Sexualidad de, 15-17
 Véase también Origen étnico.
 Aspiración de vacío, 193-194
 Associated Press, 162
 Ataduras y disciplina, 397-399
 Ataraxia, 513
 Atención prenatal, 138
 Atracción, 313-318
 Atractivo físico, 314-315
 Atrayentes sexuales. *Véase* Feromonas.
 Audet, M.C., 175
 Augstinova, H., 489
 Aumento de peso durante el embarazo, 141-142
 Autodivulgación, 250, 319, 341
 Autoerotismo, 231. *Véase también* Masturbación.
 Autoinformes, 46-51
 Confiabilidad de, 48
 Deseabilidad social y, 345
 Dificultades con los estimados y, 48
 Distorsión propositiva y, 47
 Medidas fisiológicas comparadas con, 344
 Memoria y, 47-48
 Observación directa comparada con, 50
 Autry, A.M., 194
 Avenencia victoriana, 540

Averette, H.E., 91
 Avis, N.E., 126
 Avivamiento, 137, 141
 AZT, 493

B

- Bach, G., 256
 Bachman, G.A., 304
 Bagemihl, B., 20, 22
 Bailey, J.M., 352, 373-374, 377-378
 Bajo peso al nacer, 159
 Baker, F.C., 118
 Baker, R., 43
 Bakker, A., 353
 Baladerian, N.J., 219
 Baldwin, Janice, 34, 346
 Baldwin, John, 34, 346
 Balter, M., 492, 496, 498
 Bancroft, J., 223, 262, 266, 269, 271, 406
 Bandura, A., 25, 33
 Banks, A., 375
 Barash, D.P., 25
 Barbach, L., 130, 483
 Barbaree, H.E., 420
 Barclay, L., 155
 Barlow, D., 408, 468-470
 Baron, L., 418-419
 Barouch, D.H., 495
 Barr, A., 349
 Barr, H.M., 145
 Bartell, D., 299-300
 Bartels, A., 327
 Base hormonal de la conducta sexual, 215, 221-223
 Base neural de la conducta sexual, 215-221
 Basile, K.C., 418
 Bauer, C., 146
 Baulieu, E.E., 223, 476
 Baum, M.J., 221
 Baumeister, R., 344, 398, 421
 Beach, F., 9, 12, 20, 224, 262
 Beall, A., 326
 Bearman, P., 281
 Bebés de probeta, 163
 Beck, J.G., 459
 Beier, E.G., 255
 Bell, A., 60-61, 377, 379-380, 385
 Bellew-Smith, M., 193
 Belluck, P., 365
 Belzer, E.J., 217
 Bem, D., 377-379
 Bem, S., 35-36, 339
 Ben-Ze'ev, A., 316
 Bérard, E.J.J., 219
 Berdache, 339
 Beretta, G., 219
 Berg, J.H., 250
 Bergen, D.J., 335
 Berliner, D.L., 225
 Berman, J.R., 207, 217
 Bermant, G., 3
 Bernard, M., 541-542
 Bernstein, A.C., 567-568
 Bernstein, P., 153-154
 Berry, J., 519
 Berry, L.J., 486
 Berscheid, E., 314, 327-330, 378, 470
 Besar, 235
 Besen, W.R., 387
 Beso francés, 235
 Beso negro, *véase* Anilingus.
 Bess, B., 439, 441
 Bestialismo, 405
 Biale, D., 535
 Biblia, 124, 151, 185, 269, 500, 513-514, 528-529
 Biblioterapia, 475
 Bieber, I., 376
 Biller, H., 142
 Billings, A., 255
 Billy, J.O.G., 287
 Bing, V.M., 14
 Binik, Y.M., 463
 Biología del amor, 327
 Birchler, G.R., 255
 Bird, S.E., 17
 Bisexual, 359. *Véase también* Orientación sexual.
 Bisexualidad, 383-385
 Bitmonte, H.A., 103
 Bixler, R.H., 464
 Blackless, M., 104
 Blair, C.D., 401
 Blake, J., 566, 568, 579
 Blanchard, R., 352, 374, 380, 427
 Blechman, E., 124
 Blee, K.M., 336
 Bloom, L., 530
 Blumberg, E., 403
 Blumstein, P.W., 290, 293, 297
 Boardman, J., 160
 Bobbitt, John Wayne, 85
 Bobbitt, Lorena, 85
 Bochornos, 126
 Bockting, W., 352-353
 Bodlund, O., 355
 Bodnar, L.M., 157
 Bogaert, A.F., 374, 380
 Bogren, L.Y., 144
 Bolas. *Véase* Testículos.
 Boonstra, H., 521
 Booth, C.L., 151
 Bootzin, R.R., 428-429
 Bornstein, R.F., 313
 Borradura, 148
 Boruchowitz, R.C., 549
 Bosch, F.X., 488
 Boston Women's Health Book Collective, 90, 95, 133, 138, 152
 Boswell, J., 529, 535
 Bouyer, J., 157
 Bowers vs. *Hardwick*, 542
 Boyd, K., 532
 Bracken, M.B., 146
 Bradford, J.M.W., 427
 Brady, K., 434
 Braun, M., 460
 Braun, S., 145
 Braun, V., 72
 Brecher, E., 213, 306-307, 311
 Brecher, R., 213
 Brecht, M.L., 466
 Breitenbecher, K.H., 424
 Brent, J., 548
 Brenton, M., 232, 251, 356
 Breslow, N., 397
 Breton, S., 86
 Bretschneider, J.G., 308
 Brewer, R.T., 151
 Brewster, K., 274
 Brim, O.G., 129
 Brinton, L.A., 126
 Britton, P., 481
 Brock, G., 476
 Broderick, C.B., 264, 267
 Brooksbank, B.W.L., 226
 Brotman, H., 162
 Broun, H., 539
 Brown, J.D., 8, 23, 270-271
 Brown, N.L., 575, 578
 Browning, R., 287
 Brownmiller, S., 419-420
 Bryant, J., 271
 Buchanan, K.M., 339
 Buchbinder, S.P., 495, 497
 Budismo, sexualidad en el, 521-522
 Buen gusto, crímenes en contra del, 546
 Buffet, N.C., 115, 117
 Buga, 359. *Véase también* Orientación sexual.
 Bulbo olfativo accesorio, 224
 Bulbos vestibulares, 78, 80
 Bulik, C., 426
 Bullivant, S.B., 121
 Bullough, B., 371, 393, 456
 Bullough, V., 7, 22, 371, 393, 396, 407, 456
 Bumpass, L.L., 290
 Burack, J.H., 495
 Burdel, 436
 Burger, H.G., 100
 Burger, Presidente de la Suprema Corte Warren, 552
 Burgess, A.W., 21, 413, 450-451
 Burleson, B., 250
 Burris, S., 559, 563
 Burt, M.R., 416
 Burton, D.L., 406
 Burton, F.D., 21
 Bush, Presidente George H.W., 555

- Bush, Presidente George W., 57, 545, 555, 557, 574
- Buss, A., 389
- Buss, D., 25, 27-28, 43, 296, 331
- Busselle, R., 8, 270-271
- Butterfield, F., 519
- Buunk, B., 324
- Buvat, J., 464
- Byard, R., 404
- Byers, E.S., 234, 250, 419
- Byler, R.V., 568
- Byne, W., 375
- Byrne, D., 31, 192, 313, 316-317
-
- C**
- Cado, S., 237
- Cahill, L.S., 525
- Calibrador de la tensión peniana, 343
- Calidad de la relación, 257
- Call girl*, 436. *Véase también* Prostitución.
- Call, V., 290-291
- Callahan, D.J., 528, 532
- Callejera, 437. *Véase también* Prostitución.
- Calostro, 141, 155
- Cambio de sexo. *Véase* Reasignación de género.
- Canal del parto. *Véase* Vagina.
- Canary, D.J., 249
- Cáncer,
 - Amamantamiento y, 156
 - Cervical, 91-92
 - De colon, 91
 - De mamas, 87-90
 - De próstata, 92
 - Endometrial, 91-92
 - Ovárico, 91-92
 - Peniano, 93
 - Terapia de reemplazo hormonal y, 126
 - Testicular, 93-94
- Candida, 506
- Cantor, J.M., 374
- Caplan, P., 121
- Capuchón cervical, 179
 - Síndrome de shock tóxico y, 179
- Carani, C., 223
- Carnes, P., 394-395
- Carpenter, L.M., 276
- Carroll, J., 342
- Carson, C.C., 460
- Carter, C.S., 223
- Casa de citas, 436
- Casimiro, D.R., 495
- Cass, V.C., 363
- Castidad, 288
- Castigo,
 - Atracción y, 317
 - Condicionamiento operante y, 32
- Castración,
 - Como tratamiento para la pedofilia, 427
 - Como tratamiento para las variaciones sexuales, 407
 - De delincuentes sexuales, 224-225
- Castrati*, 111
- Catania, J.A., 48, 51, 298
- Caughey, M.S., 550
- Causas inmediatas de los trastornos sexuales, 467
- Causas orgánicas de los trastornos sexuales, 463-467
- Celibato, 288, 515, 521
 - Involuntario, 288
- Celos, 324-325
- Células de Leydig. *Véase* Células intersticiales.
- Células intersticiales, 85-86
- Células madre, 533
- Centers for Disease Control and Prevention*, 145, 163, 273, 298-299, 413-414, 418, 485-486, 489-494, 500, 502, 504, 580
- Cereal y masturbación, 269
- Cerebro, sexo y. *Véase* Control del sistema nervioso central sobre el sexo.
- Cesárea. *Véase* Operación cesárea.
- Chalker, R., 247
- Chan, C.S., 383
- Chancros, 502
- Chapman, A., 289
- Chapman, H., 140
- Charon, J., 39
- Chat rooms*, 447
- Chen, C.L., 126
- Cheng, J., 171, 195, 202
- Cheng, M.M., 219
- Cherry, K., 530
- Cherukuri, R., 146
- Chesler, E., 173
- Chichifo, 441. *Véase también* Prostitución.
- Chivers, M., 352
- Chocho. *Véase* Vagina; Vulva.
- Choi, E.J., 103
- Chow, J.M., 486, 498
- Christiansen, C.V., 53
- Christopher, F.S., 291
- Chu, J., 429
- Church, S., 439
- Cialis, 246, 486
- Ciberatlas, 8
- Cibersexo, 289, 300, 404
- Ciclo anovulatorio, 118
- Ciclo estrual, 21, 115
- Ciclo menstrual,
 - Aspectos psicológicos del, 120-125
 - Cambios uterinos durante el, 117-118
 - Desde la perspectiva transcultural, 10-11, 123-124
 - Duración del, 118
 - Fases del, 115-118
 - Fluctuaciones del estado de ánimo durante, 122-125
 - Problemas del, 118-120
- Sincronía, 226
- Ciclo menstrual, 114-125
- Ciencia y sexualidad, 4-7
- Cimbalo, R.S., 327
- Circuncisión,
 - Faraónica. *Véase* Ablación genital femenina.
 - Femenina. *Véase* Ablación genital femenina.
 - Masculina, 82-84
- Cirugía para el trastorno eréctil, 478-479
- Cistitis, 506
- Citas, 267-268, 281, 287-288
- Clamidia, 485-486
 - Infertilidad y, 160
 - Prevención de, 486
 - Síntomas de, 486
 - Tratamiento para, 486
- Clark, J., 57
- Clase social,
 - Aborto y, 13-14
 - Masturbación y, 13-14
 - Sexo oral y, 13-14
- Clemente, C.J., 72
- Climaterio, 125
- Clímax. *Véase* Orgasmo.
- Clinton, Presidente Bill, 8, 270, 532-533, 543
- Clitoridectomía. *Véase* Ablación genital femenina.
- Clítoris, 72-74, 76-77, 103, 206-208
 - Bulbos del, *Véase* Bulbos vestibulares.
 - Cirugía para alterar, 106-107
- Desarrollo prenatal del, 101-102
 - En comparación al pene, 73
 - Estimulación del, 236
 - Extirpación del, 12. *Véase también* Ablación genital femenina. Reasignación de género y, 353
 - Sistema nervioso central y, 217
- Clonación, 163-164
- Clonación terapéutica, 533
- Cocaína,
 - Durante el embarazo, 146
 - Trastornos sexuales y, 466
- Cocchi, F., 498
- Cochran, J., 372
- Cochran, S.D., 365
- Cochran, W.G., 45, 43
- Codificación, 253
- Coerción sexual, 412-434
- Cogan, J.C., 360-361
- Cogida seca. *Véase* Tribadismo.
- Cognitiva,
 - Estructuración, 34
 - Interferencia, 467-468, 471
 - Reestructuración, 472
 - Teoría, 35-37
- Cohabitación, 290, 542
 - Desarrollo del ciclo vital y, 290
 - Frecuencia del coito en, 290
- Cohen, J., 378, 486, 493, 498
- Cohen, S., 561

- Cohn, L., 446
- Coito, 238. *Véase también* Acto sexual
anal, 244-245
doloroso, 462-465
interfemoral, 245
posiciones del, 237-241
vaginal, posiciones del, 237-241
- Cole, S., 218
- Cole, S.W., 362
- Cole, T.M., 218
- Colectivismo, 16-17, 330-331
- Coleman, E., 363, 395
- Coley, R., 278
- Cólicos, 119
- Collaborative Group, 156
- Collaer, M.L., 103
- Collins, J., 426
- Collins, N.L., 319
- Collins, R.L., 271
- Comas-Díaz, L., 16
- Comfort, A., 235, 237, 259
- Complejo de Edipo, 29, 85
Negativo, 376
- Complejo de Electra, 29
- Comstock, A., 539
- Comstock, G., 270
- Comunicación, 248-257
Autodivulgación y, 250
De validación y, 253
Diferencias de género en, 249
Documentación en la, 251
Edición en la, 252-253
Efectiva, 251
Escuchar y, 253
Intención contra impacto, 251
Lectura de la mente y, 251
Lenguaje del "Yo" y, 251
No verbal, 253-255
Parfraseo y, 253
Positiva contra negativa, 255
Sincerarse en la, 252-253
Trastornos sexuales y, 468, 471
Violación y, 419
- Comunicación no verbal, 253-255, 341
- Concepción, 133-136, 560
- Conceptos estadísticos, 66-68
- Conceptus, 135-137, 139
- Concubinato, 514, 520
- Condicionamiento,
Clásico, 31
Operante, 32
- Condicionamiento clásico, 31
Fetichismo y, 392
- Condicionamiento operante, 32
- Condomes,
Distribución de, 575, 577-579
Femeninos, 182-183
Iglesia Católica romana y, 531
Masculinos, 179-182
Nuevos avances en, 201
Prevención de ETS y, 491
- Conducta sexual,
Anormal, 389-390
Compulsiva, 395
- Con animales, 405
- De los varones gay, 60
- Definición de, 3
- Desde la perspectiva transcultural, 8-19, 57-58
- Desde la perspectiva| transespecie, 19-21
- Dominio social y, 21
- Durante el embarazo, 144-145
- Durante el posparto, 154-155
- Hormonas y, 346
- Leyes acerca de, 537-563.
Véase también Legislación sexual.
- Música y, 237
- Observación directa de, 62-64
- Olores y, 236-237
- Riesgo cardiovascular y, 307
- Visión y, 236
- Conducta sexual compulsiva, 395, 403-404
- Conducta sexual del mismo género. *Véase* Experiencias homosexuales; Orientación sexual.
- Conducto de Wolff, 100, 103, 353
- Conducto del cuello uterino, 80
- Conducto falso, 345
- Conducto inguinal, 102
- Conductos de Müller, 100, 103, 353
- Conductos deferentes, 85-86, 102
- Confiabilidad,
Autoinformes y, 48
Test-retest, 48, 68
- Confiabilidad intercódificadores, 61
- Conformidad a las normas, 17
- Confucionismo y sexualidad, 18
- Connolly, J., 267
- Conocimientos sexuales infantiles, 567-570
- Consenso, continuo del, 551-552
- Consentimiento informado, 51
- Coño. *Véase* Vagina
- Consolador, 234
- Contessini, C., 452
- Contracciones de Braxton-Hicks, 142, 147
- Control del sistema nervioso central sobre el sexo, 215-217, 220-221
- Cook, K., 33
- Coolen, L., 216
- Coombs, N.R., 441
- Cooper, A., 404
- Coprofilia, 405
- Corán, 77, 520-521
- Cordón umbilical, 137
- Cordova, M.J., 90
- Corey, L., 488-489
- Corona, 82-83
- Coronamiento, 148
- Correlación, 67-68
- Corteza cingulada, 222
- Cortos pornográficos, 446
- Couch, R.M., 100, 102
- Council on Scientific Affairs (1995), 77
- Countryman, L.W., 523, 531, 535
- Coustan, D., 152, 263
- Couvade, 142
- Couzin, J., 87
- Couzinet, B., 195
- Cowley, J.J., 226
- Cox, D., 400
- Coxon, T., 60
- Coyle, C.T., 197
- Coyne, J.A., 27
- Crane, Bob, 407
- Crawford, J., 251-252
- Crecimiento postraumático, 90, 416, 426
- Creighton, S., 107, 256
- Crenshaw, T.L., 465
- Crímenes de odio, 360-361
- Crímenes sexuales,
Castigo para, 224-225
Véase Legislación sexual.
- Crímenes sin víctimas, 549, 551
- Criptorquidia, 102
- Crisis de la mediana edad en los varones, 128-129
- Cristales de metanfetamina y trastornos sexuales, 466
- Cristianismo, sexualidad en el, 3, 514-519
- Crompton, L., 513
- Cruess, S., 495
- Cuáqueros, 530
- Cuello uterino, 78, 80, 90
Cáncer del, 91-92
Parto y cambios en, 148
- Cuerpo amarillo, 117
- Cuerpo esponjoso, 82-83, 205
- Cuerpos cavernosos, 72, 74, 82-83, 205
- Cuestionarios, 48-50
- Culpabilizar a la víctima, 414
- Cultivación, 8
- Culto a la fertilidad, 513
- Cultura, 9
Diferencias de género en sexualidad y, 346-347
Véase también Perspectiva transcultural.
Violación y, 419
- Cunilingus, 9, 241-243, 245, 291-292
- Cunningham, F.G., 144, 147, 154, 157, 159-160, 316, 331
- Cunningham, P., 560
- Curran, C.E., 519
- Curtis, J.T., 327
- Cutler, W.B., 223

D

- Dalton y Burris, 559
- Daneback (*et al.*, 2004), 289, 300
- Dansky y Kilpatrick, 431
- Darling (*et al.*, 1990), 220
- Darling (*et al.*, 1991), 211
- Darroch (*et al.*, 2001), 278

- Darroch, 575
 Darwin, C., 27
 D'Augelli, A.R., 361, 364
 Davey, M., 530
 David, H.P., 197
 Davidson, J.M., 3, 303
 Davis, C., 446, 453-455
 Davis, J.A., 297
 Davis, K.R., 491
 Day, R., 274, 276
 De Waal, F., 20, 28
 Dean, K.M., 421
 Debut sexual. *Véase* Primer coito.
 Decodificación, 253
 Defectos congénitos, 158-160
 Defensa propia, 423-424
 Definición operacional, 328
 DeLamater, J.D., 9, 33, 37, 51, 235, 262, 271-272, 274-275, 277, 303, 305
 Delincuentes sexuales, sentencias, 224-225
 Delmas, P.D., 127
 Denizet-Lewis, B., 281-282, 380
 Dennerstein, L., 127
 Dennis, D., 559
 Depo-Provera, 176
 Castración química por medio de, 224-225
 Depresión,
 Durante el embarazo, 140-141
 Menopausia y, 128
 Menstruación y, 122
 Orientación sexual y, 372
 Píldoras anticonceptivas combinadas y, 171
 Posparto, 153-154
 Trastornos sexuales y, 470
 Derby, C., 470
 Derechos a la privacidad, 548-549
 Derechos, sexuales, 550
 Deren, S., 494
 Derlega, V.J., 319
 Desarrollo,
 Psicosexual, 29-30
 Sexual, 261-311
 Desarrollo de la conducta sexual durante el ciclo vital, 261-311
 Adolescencia, 268-272
 Adulterio, 287-309
 Adulterio tardío, 303-309
 Cohabitación, 290
 Desarrollo psicológico y, 282-283
 Infancia temprana, 264-265
 Lactancia, 262-263
 Matrimonio, 290-302
 Preadolescencia, 265-268
 Sexo posmarital, 302-303
 Sexo premarital, 272-282
 Desarrollo de la laringe, 111
 Desarrollo embrionario, 136-137, 139
 Desarrollo fetal, 136-139
 Primer trimestre del, 137
 Segundo trimestre del, 137
 Tercer trimestre del, 137-138
 Desarrollo prenatal,
 Orientación sexual y, 374-375
 Transexualidad y, 353
 Desarrollo puberal y hormonas sexuales, 268
 Deseo sexual,
 Diferencias de género en, 344
 Discrepancia del, 460
 En Grecia antigua, 3
 Fluctuaciones en, 121-122
 Represión del, 337
 Testosterona y, 223
 Trastornos del, 459-460
 Deseo sexual hipoactivo, 459
 Deseo sexual inhibido. *Véase* Deseo sexual hipoactivo.
 Despenalización, 547, 548, 551
 Despertar sexual, 265
 Masturbación y, 347-349
 Desviación sexual. *Véase* Variaciones sexuales.
 Detumescencia, 210-211
 Devor, H., 351, 356
 DHEA, 223
 Diabetes y trastornos sexuales, 464
 Diafragma, 177-179
 Efectividad del, 178
 Efectos secundarios del, 178
 Reversibilidad del, 179
 Síndrome de shock tóxico y, 178
 Ventajas y desventajas, 178-179
 Diamond, L., 283, 385
 Diamond, M., 106-107
 Dickinson, A., 4-5, 85
 Dieben, T., 175
 Diferenciación cerebral, prenatal, 103
 Diferenciación sexual,
 Prenatal, 97, 100-105
 Puberal, 105-112
 Diferenciación sexual prenatal, 97, 100-105
 Atípica, 104-105
 Diferenciación sexual puberal, 105-112
 Diferencias de género,
 En el amor, 328-329
 En el deseo sexual, 344
 En el número de parejas sexuales, 345
 En el travestismo, 393
 En la agresividad, 341
 En la comunicación, 249, 341
 En la consistencia del orgasmo, 344
 En la excitación ante erótica, 342, 344, 454
 En la masturbación, 342
 En la sexualidad, 341-349
 En las actitudes hacia el sexo casual, 342
 Entre lesbianas y varones gay, 380
 Factores biológicos en, 345-346
 Dilatación y evacuación, 193-194
 Dimensión erotofobia-erotofilia de la personalidad, 192
 Dindia, K., 241
 Dion, K.K., 330-331
 Dion, K.L., 314, 330-331
 Dique dental, 242
 Discapacidad y sexualidad, 218-219
 Discrepancia del deseo sexual, 460
 Discriminación basada en la orientación sexual, 359-362, 543
 Discutir. *Véase* Peleas justas, 255-256
 Dismenorrea, 118-119
 Dispareunia, 462-464, 480
 Dispositivo intrauterino, 176-177
 Nuevos avances en, 201
 Dispositivos de succión, 477-478
 Distorsión propositiva, 47
 DIU. *Véase* Dispositivo intrauterino.
 Divorcio y sexo, 303
 Dixon, A.F., 20
 Doble estándar, 275, 280-281, 470, 520-521, 539
 Docter, R., 393
 Dodson, B., 230, 259
 Dominio y sumisión, 397, 399
 Donahay, K.M., 460
 Donahue, J.E., 103
 Doncellez. *Véase* Himen.
 Donnelly, D., 288, 291
 Donnerstein, E., 455
 Donovan, B., 84
 Dopamina y amor, 327
 Doran, T.A., 158
 Dorris, M., 166
 Dos espíritus, 339
 Doshi, M.L., 138
 Douglas, M., 124
 Douglas, Magistrado William, 548
 Downs, B., 295
 Doyle, J.A., 336
 Drea, C., 27
 Dreznick, M.T., 427
 Driscoll, R., 327
 Droga de violación en citas, 418
 Drogas,
 Como causa de trastornos sexuales, 465-467
 Como tratamiento para trastornos sexuales, 475-477
 Dryer, P.C., 314
 D/S. *Véase* Dominio y sumisión.
 DSM. *Véase* Manual diagnóstico y

- Estadístico de los Trastornos Mentales.
Dualismo, 514
Ducha vaginal, 184-185
Duncombe, J.A., 293
Dunn, M.E., 211
DuToit, B., 123
Dutton, D.G., 329-330
-
- E**
- Ebel, C., 489, 509
Eclampsia, 157
Economía y sexualidad, 37-38, 336
Edad Media, sexualidad durante la, 516
Edema, 141
Eder, D., 284
Educación para la sexualidad, 565-585
 Desde la perspectiva transcultural, 10, 569, 581-584
 Fuente de, 565-566
 Plan de estudios, 573-579
 Propósitos de la, 566-567
Edwards, R., 163
EEOC. *Véase* Equal Employment Opportunity Commission.
Efecto de carpa, 208
Efecto de la mera exposición, 313
Effleurage, 150
Eficacia propia, 33
Egan, J., 359, 363
Ehrhardt, A., 298, 574
EIP. *Véase* Enfermedad inflamatoria pélvica.
Eisenberg, M.E., 568, 580
Eisenstadt vs. Baird, 548
Eje Hipotálamo-pituitaria-gónadas, 98-99, 103, 115
Eje HPG. *Véase* Eje Hipotálamo-pituitaria-gónadas.
Ejercicios de enfoque en la sensación, 471
Ejercicios de Kegel, 475
Elder, G., 315
Elders, Joycelyn, 270
Elias, G., 261
Elias, M., 315
ELISA, técnica de, 492-493
Elliott, A.N., 468
Ellis, H.H., 5-7
Ellis, L., 20, 374
Ellison, C., 211, 460
Ellison, M., 438
Ello, 28-29
Embarazo,
 Actividad durante, 142
 Apoyo social durante, 142
 Aumento de peso durante, 141-142
 Cambios físicos del, 140-142
 Cambios psicológicos del, 140-142
 Complicaciones del, 158-160
 Consumo del alcohol durante, 145-146
 Depresión durante, 140-141
 Discapacidad y, 218
 Diversidad en contextos de, 143
 Drogas durante, 145-147
 En la adolescencia, 278-279
 Enfermedad viral durante, 157-158
 Experiencia del padre acerca, 142-143
 Herpes simple durante, 158
 Hipertensión inducida, 157
 Nutrición durante, 144-145
 Primer trimestre del, 138-141
 Pruebas del, 138-140
 Segundo trimestre del, 141
 Sexo durante, 144
 Sexualidad y el temor al, 347
 Signos de, 138-140
 Tercer trimestre del, 141-143
Embarazo ectópico, 139, 156-157
Embarazo falso. *Véase* Pseudociesis.
Embarazo tubario, 156-159
Embrión, 135-137, 139
 Desperdicio, 163
 Transferencia, 162
Eminencia del pubis, 73
Emisiones nocturnas, 111
Emmers-Sommer, T., 401
Encuestas con base en la red, 49-50
Endometrio, 80, 116-117
 Cáncer del, 91-92
 Problemas del, 119
Endometriosis, 119
Enfermedad cardiovascular y trastornos sexuales, 464
Enfermedad inflamatoria pélvica, 486, 501
Enfermedad viral durante el embarazo, 157-158
Enfermedades de transmisión sexual, 484-509
 Condones y, 182
 Embarazo ectópico y, 157
 Infertilidad y, 160
 Prevención de, 50
 Sexo oral y, 242-243
 Sexoservicio y, 440
Enfoque costo-beneficio a la investigación sexual, 51-52
Enmienda sobre la Vida Humana, 555
Enserink, M., 126
Entrepierna. *Véase* Vulva.
Entrenimiento adulto de empoderamiento femenino, 452-453
Entrevistas, 48-50
Epidídimo, 85-86, 102, 133
Epidural, 152
Episiotomía, 148-149
Época victoriana, 4-6, 517, 539-540
 Encuesta sexual en, 6
 Masturbación y, 5
Epstein, A., 362, 543
Epting, L., 121
Equal Employment Opportunity Commission, 429-430
Equidad, 35
Erección, 82, 111, 205
 Control cerebral de la, 220-221
Erikson, E., 128-129, 282
Ernst, F.A., 380
Ernulf, K.E., 397, 399, 403
Erótica, 443
 Comunismo y, 18-19
 En China, 18-19
Error de atribución de la excitación, 329-330
Escotofilia, 399. *Véase también* Voyeurismo
Escroto, 85-86, 102
Escudo de Lea, 201
Eskenazi, B., 160
Esmegma, 82-84
Espasmos carpopedales, 208
Espectáculos sexuales en vivo, 447
Espéculo, 90-91
Esperma (espermatozoides) 85-87, 102, 133
 Bancos de, 162
 Conteo de, 136, 160
 Estructura de los, 133, 135
Espermatogénesis, 85
Espermicidas, 183-184
 Efectividad de los, 183
 Efectos secundarios de, 183-184
 Ventajas y desventajas, 184
Espin, O., 381, 383
Espuma. *Véase* Espermicidas.
Esquema, 35-37
Establecimiento de la agenda, 8
Estado civil,
 Actividad sexual y, 287-289
 Origen étnico y, 289
Estafilococo áureo, 117
Estándares de atractivo. *Véase* Estándares de belleza.
Estándares de belleza, 12-13
Esterberg, K.G., 363
Esteretipos, 335-339
 Diferencias de género en sexualidad y, 346-347
 Orientación sexual y, 361, 385
Esterilidad. *Véase* Infertilidad.

- Esterilización, 188-191
 Femenina, 190-191
 Formas no quirúrgicas reversibles, 201
 Involuntaria, 219
 Masculina, 188-190
- Esteroides durante el embarazo, 147
- Estilo de perrito. *Véase* Posición de penetración posterior.
- Estimulación buco-genital. *Véase* Sexo oral.
- Estimulación manual de los genitales, 235-236
- Estradiol, 99
- Estrategias sexuales, 28, 317-318
- Estrógeno, 80, 92, 97-99, 103, 108, 110, 115-116, 121, 137-138
- Estructura de poder de la sociedad y sexualidad, 42
- Estudio de sífilis de Tuskegee, 495
- Etapas anal, 29
- Etapas de excitación de la respuesta sexual, 205-208
- Etapas de latencia, 29
- Etapas de meseta de la respuesta sexual, 205-208
- Etapas de orgasmo de la respuesta sexual, 205-209
- Etapas de resolución de la respuesta sexual, 205-207, 209-210
- Etapas fálicas, 29
- Etapas orales, 29
- Ética,
 Alteración de la orientación sexual y, 373
 Investigación sexual y, 51, 64-65, 371
 Sexualidad y, 511-536
- Etnocentrismo, 8-9
- ETS. *Véase* Enfermedades de transmisión sexual.
- Evans, C., 284
- Evans, D., 561
- Evans, H., 19
- Evans, M., 561
- Evans vs. Romer*, 549
- Everett, G.M., 246
- Everitt, B.J., 223
- Evolución, 25-28, 301
- Examen pélvico, 90-91
- Examen pélvico bimanual, 91
- Examen rectovaginal, 91
- Excitación, 205
- Excitación sexual,
 Conciencia de, 346
 Diferencias de género en, 342-345
 En la lactancia, 262-263
 Erótica y, 342-344
 Error de atribución de la, 329-330
 Medición de, 343
 Trastornos de, 460
- Exhibicionismo, 400-401, 546
- Exótico se convierte en erótico, 377-379
- Experiencia de la escena primordial, 264
- Experiencias homosexuales,
 En la adolescencia, 271-272
 En la infancia temprana, 264-265
 En la preadolescencia, 267
- Experimento, 65-66
- Exposición prenatal a las toxinas, 145-147
- Extinción, 33
- Exton, M.S., 210
- Eyacuación, 133, 209, 213
 Femenina, 80, 217, 220
 Mecanismo de, 216
 Precoz, 459, 461, 464, 474, 480
 Rápida, 461
 Refleja, 216
 Retrógrada, 216-217, 306
 Temprana. *Véase* Eyacuación precoz.
- Ezzell, C., 87, 493
-
- ## F
- Falo. *Véase* Pene.
- Faloplastia, 352
- Falta de hijos, 295
- Familia, como influencia sobre la sexualidad, 38
- Familias gay y lésbicas, 367-368
- Fanburg, J.T., 577
- Fantasia, 231-234
 En el sexo entre dos personas, 237
 Masturbación y, 233-234
- Fantasia sexual, 231-234. *Véase también* Fantasia.
- Farkas, G.M., 50
- Farley, 513-514
- Fármacos de prescripción y trastornos sexuales, 466-467
- Fase folicular, 115-117
- Fase luteínica, 116-118
- Fase posovulatoria. *Véase* Fase luteínica.
- Fase preovulatoria. *Véase* Fase folicular.
- Fase proliferativa. *Véase* Fase folicular.
- Fase secretora. *Véase* Fase luteínica.
- Fasteau, M.E., 247
- Fausto-Sterling, A., 113
- FBI. *Véase* Federal Bureau of Investigation.
- Feder, H.H., 223
- Federal Bureau of Investigation, 413
- Feingold, A., 314
- Feinleib, J.A., 298
- Felación, 34, 241-243, 245, 291-292
- Feldman-Summers, S., 428-429
- Felton, G., 151
- FemCap, 201
- Feminidad, 335
- Feminismo,
 Movimiento proelección y, 526-527
 Objeciones a la pornografía, 453
 Tecnologías reproductivas y, 532-433
 Teoría de la violación, 418-420
- Feng, Y., 492
- Fenómenos de equiparación, 314
- Ferguson, Representante Mike, 57
- Feromonas, 223-226
- Fertilización, 135-136
- Fertilización *in vitro*, 163
- Fetichismo de forma, 391
- Fetichismo de zapatos, 391
- Fetichismo, 389-392
 travestista, 389, 393, 389
- Feto, 135, 139
- Fibroadenoma, 89
- Figueira, I., 460
- Filosofía griega, sexualidad en la, 512-513
- Fimosis, 82, 465
- Finer, L.B., 193
- Fink, H., 475
- Finkelhor, D., 8, 393, 424-426
- Finzi, D., 493
- Fisher, D., 270
- Fisher, H., 302, 311, 325, 333
- Fisher, W., 192, 454
- Fiske, S., 431
- Fitch, R.H., 103
- Fitzgerald, L., 432
- FIV. *Véase* Fertilización *in vitro*.
- Flasher*. *Véase* Exhibicionismo.
- Fleming, C., 438
- Fleming, D.T., 141, 154, 488
- Fleming, M., 354
- Fletcher, J., 512
- Flor. *Véase* Himen.
- Fluctuaciones cíclicas del estado de ánimo,
 En mujeres, 120-123
 En varones, 125
- Foa, E., 415
- Folículo, 80
- Folículo ovárico, 116
- Ford, C., 9, 12, 20, 262
- Ford, J.G., 373
- Ford, K., 58
- Ford, N., 496
- Formación de vínculos, 263
- Fornicación, 523, 538
- Fortenberry, J.D., 299
- Foster, C.A., 329
- Fotopletismógrafo, 343-344
- Fox, R.C., 385
- Franjas, 80, 133
- Frank, K., 442
- Frank, L.K., 308
- Frayser, S., 9, 10, 12, 262, 265
- Frazier, P., 413, 416

- Frecuencia, 67
 Freese, J., 28
 Freud, S., 4-5, 7, 25, 28-31, 43, 210, 262, 264-265, 372, 375-377. *Véase también* Teoría psicoanalítica.
 Freund, M., 441
 Freyd, J.J., 429
 Friday, N., 400
 Fried, P.A., 147
 Friedrich, W.N., 264, 419
 Frigidez. *Véase* Trastorno orgásmico femenino.
 Frisch, R.E., 109
 Frishman, G., 159
 Frohlich, P., 470
 Fromm, E., 322
 Frotis bucal, 354
 Frotteurismo, 389, 405
 FSH. *Véase* Hormona foliculoestimulante.
 Fuleihan, G., 126
 Fung, S., 504
 Furman, W., 283
 Furnich, V.P., 529
 Furstenberg, E., 278-279
 Fyfe, B., 360
-
- G**
- Gabelnick, H.L., 200
 Gagnon, J., 25, 40-41, 43, 69, 292, 347-348
 Galbreath, N., 404
 Gallant, S.J., 121
 Gallo, R., 490
 Gangestad, S.W., 27, 318
 Ganju, D., 440
 Gao, E., 495
 Gathorne-Hardy, J., 55
 Gautama, 521
 Gay, 359
 Baños, 364
 Bares, 364
 Matrimonios, 365, 544-546
 Movimiento de liberación, 364-365
Véase también Orientación sexual.
 Gay, P., 4-5
 Gebhard, P., 55, 303, 400
 Genel, M., 354
 Género,
 Conocimiento de los niños acerca del, 263, 265
 Contra sexo, 2-3
 Definido, 3
 Desde la perspectiva transcultural, 105
 Disforia, 349-355
 Estereotipos, 35-37, 335-339
 Hipersexualidad y, 402-403
 Inconformidad, 378-379
 Múltiple, 105, 339, 353
 Reasignación, 349-355
 Segregación, 267
 Selección, 164-165
 Sexo contra, 350
 SIDA y, 494
 Teoría de los esquemas, 35-37, 335-339
 Transición, 352
 Trastorno de la identidad de, 349-355
 Variables de, 104
 Genital,
 Ablación. *Véase* Ablación genital femenina;
 Ablación genital masculina.
 Etapa, 30
 Fuegos. *Véase* Herpes simple.
 Inflamación, 100-103
 Tubérculo, 100-103
Véase Órganos sexuales.
 Verrugas, 485, 487. *Véase también* Virus del papiloma humano.
 Genovesi, V.J., 524, 535
 George, W.H., 466
 Georges, E., 199
 Gerbner, G., 8
 Gibbons, B., 259
 Gigoló, 441. *Véase también* Prostitución.
 Gijs, L., 408
 Gilbert, L., 59
 Gilligan, C., 195-196
 Gilmartin, B.G., 299
 Ginecomastia, 112
 Ginefilia, 352
 Giuliano, F., 460
 Gjerdingen, D., 153
 Glante del pene, 82-83, 102-103
 Glándula de Skene, 78, 80, 90, 103,
Véase también Punto de Gräfenberg.
 Glándula pituitaria, 98-99, 117
 Glándulas de Bartholin, 74, 90, 103, 206
 Glándulas de Cowper, 87, 103
 Glándulas endocrinas, 97-98
 Glándulas mamarias, 80-81
 Glándulas suprarrenales, 110
 Glascock, J., 447
 Glaser, C., 540
 Glass, S.J., 375
 GnRH. *Véase* Hormona liberadora de gonadotropinas.
 Godges, J., 531
 Gold, S.N., 428-429
 Goldberg, M., 402
 Goldberg, S., 154
 Goldfoot, D.A., 21
 Goldman, J., 26, 569
 Goldman, R., 26, 569
 Goldstein, I., 475
 Goldstein, J.M., 103
 Golombok, S., 367, 377
 Golub, S., 109, 118-123, 128, 130
 Gónadas, 85
 Gonadotropina coriónica humana, 137-138
 Gonorrrea, 485, 500-501
 Diagnóstico, 501
 Infertilidad y, 160
 Síntomas, 500-501
 Tratamiento, 501
 Gonsiorek, J.C., 372
 González, E., 381
Goodridge vs. Department of Public Health, 545
 Goodson, P., 571
 Gooren, L., 375
 Gordon B., 567-568
 Gosling, S.D., 49
 Gosselin, C., 398
 Gottman, J., 248, 250-253, 255, 257, 259
 Gould, S.J., 27
 Gow, H.B., 578
 Gower, D.B., 225
 Graham, C.A., 171
 Graham, Sylvester, 269
 Green, R., 353, 355, 393, 406-407
 Greenberg, B.S., 8, 23, 270
 Greene, B., 336, 380
 Greenwald, D., 350-351
 Greenwald, E., 426
 Greer, A.E., 256
 Gregersen, E., 9-11, 23, 77, 84, 142
 Gregor, T., 9, 11
 Greiling, H., 302
 Grely, A., 46
 Griffin, S., 436, 453
 Griffin-Shelley, E., 411
Griswold vs. Connecticut, 548
 Grodstein, F., 126
 Gross, A.E., 193
 Groverman, S., 97
 Gruenbaum, E., 77
 Grumbach, M.M., 110
 Grupo de estudio COMET (Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial), 152
 Grupos de noticias, 448
 Guay, J., 427
 Guerrero, L., 324-325
 Güevodoces, 105
 Guiones sexuales, 40, 235, 292
 Violación y, 419
 Guise, J., 155
 Gunderson, B.H., 264
 Gursoy (1996), 199
 Gutek, 431
-
- H**
- Hacerse el/la difícil, 316
 Haffner, D., 585
 Hahn, S.R., 152
 Halbreich, U., 122
 Haldeman, D.C., 373
 Hall, G.C., 423, 427-428

- Hall, J., 341
Halpern, C., 280
Hamer, D., 374
Hames, B., 530
Hammersmith, S., 60-61
Handler, A., 46
Hanson, R.K., 427
Harlow, H., 21
Harris, C., 324, 494
Harris, G., 476
Harris, G.W., 221
Harris vs. McRae, 554
Harrison, A., 313
Hart, L.L., 138
Hartman, W., 211
Hass, A., 269
Hatcher, R.A., 119, 138, 146, 160, 165, 170-177, 180, 182-184, 186-189, 191, 195, 200-202, 203
Hatfield, E., 300-301, 317, 327-328, 330, 332
Hatzichristou, D., 476
Haynes, B., 498
Hazan, C., 323
hCG. *Véase* Gonadotropina coriónica humana.
Head Start, 279
Hearn, K.D., 48
Heath, R.C., 220
Hebl, M., 361
Hedonismo, 511
Heilman, C., 495
Heim, N., 225
Heiman, J., 57, 232, 342-346, 460, 475, 479
Heise, L., 414
Helgeson, V., 90
Hellstrom, W., 476, 478
Helminiak, D.A., 528, 535
Henahan, J., 89
Hendrick, C., 250, 314, 320, 333
Hendrick, S., 250, 314, 320, 333
Henshaw, S.K., 169, 193, 556
Hepatitis B, 485, 504
Herbst, A., 146
Herdt, G., 12, 34, 105, 265, 382
Herek, G.M., 360-361, 383, 387
Hermafrodita. *Véase* Intersexual.
Herman-Giddens, M.E., 108
Herman, J.L., 426
Herpes, 485, 488-489
 Ablación genital femenina y, 76
 Aspectos psicológicos del, 489
 Consecuencias a largo plazo del, 485
 Durante el embarazo, 158
 Manejo del, 489
 Síntomas, 488
 Tratamiento, 489
Herrero, R., 242, 487
Hertwig, O., 4
Heterosexismo, 360
Heterosexual, 359. *Véase también* Orientación sexual.
Heyl, B.S., 439
Hialuronidasa, 134
Hijras, 353
Hill, Anita, 429-430
Hill, C.T., 328
Hill, M., 314
Himen, 74-75, 78
Hinduismo, sexualidad en el, 521
Hiperplasia suprarrenal congénita, 105-107
Hipersexualidad, 401-403
Hipertensión durante el embarazo, 157
Hipogonadismo, 464
Hipotálamo, 98-99, 103, 116, 220-222, 224
Hipótesis de equiparación, 35
Hipótesis del porcentaje de grasa corporal, 109
Hirschfeld, M., 7
Hispanos. *Véase* Latinos/as.
Histerectomía, 92, 305
Histerotomía, 194-195
Historia de la comprensión de la sexualidad, 3-23
Hite, S., 46, 231, 242
Ho, G.Y., 488
Hobart, C.Q., 328
Hobfoll, S., 140-141
Hoff, G.A., 152
Hofferth, S.L., 191, 276
Hoffmann, H., 32
Hogben, M., 31
Hollander, D., 150
Holmstrom, L.L., 21
Holroyd, J.C., 432
Holstege, G., 222
Hom, X., 504
Homofilia, 313-314, 318
Homofobia, 360
Homosexual, 359. *Véase también* Orientación sexual.
 De clóset. *Véase* Homosexual encubierto
 Encubierto, 362
 Explícito, 362
Homosexualidad,
 Como enfermedad mental, 371-372
 Desde la perspectiva transcultural, 12, 17, 19
 Desde la perspectiva transespecie, 20
 Estimados de, 53, 56
 Incidencia de, 368-369
 Privación, 385
 Religión y, 518, 528-529
 Ritualizada, 382
 Situacional, 385
 Véase también Orientación sexual.
Hong, L.K., 464
Hook, E.W., 500
Hopwood, N.J., 109
Hormona foliculoestimulante, 98-100, 108, 110-111, 115-116, 126
Hormona liberadora de gonadotropinas, 98-99, 108, 116, 408
Hormona luteinizante, 98-100, 108-110, 116-117, 126
Hormona pituitaria del crecimiento, 108
Hormonas, 97-100
 Amor y, 327
 Como tratamiento para la pedofilia, 427
 Como tratamiento para las variaciones sexuales, 408
 Conducta sexual y, 20
 Sexo y, 221, 223
Hormonas prenatales, 97-102
Hormonas sexuales, 97-100, 115-117
 Depresión y, 122
 Desarrollo puberal y, 268
 Diferencias de género en excitación y, 346
 Efectos organizadores comparados con efectos activadores, 221
 En el varón, 98-99
 En la mujer, 99-100
 Exposición prenatal a, 221
 La píldora y, 169-171
 Menopausia y, 126
 Menstruación y, 121
 Orientación sexual y, 374-375
 Sexo en la vejez y, 304-306
Horney, K., 30
Horowitz, C.R., 77
Horrocks, R., 37
Hotz, V.J., 279
House, C., 339
Houston, L.N., 453
Howey, N., 356
HSC. *Véase* Hiperplasia suprarrenal congénita.
Hsu, B., 232
Hubacher, D., 177
Hucker, S., 404
Huffstutter, P.J., 445
Hughes, J.O., 417-418, 422
Human Rights Watch, 361
Humanismo, 517, 520
Humes, K., 338
Humphreys, L., 64, 371
Hunt, M., 241, 266, 269, 276, 280, 347
Hunter, N., 541, 563
Huston, T.L., 314
Hutchinson, K.A., 223
Hyde, Diputado Henry, 554
Hyde, J.S., 48, 154-155, 295, 335, 341-342, 356, 366, 380
Hynes, H.P., 438-440

Icard, L.D., 380
 Idealismo, 29
 Identidad homosexual, 363
 Identidad sexual, 12, 287, 363
 En comparación con la conducta sexual, 382-384
 Identificación, 33
 Ideología de la procreación, 37
 Ideología relacional, 38
 Ideología terapéutica, 39
 Idolatría fálica, 84
 Iglesia Bautista,
 Homosexualidad e, 529
 Movimiento pro vida e, 527
 Iglesia Católica romana,
 Aborto e, 199, 518, 524-526
 Abuso sexual de miembros del clero e, 518-519
 Anticoncepción e, 185, 187, 518, 524
 Condomes e, 531
 Educación para la sexualidad e, 577-578
 Homosexualidad e, 518, 529
 Sexo premarital e, 523
 Sexualidad en la, 16, 517-519
 Tecnologías reproductivas e, 518
 Iglesia Episcopal,
 Homosexualidad y, 529-530
 Movimiento proelección y, 527
 Iglesia Luterana y movimiento provida, 527
 Iglesia Metodista Unificada y movimiento proelección, 527
 Iglesia Unificada de Cristo y movimiento proelección, 527
 Ilies, R., 431
 Ilkkan, P., 521
 Imágenes de resonancia magnética,
 103, 221-222, 327
 Funcional, 222
 Imitación, 33
 Imperato-McGinley, J., 105
 Impotencia. *Véase* Trastorno eréctil.
 Incesto, 541-542
 Patrones de, 425
 Tabúes del, 9
 Incidencia, 67
 Incidencia acumulativa, 67
 Incompatibilidad del Rh, 159
 Indígenas estadounidenses, 17, 338-339
 Individualismo, 330-331
 Industria sexual, 436, 446
 Inevitabilidad eyaculatoria, 208
 Inexperiencia sexual, 247-248
 Infancia, conducta sexual durante,
 262-265

Infección de transmisión sexual.
 Véase Enfermedades de transmisión sexual.
 Infección por levaduras. *Véase* Monilia.
 Infertilidad, 160-161
 Aspectos psicológicos de la, 161
 Causas, 160
 Tratamiento, 161. *Véase también* Tecnologías reproductivas.
 Infibulación. *Véase* Ablación genital femenina.
 Influencias institucionales sobre la sexualidad, 37-39
 Informe Hite, 46
 Informe Kinsey, 61
 Infundíbulo, 78, 80
 Inhibidores de la proteasa, 493
 Inhibina, 99-100, 117
 Inis Beag, 10-11
 Inmunoanticonceptivos, 201
 Innala, S.M., 397, 399, 403
 Inseminación artificial, 161-162
 Institute of Medicine, 200
 Inteligencia y primer coito, 280
 Interacciones medicamentosas con la píldora, 173-174
 Intereses sexuales infantiles, 568
 Internet, 8, 289, 404
 Atracción e, 315-316
 Leyes contra la pornografía e, 553-554
 Masturbación e, 231
 Pornografía, 447-450
 Salir del clóset e, 363
 Sexo extramarital e, 300
 Intersex Society of North America,
 106-107, 113
 Intersexual, 104, 106-107
 Intimidación, 318-320
 Autodivulgación e, 319
 Medición, 320
 Intrínseca, 476
 Introito, 74, 79
 Inversión parental, 27
 Investigación de correlación, 65-68
 Investigación sexual, 45-70
 Anonimato en, 51
 Desde la perspectiva transcultural, 9-11, 17
 Enfoque de costo-beneficio de, 51-52
 Ética en, 51, 371
 Experimental, 65-66
 Justicia en, 51
 Política contra, 57
 Temas en, 45-52
 Investigadores de la ACSE, 57-58
 Inyección intercavernosa, 477
 Ir abajo o bajarse. *Véase* Sexo oral.
 IRM. *Véase* Imágenes de resonancia magnética.

IRMf. *Véase* Imágenes de resonancia magnética funcional.
 Irvine, J.M., 581, 585
 Islam, sexualidad en el, 520-521
 ISNA. *Véase* Intersex Society of North America.

J

Jaakkola, J., 147
 Jackson, G., 464
 Jacob, K.A., 6
Jacobellis vs. Ohio, 552
 Jacobs, S., 353
 Jacobson, S.W., 145
 Jadack, R.A., 489
 Jaffee, S., 335, 380
 Jamieson, D.J., 191
 Janicek, M.F., 91
 Janokowsky, J.S., 346
 Jantzen, G., 530-531
 Janus, C.L., 46, 293-294, 306
 Janus, S.S., 46, 293-294, 306
 Jay, K., 245, 361
 Jenkins, J.S., 155
 Jenkins, P., 519
 Jenks, R.J., 300
 Jenny, C., 361
 Jensen, G.D., 233
 Jesús, 514. *Véase también* Cristianismo.
 John, E.M., 147
 Johnson, A., 58
 Johnson, B.R., 199
 Johnson, S.D., 466
 Johnson, V. *Véase* Masters y Johnson.
 Johri, A., 464
 Jones, J., 55, 509
 Jones, R.K., 191, 195
 Jorgensen, S.R., 192
 Journal of Midwifery and Women's Health, 141
 Judaísmo,
 Movimiento proelección y, 527
 Sexualidad en el, 513-514
 Juego sexual, 264-265, 267-268
 Juguetes sexuales, 234
 Julien, D., 367
 Jung, P.B., 535
 Justicia en la investigación sexual, 51

K

Kabalin, J.N., 478
 Kafka, M.P., 402
 Kaiser Family Foundation, 270-271, 280, 294, 565-566
 Kaiser, J., 57
 Kalick, S.M., 318

- Kalil, K., 140-141
 Kama Sutra, 521
 Kambic, R.T., 185
 Kamel, H.T., 126
 Kane, E., 166
 Kanin, E.J., 328
 Kantner, J.F., 261-262
 Kaplan, H.S., 212-213, 223, 246, 349, 460-461, 470, 481
 Karama, S., 222
 Karr, R.K., 379
 Keefe, D.L., 221
 Keenan, T., 409
 Kellog, John Harvey, 269
 Kellog, Keith, 269
 Kempf, D.J., 493
 Kendall-Tackett, K., 426
 Kendler, K.S., 374, 426
 Kennedy, Presidente John, 8
 Kennedy, R., 153
 Kennel, J., 154
 Kessler, S., 107, 113
 Keverne, E.B., 224
 Kiecolt, K.J., 289
 Kiernan, K., 288
 Kikuras, A., 444
 Kilmartin, C.T., 129
 Kim, B.S., 16
 Kim, N., 574
 King, M., 421
 King, M.C., 87
 Kinsey, A., 3, 7, 48, 52-56, 63, 211, 231, 261, 268-269, 272-273, 277, 291-292, 342, 347, 349, 368-370, 397, 441
 Kinsey Institute, 58, 60
 Kiragu, K., 77, 485
 Kirby, D., 570, 573, 575, 580
 Kirk, 374
 Kirkpatrick, L., 323, 367
 Kiselica, M., 142
 Klaus, M., 154
 Klebanov, P.K., 124
 Klitzman, R., 559
 Kniffin, K.M., 315
 Koelman, C.A., 160
 Kolata, G., 163
 Kolbenschlag, M., 526
 Kolker, A., 158
 Kolodny, R.C., 466
 Komisaruk, B., 219
 Koonin, L.M., 194
 Korff, J., 344
 Kosnick, A., 529
 Koss, M., 49, 413-416, 419, 421, 424, 434, 541
 Kothari, P., 216
 Kovacs, P., 163-164
 Kraut, R., 49
 Kreimer, A., 487
 Krieger, J.N., 504
 Krimmel, H.T., 532
 Kroeber, A.L., 9
 Kroll, K., 227
 Krüger, T.H., 210
 Kruijver, F., 353
 Kumar, R., 144
 Kunkel, D., 8, 270
 Kurdek, L.A., 365-366
-
- L**
- La Iglesia Evangélica Luterana en EUA, 530
 La Leche League, 156
 Laan, E., 236, 344
 Labios, 73-74, 76-77, 79, 102-103, 207
 Labios externos. *Véase* Labios.
 Labios internos. *Véase* Labios.
 Lackritz, E.M., 492
 Ladillas. *Véase* Piojos púbicos.
 LaFromboise, T.D., 338
 Lagan, P., 427
 Lalumiére, M., 31, 375
 Lamb, M., 154
 Lambert, T.A., 154
 Lamberts, S.W., 126, 128
 Landry, D., 575
 Langer, E.J., 252
 Langfeldt, T., 266
 Lantz, H.R., 38
 Laparoscopia, 190
 Larrson, I., 266
 Larse, P.R., 113
 Larsen, S.A., 503
 Lasker, S., 553
 Latencia sexual, 265
 Latinos/as, 15
 Encuestas sobre sexo, 58-59
 Roles de género entre, 335-337
 Latty-Mann, H., 323
 Laumann, E.O., 2, 7, 10, 14-15, 19, 49, 53-56, 69, 272, 277, 281, 287-289, 291-293, 297, 303, 314, 342, 344, 346, 368-369, 385, 413, 421, 424-425, 441, 460-462. *Véase también* National Health and Social Life Survey.
 Laurenceau, J., 319
 Lavine, H., 452
 Lawrence, A., 301, 355
Lawrence et al. vs. Texas, 543
 Lazo de pareja, 26-27
 Leavitt, F., 246
 Lebacqz, K., 524
 Lebeque, B., 444
 Lechner, S.C., 495
 Ledere, L., 456
 Lee, J.A., 115
 Leeman, L., 150
 Leeman, R., 150
 Legalismo, 511
 Legalización contra despenalización, 548
 Legislación sexual, 537-563
 Imposición de, 547
 Origen étnico y, 556-557
 Reforma de la, 547-562
 Tipos de, 540-547
 Legman, G., 570
 Leiblum, S.R., 161
 Leifer, M., 141
 Leitenberg, H., 232
 LeMagen, J., 224
 Lenguaje corporal. *Véase* Comunicación no verbal.
 Leonard, A.S., 77, 553, 426, 469
 Leptina, 109
 Lerner, H.G., 30, 333
 Lesbiana, 359. *Véase también* Orientación sexual.
 Leshner, A.I., 57
 Lesión a la médula espinal y sexo, 218-219
 LeVay, S., 3, 375, 387
 Levin, R.J., 210
 Levine, C., 332, 352, 531
 Levitas, E., 160
 Levitra, 476
 Levitt, E.E., 397, 477
 Lewis, J., 437
 Lewis, L., 14
 Lewis, R.W., 477
 Ley,
 Como influencia sobre la sexualidad, 39
 Contra la pornografía, 19
 Relacionada con el sexo. *Véase* Legislación sexual.
 Ley de Conducta Homosexual, 543
 Ley de estadounidenses con discapacidades, 559
 Ley de Protección de la Privacidad en Línea, 554
 Ley de rehabilitación vocacional, 559
 Ley de Salud Pública, 554
 Ley del depredador sexualmente violento, 426
 Ley en Defensa del Matrimonio, 545-546
 Leyes Comstock, 539
 Leyes de comercio sexual, 546
 Leyes sexuales. *Véase* Legislación sexual.
 LH. *Véase* Hormona luteinizante.
 Li, K., 147
 Libido, 25, 28
 Libre de niños, 161, 295
 Lieblum, S., 459, 362, 464-465, 472, 475, 479, 481
 Lief, H., 355
 Ligadura de trompas, 190
 Lightfoot-Klein, H., 77
 Liljeros, F., 491
 Lindsey, R., 84
 Linz, D., 455
 Lippa, R., 375, 380
 Líquido amniótico, 137
 Lisak, D., 421
 Liskin, L., 16, 275-276
 Liu, P., 383
 Loeb, T., 426, 469
 Loffreda, B., 360
 Loftus, E., 428-429

- Logro académico y sexualidad, 14
- Lombardi, E.L., 353
- Longo, D.J., 489
- Lonsway, K.A., 424
- LoPiccolo, J., 475
- Louis, R., 288
- Louv, W.C., 171
- Lowery, S., 403
- Lu, M.C., 155
- Lubricación (vaginal), 206, 213
- Luby, E.C., 489
- Luke, B., 144
- Luker, K., 191, 526
- Luo, M., 224
- Lutero, Martín, 516
- Lydon-Rochelle, M., 150
- Lytton, H., 340
-
- M**
- Maass, A., 432
- Maccoby, E., 340
- MacCorquodale, P., 51, 235, 262, 271-272, 274-275, 277
- MacDonald, P.T., 466
- Machismo, 16, 337
- MacLean, P., 220
- MacNamara, D., 541
- Madame, 438. *Véase también*
Prostitución.
- Maddock, J.W., 583
- Madre homoseductora, 376
- Madre sustituta, 162
- Magaña, J.R., 380
- Maguire, D.C., 526
- Mahay, J., 342
- Mahoney, E.R., 452
- Maines, R.P., 234
- Major, B., 197
- Maka, S., 20
- Malamuth, N., 418, 421, 443, 454
- Maletzky, B.M., 401
- Malinowski, B., 7
- Mallory, T., 561
- Maltz, W., 231
- Mamada. *Véase* Felación.
- Mamas, 80-81
Autoexamen de los, 87-88
Cáncer de, 87-90
Desarrollo en la pubertad, 108, 110
Protuberancias en los, 88-89
- Mamografía, 89
- Mangaia, 10-11
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 372, 389
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos, 401
- Marianismo, 16, 337
- Maricón, 359. *Véase también*
Orientación sexual.
- Marihuana,
Como afrodisiaco, 246
Trastornos sexuales y, 466
- Marimacho, 379
- Markman y Floyd, 151, 248, 250-251
- Marquis, 408
- Marshall, D.C., 11
- Marshall, Presidente de la Suprema Corte Margaret H., 544
- Marshall, W.L., 374, 421, 427-428
- Martin, C.L., 36, 263, 339
- Martinson, F.M., 262-265
- Marx, J., 102
- Masculinidad, 335
Violación y, 420
- Masochismo sexual, 389, 397
- Mastectomía, 89
- Masters, W. *Véase* Masters y Johnson.
- Masters y Johnson, 7, 30, 50, 52, 57, 62-64, 84-85, 205-214, 220, 231, 241, 245, 306-307, 459, 467, 471-472, 479-481
Esbozo biográfico, 212-213
Modelo de cuatro etapas de la respuesta sexual, 205-211
- Masterton, G., 237, 294
- Mastitis, 89
- Mastitis fibroquística, 89
- Mastitis quística, 89
- Masturbación, 230-234
A mayor edad, 306
Actitudes hacia, 269-270
Clase social y, 13-14
Como terapia, 475
Con juguetes sexuales, 234
Definida, 11
Desde la perspectiva transcultural, 10-12
Desde la perspectiva transespecie, 19-20
Despertar sexual y, 347-349
Diferencias de género en, 342
Dispositivos a evitar, 5
En la adolescencia, 268-270
En la infancia temprana, 264
En la lactancia, 262-263
En la preadolescencia, 266
En la teoría psicoanalítica, 29
Fantasía y, 233-234
Internet y, 289
Matrimonio y, 293
Medios de comunicación y, 231
Origen étnico y, 230-231
Técnicas de, 231
- Maternidad,
Efectos sobre la relación sexual, 294-295
Origen étnico y, 295
- Mathy, R., 404
- Maticka-Tyndale, E., 321
- Matrimonio,
Amor y, 331-332
Conducta sexual en el, 290-302
De lesbianas y varones gay, 365
Del mismo sexo, 544-546
Frecuencia del coito en el, 290-292
Masturbación en, 293
Patrones sexuales en el, 29
Relación dentro del, 290-297
- Matriz. *Véase* Útero.
- Matsumoto, D., 58, 69
- Matteson, D.R., 385
- Mauck, C., 498
- Maurer, H., 237, 251, 292-294, 297, 299, 306, 399, 447
- May, R., 247
- Mayle, P., 585
- Mazur, A., 81
- McCabe, M., 219
- McCarthy, B., 461, 469, 483
- McCarthy, Senador Joseph, 54-55
- McClintock, M., 223, 226, 265
- McClure, R., 151
- McCormick, N.B., 284
- McCoy, N.L., 127, 171, 226
- McDowell, J., 532
- McEwen, B.S., 103, 327
- McFarlane, J.M., 125
- McGuire, R.J., 32, 392
- McKeganey, N., 441
- McKenna, K., 215, 231, 233, 363
- McKinlay, S.M., 126
- McNeill, J., 519, 529
- McWhirter, D.P., 472
- McWilliams, E., 142
- Mead, M., 7, 341
- Media, 66
- Mediana, 66
- Medicalización de la sexualidad, 38-39
- Medición,
De la excitación sexual, 343
De la intimidad, 320
Del Amor, 328
- Medios,
Análisis de contenido de los, 61-62
Fetichismo de, 390-391
Influencia sobre la sexualidad, 7-8
Masturbación y, 231
Representación del sexo más seguro en los, 8
Socialización y, 340
- Medios con clasificación X, 443-452
- Medios masivos de comunicación,
Sexo premarital y, 282
Sexualidad adolescente y, 270-271
- Médula espinal y sexo, 215-219
- Meese, M.R., 475
- Meese, Procurador General Edwin, 553
- Mehinaku, 11
- Meinhold vs. U.S.*, 544
- Meischke, H., 41
- Melman, A., 478
- Menarca, 108-109
- Menopausia, 125-129
Cambios psicológicos y, 127-128

- Desde la perspectiva transcultural, 10, 123
- En los varones. *Véase* Andropausia.
- Sexualidad y, 127, 304-305, 307-308
- Trastornos sexuales y, 460
- Menstruación, 109, 114-125
- Temperatura corporal basal y, 135
- Véase también* Ciclo menstrual
- Merrick, E.N., 278
- Meseda, C., 489
- Messenger, J.C., 11
- Messer, E., 563
- Meston, C., 17, 479
- Método "bola de nieve", 60
- Método
- Anticonceptivo del calendario, 186
 - De aborto por trabajo de parto inducido, 194
 - De autoentrevista asistida por computadora, 49
 - De los días estándar para la anticoncepción, 186
 - Del diario continuo, 60
 - Del ritmo para la anticoncepción, 185
 - Lamaze de parto, 150-151
 - Por retiro, 185, 521
 - Sintotérmico para la anticoncepción, 187
- Métodos
- anticonceptivos de conciencia de la fertilidad, 185-188
 - hormonales de control natal para varones, 201
- Metotrexato, 195
- Mexicanoestadounidense. *Véase* Latinos/as.
- Meyer-Bahlburg, H., 107, 283, 374
- Meyer, I., 361-362, 372-373
- Meyer, J., 354
- Meyerowitz, B.E., 89-90
- Mezzacapa, E., 156
- MGE. *Véase* Ablación genital femenina.
- Michael, R.T., 21, 53, 69, 236, 282, 292, 313
- Microbicidas, 201
- Microbicidas y VIH, 498
- Micropene, 107
- Mifepristona, 195-196
- Miki, Y., 87
- Milan, R.J., 193
- Milbauer, B., 554
- Milk, Harvey, 360
- Miller, D., 445
- Miller, E., 439
- Miller, J., 440
- Miller, L.C., 27
- Miller, N., 381, 387
- Miller, R.C., 320
- Miller, S., 251, 255
- Miller vs. California*, 552
- Millett, K., 30
- Milligan, G.N., 489
- Miner, M., 408, 410
- Minilaparotomía, 190
- Minto, C., 107
- Miometrio, 80
- Miotonía, 205-208
- Mittelschmerz, 118
- Moco cervical, 118, 133
- Anticoncepción y, 187
- Modelo del intercambio personal, 301
- Modelo médico, 371
- Modelo trifásico de la respuesta sexual, 212-213
- Modelos cognitivo-fisiológicos de la sexualidad, 211-215
- Modificación conductual, 32-33
- Money, J., 7, 104, 106-107, 221, 269, 353
- Monilia, 506
- Monogamia en serie, 281, 287, 381
- Monro, S., 353
- Montagnier, L., 490
- Monto, M., 441
- Montorsi, E., 476-477
- Moore, T., 313, 524, 535
- Morales, A., 128, 464, 475
- Moralismo, 522-523
- Aborto y, 527-528
- Moreland, A., 487-489
- Morell, V., 27, 302
- Morgan, R., 456
- Morgentaler, A., 95
- Morin, J., 244, 361
- Morokoff, P.J., 46, 460
- Morris, N., 459
- Morrison, E., 191-192, 284
- Morris-Rush, J., 153-154
- Morrow, K., 498
- Mortola, J.F., 122
- Moscone, George, 360
- Moser, C., 65, 397
- Moses, S., 84
- Mosher, C., 6
- Mosher, D., 454
- Moss, B.F., 319
- Motivos para tener sexo, 342
- Movimiento Proelección, 525
- Movimiento Provida, 525, 555-556
- MTV, 270
- Mueller, G.O.W., 542
- Muestra (muestreo), 45, 59, 63
- 100 por ciento, 52
 - Aleatoria, 45
 - Conveniencia, 46
 - Encuestas con base en la red y, 49
 - Probabilidad, 45-46, 52-53
- Muestra aleatoria, 45
- Muestreo de vellosidad coriónica, 158-159
- Muestreo probabilístico, 45-46, 52-53
- Mulders, T., 175
- Mullen, P., 324-325
- Muller, J., 307
- Murnen, S.K., 342, 420
- Murray, S., 12
- Músculo pubococcígeo, 79, 475
- Músculos del piso pélvico, 79, 90
- Música y sexo, 237
- Mustanski, B., 49
- Musulmanes,
- Inciación de los genitales entre, 76, 77, 84
 - Sexualidad y, 3, 520-521
- Mutilación genital femenina. *Véase* Ablación genital femenina.
- Myers, B. J. 154
-
- ## N
- Nacimiento. *Véase* Parto.
- Nacimiento prematuro. *Véase* parto pretérmino.
- Nacimiento vaginal después de cesárea, 150
- Nanda, S., 353
- Nanula, P.J., 558-559
- Narod, S.A., 147
- National Abortion Federation, 556
- National Center for Health Statistics, 155, 159
- National Gay and Lesbian Task Force, 365
- National Health and Social Life Survey, 53-56, 58-59, 69, 230, 281, 287-289, 291-293, 297, 303, 313-314, 342, 344, 368-369, 380-383, 413, 421, 424-425, 441, 460-462. *Véase también* Laumann, E.O.
- National Institutes of Health, 57, 126
- National Opinion Research Center, 297, 360
- National Survey of Family Growth, 273-274
- National Survey of Men, 287
- Nativos estadounidenses. *Véase* Indígenas estadounidenses.
- Náuseas matutinas, 138-139
- Necrofilia, 405
- Neeson, Liam, 55
- Negros. *Véase* Afroestadounidenses; Origen étnico
- Neiger, S., 245
- Neimman, Y., 335-336
- Nelson, J.B., 441, 511-512, 524, 528, 535
- New York vs. Ferber*, 553
- NHSLS. *Véase* National Health and Social Life Survey.
- NIH. *Véase* National Institutes of Health.
- Nilsson, A.L., 166
- Ninfomanía, 401-402. *Véase también* Hipersexualidad.
- Niños,
- Hijos de padres gay y madres lesbianas, 367-368
 - SIDA y, 494
- No progresores, 495, 497-498
- Noductomía, 89

- Noll, J.,
 Noller, P., 248
 Normas culturales de la sexualidad premarital, 274-276
 Norris, A., 58
 Noss, J.B., 521
 Notzon, F.C., 150
 Novak, E., 209
 Novak, E.R., 209
 Nsiah-Jefferson, L., 556
 Nuevo Testamento, 514-515. *Véase también* Biblia.
 Nulman, I., 147
 Nutrición durante el embarazo, 144-145
 NVDC. *Véase* Nacimiento vaginal después de cesárea.
-
- O**
- O. C., The, 193
 O'Brian, S., 560-561
 O'Shea, P.A., 146, 158
 O'Sullivan, L., 283, 316
 O'Connor, A., 145, 401
 O'Hara, M.W., 153
 O'Hare, E.A., 431
 Obesidad y trastornos sexuales, 470
 Obscenidad 443
 Ley contra la, 546-547, 552-553
 Observación directa, 50, 62-64
 Obtención del orgasmo. *Véase* Orientación a metas en el sexo.
 Obzrut, L., 142
 Ochs, E.P., 49
 Oesterling, J.E., 92, 128
 Ogletree, S.M., 346
 Okami, P., 264-265
 Okazaki, S., 16-17
 Okwumabua, T.M., 582
 Olfato y sexo, 223-226
 Oliver, M.B., 342
 Olores y sexo, 236-237
 Olson, B., 340
 Olsson, S., 350, 353
 Ooforectomía, 92, 223, 305
 Oosterhuis, H., 7
 Operación cesárea, 149-150
 Vinculación madre-lactante y, 154
 Opiáceos y trastornos sexuales, 466
 Orden de nacimiento y orientación sexual, 374
 Órgano vomeronasal, 224-225
 Órganos análogos, 103
 Órganos homólogos, 103
 Órganos sexuales, 71-95
 Cáncer de los, 87-94
 Desarrollo prenatal de los, 100-105
 Femeninos, 72-81
 Masculinos, 81-87
- Orgasmo, 208-209
 Clitorídeo *versus* vaginal, 30, 210
 Como sustantivo o verbo, 17
 Consistencia del, 344
 Desde la perspectiva transcultural, 11
 Desde la perspectiva transespecie, 21
 En la lactancia, 262
 Múltiple, 211
 Seco, 216-217
 Simulación, 209
 Trastornos del, 461-462
 Uterino, 220
 Vaginal, 30
 Orientación a metas en el sexo, 246-247, 471
 Orientación genética, 158
 Orientación sexual, 359-387
 Actitudes hacia, 359-362
 Alteración, 373
 Conceptualización, 370
 Desarrollo de la, 287
 Desde la perspectiva transcultural, 12, 17, 19, 34, 378-38
 Desde la perspectiva transespecie, 20
 Discriminación y, 543
 Ejército y, 543-544
 En Grecia antigua, 3
 Encuestas sobre, 59-61
 Fantasías y, 233
 Investigación acerca de, 371-373
 Orden de nacimiento y, 374
 Relaciones padre-hijo y, 376-377
 Salud mental y, 370-373
 Teoría del aprendizaje de, 377
 Teoría interaccionista de, 377-379
 Teoría sociológica de, 379
 Teorías acerca de, 373-380
 Teorías biológicas acerca de, 374-375
 Teorías psicoanalíticas de, 375-377
 Transexualidad y, 352
 Origen étnico,
 Aborto y, 17, 556
 Actitudes hacia el sexo casual y, 342
 Atractivo físico y, 314
 Cáncer y, 92
 Conducta sexual y, 58-59
 Desarrollo sexual y, 283
 Embarazos adolescentes y, 278
 Estado civil y, 289
 Estereotipos de género y, 335-339
 Leyes sexuales y, 556-557
 Masturbación y, 230-231
 Maternidad y, 295
 Orientación sexual y, 380-383
 Prostitución y, 437
- Roles de género y, 59, 335-341
 Sexo extramarital y, 297
 Sexo premarital y, 273-276, 281
 Sexualidad y, 14-17
 SIDA y, 298-299, 494-495
Swinging y, 300
 Trastorno orgásmico y, 462
 Violación y, 422-423
 Osman, S.L., 417
 Østensen, M., 146
 Osteoporosis, 126
 Otto, H.A., 255
 Ovario(s), 78, 80, 90, 98-110, 102-103
 Cáncer de los, 91-92
 Descenso del, 102
 Extirpación del, 305
 Ovulación, 115-119
 Pruebas caseras de la, 187
 Temperatura corporal basal y, 135
 Óxido nítrico, 205
 Oxitocina, 99, 155, 210
 Amor y, 327
-
- P**
- Packer, H.L. 538, 547
 Padma-Nathan, H., 476
 Page, D.C., 100
 Paige, K., 122
 Pakenham, K., 495
 Palace, E.M., 470
 Panocha. *Véase* Vagina; Vulva.
 Papa Juan Pablo II, 518-519, 526
 Papa Paulo VI, 524
 Papa Pío IX, 526
 Paperas, 86
 Paradigma del acoso computarizado, 432
 Parafilia, 389, 427. *Véase también* Variaciones sexuales.
 Paraplejía. *Véase* Lesión a la médula espinal y sexo.
 Paredes, R., 221
 Parentesco, 42
 Parents Television Council, 270
 Parición. *Véase* Parto.
 Park, K., 221
 Parker, G., 539
 Parker, S., 284
 Parlee, M.B., 120
 Parnas, R., 551
 Parrinder, G., 514-515, 521, 535
 Parto, 147-152
 En el hogar, 152
 Etapas del, 147-149
 Medicación durante el, 151-152
 Natural, 150
 Opciones de, 150-152
 Preparaciones para el, 143
 Pretérmino, 159-160
 Patrick, D., 299
 Patterson, C.J., 367

- Paul, E., 282, 554
 Paulson, R., 160
 Pavlov, I., 31
 Pecado original, 517, 521
 Pederastia, 512-513
 Pederson, W., 28
 Pedofilia, 57, 389, 327, 451
 Peleas justas, 255-256
 Películas de pornografía
 dura, 445
 Pelotas, *Véase* testículos.
 Pene, 81-85
 Cáncer del, 92
 Comparado con el clítoris, 73
 Envidia del, 29
 Estimulación del, 235-236
 Reasignación de género y,
 351, 353
 Pensamientos sexuales invasivos, 234
 Peplau, L.A., 344, 367, 379-380
 Perez, M., 92
 Perimetrio, 80
 Perineo, 74
 Periodo prenatal, 97, 100-105
 Periodo refractario, 210-211, 213, 305
 Perkins, D.E., 274
 Perkins, R., 437
 Perlman, D., 318
 Perrin, E., 368
 Perry, C.D., 546
 Perry, J.D., 217, 220
 Perspectiva evolutiva. *Véase*
 Psicología evolutiva;
 Sociobiología
 Perspectiva transcultural,
 Aborto en, 198-199
 Amor en, 330-332
 Educación para la sexualidad
 en, 569
 Educación sexual en, 10
 Género en, 105
 Inconformidad con el género
 en, 379
 Investigación sexual en, 9-11,
 17-18
 Masturbación en, 10-12
 Menstruación en, 123-124
 Orientación sexual en, 12, 17,
 19, 34
 Pubertad en, 111-112
 Sexo a edad avanzada en, 306
 Sexualidad en, 8-19
 Técnicas sexuales en, 9-11
 Perspectiva transespecie,
 Homosexualidad en, 20
 Masturbación en, 19-20
 Sexualidad en, 18-21
 Perspectivas sociológicas sobre la
 sexualidad, 38-39, 379
 Perspectivas teóricas sobre la
 sexualidad, 24-43
 Persson, G., 307
 Perversa polimorfa, 375
 Perversión. *Véase* Variaciones
 sexuales.
 Peterson, J., 380
 Peterson, K., 546
 Peterson, M., 352
 Petkovich, A., 445
 Pezón, 80-81
 Pfeiffer, E., 304, 306, 308
 Phelps, J., 219
 Phibbs, C.S., 146
 Phoenix, C.H., 221
 Phoolcharoen, W., 496
 Piaget, J., 262
 Piccinino, L.J., 170
 Pick, S., 584
 Píldora trifásica, 174
 Píldoras anticonceptivas
 combinadas, 169-174
 Efectividad, 170-171
 Efectos secundarios de,
 171-172
 Interacciones medicamentosas,
 173-174
 Píldoras de sólo progestina
 contra, 174
 Píldoras trifásicas contra, 174
 Reversibilidad de, 173
 Riesgos de las, 171-172
 Ventajas y desventajas,
 172-173
 Píldoras que sólo contienen
 progestina, 174
 Pillard, R., 353, 373-374
 Phillip, M., 109
 Piojos públicos, 504-505
 Pithers, W.D., 421
 Pito. *Véase* Pene.
 Pittenger, N., 529
 Pittman, E., 297
 Placenta, 136
 Plan B. *Véase* Anticoncepción
 de urgencia.
 Planes curriculares de sólo
 abstinencia, 570-574
Planned Parenthood Federation of
America vs. Ashcroft, 555
Planned Parenthood vs. Casey, 548,
 554-555
 Plant, T.M., 99
 Plataforma orgásmica, 208-210
 Pluralismo, 522-523
 Aborto y, 527-528
 Poesía humorística,
 Acerca de las glándulas de
 Bartholin, 74
 Acerca del exhibicionismo, 400
 Acerca del pene, 85
 Poliamor, 302
 Poligamia, 514, 520
 Pollack, A., 533
 Pomeroy, W., 52-53, 368, 393
 Population Information
 Program, 189
 Porno infantil, 450-451
 Pornografía, 442-455
 Computarizada, 447-450, 453
 Consumidores de, 452
 Efectos de la, 453-455
 Infantil, 449-450
 Leyes contra, 552-553
 Masturbación y, 231
 Objeciones feministas hacia
 la, 453
 Roles de género y, 453
 Tipos de, 443-452
 Posición
 De la mujer arriba, 239-240
 De lado, 241
 De penetración posterior,
 240-241
 Del hombre arriba, 238-239
 Del misionero. *Véase* Posición
 del hombre arriba.
 Posner, R., 450, 538, 540-542, 546
 Posparto,
 Depresión durante, 153-154
 Periodo, 153-154
 Sexo durante, 154-155
 Tabú del sexo durante, 10, 11
 Postura de la Iglesia Ortodoxa Griega
 en cuanto al aborto,
 198-199
 Potts, A., 477
 Powdermaker, H., 11-12
 Prather, R., 163
 Preadolescencia, conducta sexual en,
 265-268
 Preeclampsia, 157, 160
 Prejuicio antigay, 360
 Prempro, 126
 Prepucio, 82-84
 Presentación de nalgas, 138, 149
 Presentación en el trabajo de parto,
 138, 149
 Presidente
 Clinton, 8, 270, 532-533, 543-545
 G.H.W. Bush, 555
 G.W. Bush, 57, 545, 555,
 557, 574
 Kennedy, 8
 Regan, 555
 Roosevelt, 459
 Price, J., 233
 Primates, 19-21
 Primer coito, 276
 Primer trimestre del embarazo, 137
 Primera etapa del trabajo de parto,
 148
 Primíparas, 151
 Primordio uretral, 103
 Principio de realidad, 28-29
 Principio del placer, 28-29
 Problema de negativa o falta de
 respuesta, 46
 Proctitis, 486
 Profecía autocumplida, 379
 Profeta Mahoma, 520-521
 Progesterona, 80, 92, 97-99, 108, 116-
 118, 121, 137-138, 147
 Prolactina, 99, 142, 155, 210
 Amor y, 327
 Trastornos sexuales y, 464

- Promedio, 66-67
 Promesa de castidad, 572
 Proporción cintura-cadera, 28
 Prostaglandinas, 119, 194
 Próstata, 86-87, 103, 111
 Agrandamiento de la, 128
 Cáncer de la, 92
 Cirugía y trastornos sexuales, 464
 Extirpación de la, *Véase*
 Prostatectomía.
 Próstata femenina. *Véase* Punto de
 Gräfenberg.
 Prostatectomía, 306
 Prostatitis, 506
 Prostitución, 436-442
 Ámbitos de, 436-437
 Leyes contra, 546
 Penalización de, 551
 Sexo premarital y, 276-277
 Protección equitativa, 549
 Prótesis peniana, 478
 Protestantismo, sexualidad en, 516-
 517
 Proxeneta, 437 *Véase también*
 Prostitución.
 Proyecto SIGMA, 60
 Prueba de Papanicolaou, 90-91
 Prueba del helecho, 118
 PSA (Antígeno prostático específico),
 92
 Psicología evolutiva, 28
 Puar, J., 364
 Pubertad, 105-112
 Desde la perspectiva
 transcultural, 111-112
 Publicidad, sexo en la, 450-452
 Punto de Gräfenberg, 217
 Punto G, 79-80, *Véase* Punto de
 Gräfenberg.
 Puritanos y sexualidad, 19, 517
 Purnine, D., 250, 254
 Putas, 436. *Véase también*
 Prostitución.
-
- Q**
- Quadagno, D., 121, 289, 307
 Qualls, C.B., 406
 Quimocinas, 498
 Quinn, T.C., 491
 Quittner, J., 316
-
- R**
- Rachman, S., 392
 Rafaelli, M., 15-16, 337
 Ragona, S., 553
 Raine, N.V., 434
 Rawlins, D., 2
 Raymond, E., 183, 408
 Raza. *Véase* Origen étnico
 Reamy, K.J., 144
 Rechazo, 528-529
 Recompensas,
 Atracción y, 317
 Condicionamiento operante
 y, 32
 Reconducimiento orgásmico,
 408-409
 Rector, R., 571
 Recuerdos,
 Autoinformes y, 47
 Falsos contra recuperados,
 428-429
 Recuperados, 428-429
 Reddy, K.J. 488
 Reforzamiento y atracción, 317
 Regan, Presidente Ronald, 555
 Región de determinación del sexo en
 el cromosoma Y, 100, 102
 Regla de Nägele, 140
 Reichert, T., 451
 Reid, P.T., 14, 336-338
 Reinharz, S., 61
 Reizenzein, R., 329
 Reiss, I., 41-42, 262, 277, 349, 379
 Relación dedo-longitud, 375, 380
 Relación marital, 290-297
 Relaciones sexuales,
 Comunicación en, 248-257
 Entre lesbianas y varones gay,
 375-370
 Relativismo cultural, 77
 Religión,
 Incisión de los genitales y,
 76-77, 84
 Legislación sexual y, 538
 Sexualidad y, 3-4, 37, 511-536
 Renaud, C., 301
 Renne, E.P., 198-199
 Repke, J.T., 145
 Reportes noticiosos y
 sexualidad, 8
 Respeto al sexo, 571-572
 Respuesta sexual,
 Ciclo de la, 205-210
 Control cerebral de, 220-221
 Discapacidad y, 218-219
 Fisiología de la, 62-64
 Retardo en el desarrollo, 218-219
 Retrovirus, 491
 Reuther, R., 519, 526
 Revistas,
 Encuestas, 59
 Pornográficas, 443-445
 Socialización y, 340
 Reynolds, 267
 Rice, B., 308
 Rice, G., 374
 Rich, F., 446
 Richardson, J.D., 464
 Riesgo cardiovascular y conducta
 sexual, 307
 Rigdon, S., 199
 Rimm, M., 448-449, 456
 Rind, B., 426
 Riportella-Muller, R., 305, 308
 Rituales de cortejo, 26
 Roberson, B., 316
 Roberts, C., 488
 Roberts, D., 8, 556
 Robertson, D., 160
 Robertson, J., 560-561
 Robertson, S., 495
Roe vs. Wade, 548, 555
 Rohypnol, 418
 Rol de espectador, 468, 471
 Roles de género, 16, 335
 Desarrollo de los, 35-36
 Diferencias de género en
 sexualidad y, 346-347
 Emoción y, 341
 Matrimonio y, 290
 Orientación sexual y, 378-383
 Origen étnico y, 335-339
 Variaciones sexuales y, 398
 Violación y, 418
 Romer, D., 66, 261, 266
Roofie. *Véase* Rohypnol.
 Roosevelt, Presidente Franklin
 Delano, 459
 Root, M., 338
 Rosaldo, M., 340
 Rosario, M., 267
 Roscoe, B., 319, 324
 Rosen, R., 459, 362, 372, 464-465,
 472, 475-477, 479, 481
 Rosenberg, E.S., 495
 Rosenberg, L., 126
 Rosler, A., 427
 Ross, M., 126, 299, 372
 Roth, D., 35, 214
 Rothbaum, B.O., 414
 Rothblum, E., 362-363, 372
 Rottello, G., 364
 Rowland, D.L. 216
 Rozée, P.D., 424
 RU-486, 195-196, 203
 Ruan F., 17-19
 Rubin, L.B., 128, 225, 315, 328,
 341
 Ruble, D., 36, 124
 Rubor sexual, 208
 Rusbult, C., 35
 Russell, D., 418, 443
 Rust, P.C., 380, 383
 Ruth, S., 16
 Rylko-Bauer, B., 199
-
- S**
- Sadismo sexual, 389, 396
 Sadock, B.J., 242
 Sadock, V.A., 242
 Sadomasoquismo, 65, 389,
 396-399

- Saegert, S., 313
 Sagarin, E., 400
 Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 523
 Salamon, E., 441
 Salgado de Synder, 337
 Salir del clóset, 363
 Saliromanía, 405
 Salón de masajes, 437
 Saltik-Temizel, 504
 San Agustín, 515
 San Pablo, 515, 528
 Sanday, P., 419-420
 Sanders, G., 565
 Sanger, Margaret, 172-173, 203
 Santen, R.J., 102
 Santo Tomás Aquino, 525
 Santtila, P., 397
 Sarrel, L., 290, 296, 311
 Sarrel, P., 290, 296, 311
 Satcher, Secretario de Salud David, 571
 Satiriasis, 401-402. *Véase también* Hipersexualidad.
 Savage, O., 14
 Savin-Williams, R., 372
 Sbraga, T., 431
 Schachter, S., 329
 Schaefer, M.T., 320
 Schaffer, H.R., 263
 Schatz, B., 558-559
 Schenker, J.G., 156-157
 Scherwin, 223
 Schiavi, R.C., 305-306
 Schieffelin, E.L., 382
 Schlenker, J.A., 340
 Schmitt, D., 318, 344, 349
 Schneider, E., 532
 Schooley, R.T., 495
 Schroeder, P., 77
 Schubach, G., 217
 Schulman, M., 389
 Schultz, W., 222
 Schultz, W.C.M., 79
 Schwartz, L., 147
 Sciarra, J.J., 160
 Scott, J.P., 21
 Segraves, R.T., 465-467, 470
 Segunda etapa del trabajo de parto, 148
 Seinfeld, Jerry, 72
 Selección
 De la pareja, 25-26, 331
 Intersexual, 27
 Intrasexual, 27
 Natural, 25-28
 Sexual, 27
 Sell, R., 369
 Semple, S.J., 466
 Sensibilización encubierta, 408
 Señalización sexual, 20
 Servicio a domicilio, 437
 Servicio de acompañantes, 437. *Véase también* Prostitución.
 Sesenta y nueve, 243-244
 Sesgo del voluntario, 46
 Setty-Venugopal, V., 169
 Seudociosis, 157
 Seudohermafrodita. *Véase* Intersexual
 Sexo,
 Definición, 3
 En comparación con género, 2-3
 Género en comparación con, 350
 Sexo asual, diferencias de género en las actitudes hacia, 342
 Sexo centrado en el cuerpo, 349
 Sexo centrado en la persona, 349
 Sexo consensual, criminal, 542-546
 Sexo en la publicidad, 450-452
 Sexo entre psicoterapeuta y paciente, 432
 Sexo extramarital, 297-302
 Actitudes hacia, 297
 Desde la perspectiva transcultural, 12
 Evolución y, 301-302
 Origen étnico y, 297
 Teoría de la equidad de, 300-301
 Sexo marital,
 Frecuencia de, 290-291, 293
 Maternidad y, 294-295
 Satisfacción con el, 293-294
 Técnicas de, 291-292
 Sexo oral, 241-244. *Véase también* Cunilingus; Felación
 Clase social y, 13-14
 Enfermedades de transmisión sexual y, 242-243
 Sexo posmarital, 302-303
 Sexo premarital,
 Actitudes hacia, 277, 280
 Con una prostituta, 276-277
 Desarrollo del ciclo vital y, 272-282, 273-276
 Desde la perspectiva transcultural, 10-12, 19
 Diferencias de género en actitudes hacia, 342
 Ética, religión y, 523-524
 Motivos para, 281
 Técnicas en, 277
 Sexo telefónico, 447
 Sexo y la ciudad, 193, 288
 Sexoservidores,
 Bienestar de, 439-440
 Clientes de, 441
 Investigación acerca de, 57
 Profesión de, 438-439
 Varones, 441-442
 Sexoservidores comerciales, 436. *Véase también* Prostitución.
 Sexualidad,
 Desde la perspectiva transcultural, 8-19
 Discapacidad y, 218-219
 Menopausia y, 127
 Sexualidad masculina, 348
 Sexuality Information and Education Council of the United States, 565-567, 571, 577, 585.
 Shabsigh, R., 477
 Shandera, K.C., 478-479
 Shapiro, C., 504
 Shapiro, E.D., 532-533
 Shapiro, H.T., 560-561
 Sharpstein, D.J., 325
 Shattuck-Eidens, D., 87
 Sheff, E., 302
 Shepard, Matthew, 360-361
 Sherrard, J., 500
 Sherwin, B.B., 304
 Shostak, A., 197
 Shouvin, D.P., 553
 SIA. *Véase* Síndrome de insensibilidad a los andrógenos.
 SIDA. *Véase* Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
 SIECUS. *Véase* Sexuality Information and Education Council of the United States.
 Siegel, K., 49, 299
 Sífilis, 485, 501-504
 Congénita, 503
 Diagnóstico de la, 503
 Eliminación de la, 503-504
 Etapa primaria de la, 502-503
 Etapa secundaria de la, 503
 Latente, 503
 Síntomas de la, 502-503
 Tardía, 503
 Tratamiento de la, 503
 Signorielli, N., 340
 Signorile, M., 364
 Siker, J., 528
 Silbaugh, K., 552
 Sildenafil. *Véase* Viagra.
 Silvestre, L., 195
 Simon, W., 40, 43
 Simpson, J.A., 323, 328
 Sin hijos, 161
 Sincronía menstrual, 226
 Síndrome adrenogenital. *Véase* Hiperplasia suprarrenal congénita.
 Síndrome alcohólico fetal, 145-146
 Síndrome de insensibilidad a los andrógenos, 97, 105-106

- Síndrome de Klinefelter, 100
 Síndrome de Peggy Lee, 276
 Síndrome de recuerdos falsos, 428-429
 Síndrome de Reiter, 486
 Síndrome de shock tóxico, 117-118, 178
 Síndrome del nido vacío, 127-128
 Síndrome premenstrual, 120-123
 Singer, D.B., 146, 159
 Singh, D., 28
 Sipe, A.W., 519
 Sipski, M.L., 219, 464
 Sistema límbico, 220-222
 Sitios Web para adultos, 449-450
 Situacionismo, 511
 Skaletsky, H., 100
 Skinner, B.F., 32
 S/M. *Véase* Sadomasoquismo.
 Small, M., 20-21
 Smallwood, G., 175
 Smith, G., 307
 Smith, J., 92
 Smith, T., 273, 290-291, 298, 303, 573
 Smyth, L.J.C., 488
 Socialización, 16, 38
 Rol de género, 337, 339-341, 393
 Sociobiología,
 Atracción y, 317-318
 Definición, 25
 Eyacuación precoz y, 25-28
 Sexo extramarital y, 30
 Sexualidad y, 25-28
 Sodoma, 528
 Sodomía, 542-543
 Leyes contra, 542-543
Soixante-neuf, 243-244
 Soley y Kurzbard, L., 451
 Solms, M., 31
 Solteros, 287-289
 Sommers-Flanagan, R., 370, 447
 Sorensen, R.C., 269, 271, 281
 Sorenson, S.B., 422, 434
 Spalding, L.R., 385
 Spark, R.F., 223
 Spears, Brittany, 8
 Spector, I., 462-463, 472
 Spitz, I., 195
 Spitz, R., 262
 SPM. *Véase* Síndrome premenstrual.
 Sprecher, S., 276, 281, 291, 253, 316, 346
 SRY. *Véase* Región de determinación del sexo en el cromosoma Y.
 Staks, K., 265, 272, 284
 Stanton, A., 120-121, 124, 128
State of Tennessee vs. Pamela Denise Wiser, 559
 Steinberg, L., 107, 113
 Steinem, G., 335
Stenberg vs. Carbart, 555
 Steptoe, P., 163
 Sternberg, R., 321-323, 326-327, 333
 Stevenson, M., 12
 Steward, Juez Potter, 552
 Stiles, W., 320
 Stodghill, R., 580
 Stohl, Ellen, 219
 Stone, K.M., 492
 Stoneburner, R., 496, 499
 Storey, A.E., 142
 Storms, M., 369-370
 Straus, M., 418-419
 Strickland, B.R., 368
 Striegel-Moore, R., 140-141
 Strong, C., 532, 560
 Struckman-Johnson, C., 421-422
 Stryker, S., 39
 Subincisión, 84
 Sudarkasa, N., 14, 336
 Sueños húmedos. *Véase* Emisiones nocturnas.
 Superincisión ritual, 10-11
 Superyó, 28-29
 Sustituto sexual, 409
 Swaab, D., 103, 375
 Swedloff, R., 160
Swinging, 298-300
 Swygaard, H., 504
 Symons, D., 25
 Szasz, T., 270, 371, 480
-
- T**
- Tabaquismo,
 Durante el embarazo, 146-147
 Infertilidad y, 160
 Trastornos sexuales y, 470
 Taberner, P., 245-246
 Tableros de anuncios comerciales, 448
 Tácticas de retención de la pareja, 296
 Taffel, S., 150
 Tafoya, T., 17, 339
 Taish, A., 207
 Talamini, 393, 396
 Tamoxifeno, 89
 Tampones y síndrome de shock tóxico, 117-118
 Tan, R., 128
 Tanfer, K., 281
 Tannen, D., 249, 259
 Tanner, J.M., 249, 259
 Taoísmo y sexualidad, 18
 Tasa de fracaso, 170
 Tasas de recaída, 427
 Taub, N., 560-561
 Taylor, H., 8, 498
 TDPM. *Véase* Trastorno disfórico premenstrual.
 Teachman, J.D., 37
 Técnica de exprimido, 475
 Técnica de parada-arranque, 474-475
 Técnica del observador participante, 64-65
 Técnicas sexuales,
 Desde la perspectiva transcultural, 9-11
 Diferencias de género en sexualidad y, 347
 Variaciones en, 9
 Tecnologías reproductivas, 161-165
 Ética, religión y, 531-533
 Leyes relacionadas con, 557, 560-562
 Tedeschi, 416
 Teena, Brandon, 355
 Telenovelas y sexualidad, 8
 Televisión
 Género y, 340
 Sexualidad y, 8, 270-271
 Temperatura corporal basal, Anticoncepción y, 186-187
 Ciclo, 135, 138
 Templeman, T., 390
 Teoría de dos componentes del amor, 329-330
 Teoría de la desorganización social para la violación, 419
 Teoría de la equidad, 300-301
 Teoría de la interacción simbólica, 39-40
 Teoría de la vinculación acerca del amor, 323, 326
 Teoría de toma de decisiones y anticoncepción, 191
 Teoría del aprendizaje,
 Atracción y, 317
 Fetichismo y, 392
 Orientación sexual y, 377
 Sexualidad en, 31-34
 Zoofilia y, 405
 Teoría del aprendizaje social, 8, 33-34
 Teoría del intercambio social, 33-35
 Teoría interaccionista, 377-379
 Teoría psicoanalítica,
 Desarrollo psicosexual en, 29-30
 Evaluación de, 30-31
 Orientación sexual y, 375-377
 Parafilias y, 393
 Pene en, 85
 Sexualidad y, 28-31
Véase también Freud, S.
 Teoría triangular del amor, 321-323

- TEP. *Véase* Tomografía de emisión de positrones.
- TEPT. *Véase* Trastorno por estrés postraumático.
- Terapia cognitiva conductual,
Como tratamiento de las variaciones sexuales, 408
Como tratamiento de trastornos sexuales, 472
Como tratamiento para la pedofilia, 427-428
- Terapia conductual para trastornos sexuales, 471
- Terapia de aversión, 32-33
- Terapia de conversión, 373
- Terapia de pareja para trastornos sexuales, 472-473
- Terapia de reemplazo de estrógeno. *Véase* Terapia de reemplazo hormonal.
- Terapia de reemplazo hormonal, 92, 126, 304
- Terapia de reparación, 373
- Terapia hormonal, reasignación de género y, 352
- Terapia para las variaciones sexuales, 407-410
- Terapia sexual,
Críticas a la, 479-481
En la época del SIDA, 481
En línea, 481
- Terapias biomédicas, 475
- Teratógeno, 145, 158
- Tercera etapa del trabajo de parto, 149
- Terman, L., 53, 211
- Testículos, 85-86, 98-100, 102-103
Autoexamen de los, 93
Cáncer de los, 93-94
Desarrollo puberal de los, 108
Descenso de los, 102-103
- Testosterona, 85, 92, 97-99, 102, 105, 108-111, 121, 127, 221
Desarrollo puberal y, 268
Deseo sexual y, 223
Pedofilia y, 427
Trastornos sexuales de la mujer y, 476
- Thibaut, J., 34
- Thielicke, H., 516
- Thomas, Clarence, 429-430
- Thomas, S., 495
- Thompson, A.P., 297
- Thorne, B., 267
- Thorne, N., 224
- Thornton, M.C., 15
- Thorpe, 405
- Thrush, 506
- Tiefer, L., 39, 211-212, 227, 478, 480, 483
- TIFC. *Véase* Transferencia intrafalopiana de cigotos.
- TIFG. *Véase* Transferencia intrafalopiana de gametos.
- Timmerman, G., 432
- Título IX, 432
- Tjaden, P., 413
- Todd, M.L., 4
- Tomografía de emisión de positrones, 222
- Tone, A., 203
- Toomey, Representante Patrick, 57
- Toubia, N., 77
- Touchette, N., 84
- Townsend, J.W., 169
- Trabajo de parto. *Véase* Parto.
- Traditional Values Coalition, 57
- Tráfico sexual, 438
- Tranquilizantes,
Durante el parto, 152
Trastornos sexuales y, 466-467
- Transexual mujer a varón, 350-353
- Transexual varón a mujer, 350-353
- Transexualidad, 349-355, 393
- Transferencia intrafalopiana de cigotos, 163
- Transferencia intrafalopiana de gametos, 163
- Transferencia nuclear de células somáticas, 532-533
- Transformista femenino, 393
- Transgénero, 349-355
- Transición, 148
- Trastorno disfórico premenstrual, 121
- Trastorno eréctil, 460, 463-464
- Trastorno eréctil adquirido, 460
Consideraciones psicológicas, 495
Discriminación y, 559
Educación en referencia al, 574
En Tailandia, 496
Ética, religión y, 530-531
Género y, 494
Leyes relacionadas con el, 558-559
Niños y, 494
No progresores, 495-496
Origen étnico y, 494-495
Progreso de las investigaciones acerca del, 495
Sexo más seguro y, 499
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, 485, 489-500
Vacuna contra el, 495
- Trastorno eréctil permanente, 460
- Trastorno orgásmico adquirido, 462
- Trastorno orgásmico femenino, 462, 464, 480
- Trastorno orgásmico masculino, 461-462, 464
- Trastorno orgásmico permanente, 462
- Trastorno orgásmico situacional, 462
- Trastorno por aversión al sexo, 460
- Trastorno por estrés postraumático, 415-416, 421
- Trastornos de la excitación sexual en la mujer, 460
- Trastornos del deseo, 459-460
- Trastornos orgásmicos, 461
- Trastornos sexuales, 459-483
Adquiridos, 459
Causas de, 463-470
Causas psicológicas, 467-470
Evitación, 482
Factores cognitivos, 467-468
Factores emocionales, 470
Modelo trifásico de Kaplan y, 213
Permanente, 459
Terapias para, 470-479
Tipos de, 459-463
Tratamiento para, 470-479
- Trato de salón de té, 64, 371, 384
- Traven, S., 393, 409
- Travestis femeninos, 393, 396
- Travestis masculinos, 393
- Travestismo, 352-353, 389, 392-393, 396
Teorías del, 393
- Travestista, 350. *Véase también* Travestismo
- Treiman, K., 177
- TRH. *Véase* Terapia de reemplazo hormonal.
- Triandis, 330
- Tribadismo, 245
- Tribe, L.H., 563
- Tricomoniasis, 504
- Trimestres del embarazo, 136-142
- Troilismo, 405
- Trompa de Falopio, 78, 80, 90, 103, 133
- Truitt, W.A., 216
- Trussell, J., 175, 273
- Tsai, M., 338
- Tuaolo, Esera, 363
- Túbulos seminíferos, 85-86, 133
- Tullman, G., 472
- Tumescencia. *Véase* Erección.
- Turismo sexual, 442
- Turkle, S., 447
- Tutin, C.E.G., 464
- Tutuer, W., 400

U

- Udry, J.R., 219, 223, 276, 315
- Ulmann, A., 195, 203, 423
- Ulrichs, 444
- Unitarios, 530
- Upchurch, D., 273
- UPI, 246
- Uprima, 476

Urbina, A., 466
 Uretra, 78-79, 82-83, 86
 Urofilia, 405
 U.S. Bureau of Labor
 Statistics, 336
 U.S. Bureau of the Census, 15, 170,
 276, 287, 289-290, 295, 308,
 336-337
 U.S. Department of Health and
 Human Services, 278
 U.S. Department of Justice,
 427, 553
 U.S. House of Representatives, 427,
 553
U.S. vs. Roth, 552
 USDHHS. *Véase* U.S. Department of
 Health and Human Services,
 278
 Uso de drogas e infertilidad, 160
 Útero, 78, 80, 90, 109-110

V

Vacca, J.P., 493
 Vagina, 72-74, 78-79, 109-110
 Reasignación de género y, 353
 Vaginismo, 463, 465, 480
 Vaginitis, 505-506
 Vaginosis bacteriana, 506
 Ablación genital femenina
 y, 76
 Valores culturales y amor,
 330-331
 Van Damme, L., 498
 Van Dis, H., 220
 Van Goozen, S., 121
 Van Lankveld, J., 475
 Van Leeuwenhoek, A., 4
 Van Lent, P., 17
 Van Preagh, P., 173
 Vance, E., 209
 Vanwesenbeeck, I., 438-440,
 456
 Varghese, B., 491
 Variabilidad, 66-67
 Variable dependiente, 66
 Variable independiente, 66
 Variaciones sexuales, 389-411
 Prevención de, 406-407
 Roles de género y, 398
 Tratamiento de, 407-410
 Vasectomía, 188-190
 Vasocongestión, 205-210,
 212-213
 Vasoconstricción, 205
 Vasodilatación, 207
 Ve Ard, C., 302
 Vello púbico, 108, 110
 Venicz, L., 440
 Venirse. *Véase* Inevitabilidad
 eyaculatoria.
 Verga. *Véase* Pene.

Veronesi, U., 89
 Vesículas seminales, 87
 Viagra, 205, 246, 348, 444, 475-477
 Vibrador, 234
 Victimización y variaciones sexuales,
 406
 Videos musicales, 446-447
 VIH. *Véase* Virus de
 inmunodeficiencia humana.
 Vilain, E., 102
 Vincent, J.P., 255
 Vinculación, 26-27, 263, 365
 Celos y, 325
 Madre-lactante, 154
 Violación, 413-424, 541
 Características del
 perpetrador, 420-421
 Carcelaria, 422
 Castigo para, 224-225
 Causas de, 418-420
 Del cónyuge. *Véase* Violación
 marital.
 En citas, 414-418
 Estupro, 541
 Factores que predisponen a
 los hombres hacia la, 421
 Hombres como víctimas,
 421-422
 Impacto de la, 413-416
 Incidencia, 413
 Marital, 418, 541
 Origen étnico y, 422-423
 Perspectiva evolutiva acerca
 de, 27
 Precipitado por la víctima,
 418-419
 Prevención de, 422-424
 Prisión y, 422
 Reacciones emocionales,
 413-416
 Síndrome de trauma, 413, 415
 Teoría de la desorganización
 social acerca de, 418-419
 Tumultuaria universitaria, 420
 Violadores, 420-421
 Virginitad, 75, 276, 288
 Pérdida de la. *Véase*
 Primer coito.
 Promesas de, 281
 Virus de inmunodeficiencia
 humana, 489-500
 Circuncisión y, 84
 Clases de infección, 492
 Diagnóstico, 492-493
 Educación relacionada
 con, 574
 Mecanismos del, 491-492
 Prevención del, 498-500
 Transmisión del, 490-491
 Tratamiento, 493
 Virus del papiloma humano, 91,
 487-488
 Circuncisión y, 84
 Diagnóstico, 487

Tratamiento, 487
 Vacuna en contra del, 488
 Visión y sexo, 236
 Viudez y sexo, 303
 Von Herten, H., 175
 Von Kraft-Ebing, R., 7, 391
 Von Kries, R., 155
 Von Sydow, K., 144
 Vouyerismo, 389, 399-400
 Leyes contra, 546
 VPH. *Véase* Virus del papiloma
 humano.
 Vulgarismos y orientación sexual,
 359, 365
 Vulva, 72-74

W

Wade, L., 303
 Waite, L., 293
 Wald, A., 509
 Walen, S.R., 35, 214, 392, 408
 Wallen, K., 20-21, 27, 223
 Wallerstein, E., 84
 Wallin, P., 53
 Walster, E., 35, 316-317, 327-330, 378,
 470
 Wang, L.Y., 581
 Wang, P., 102
 Ward, L.M., 374
 Ward, O., 271
 Warnock, J.K., 127
 Warr, M., 416
 Wass, D., 159
 Waxman, Representante
 Henry, 57
 Weaver, A., 566
 Weaver, H.N., 17
 Weber, R.P., 61
*Webster vs. Reproductive Health
 Services*, 548, 555
 Weidger, P., 169
 Weinberg, M., 60-61, 383-385, 392,
 397-399
 Weinberg, S., 425
 Weinstock, H., 485-486
 Weisberg, D., 441
 Welsh, S., 431
 Wertz, D.C., 151
 Wertz, R.W., 151
 Wethington, E., 129
 Wheeler, G.D., 109
 Whipple, B., 217, 220, 231
 Whitam, F.L., 12, 379
 White, G., 324-325, 329
 White, J.W., 434
 White, L., 129
 Whitley, B., 322
 Wichstrøm, L., 372
 Wickham, D., 225
 Wiederman, M.W., 46, 69

Wiesenfeld, H.C., 486
Wilcox, B.L., 135, 186, 554, 571
Wilkinson, R., 141-142
Willetts, M., 297
Williams, C., 145, 405
Williams, L., 76-77
Williams, L.M., 428-429
Williams, T., 267-268
Wilson, E.O., 25
Wilson, G.D., 411
Wilson, W.G., 109, 233, 393,
443, 552
Wincze, J.P., 462, 472-473
Wingert, P., 574
Winter, J., 100, 102
Wisniewski, A., 105, 107
Wiswell, T., 84
Wolak, J., 450
Wolchik, S., 50
Wolf, T., 385
Wonders, N.A., 442
Wong, J., 493
Wood, J., 532
Woods, S., 147
Woollett, A., 141

*World Wide Video vs. City
of Spokane*, 553
Worthington (*et al.*, 1983), 151
Wright, V., 163
Wyatt, G., 271, 413, 422
Wyatt, T., 225, 227
Wysocki, C., 224

Y

Yalom, I., 400
Yo, 28-29
Yost, L., 384
Young, K., 300

Z

Zabin, L.S., 282
Zak, P., 327

Zaslow, M., 154
Zaviai, M., 80, 220, 403-404
Zhang, H., 146
Zhou, J., 353
Zilbergeld, B., 211, 232, 348, 356, 460,
475, 479
Zillmann, D., 121
Zimmer, D., 248
Zimmerman-Tansella, C., 142
Zoldbrod, A.P., 161, 166
Zonas erógenas, 29, 230
Zoofilia, 405
Zoucha-Jensen, J.M., 423
Zucker, K.J., 353, 378
Zuger, A., 531
Zuk, M., 23
Zumpe, D., 21
Zumwalt, R., 570
Zussman, L., 305