

LA SEXUALIDAD
HUMANA
HUMAN
SEXUALIDAD



Curso 2009-10

[En redacción y pendiente de actualización]

jose vidal gonzalez barredo



1	ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA SEXUALIDAD	3
1.1	PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: LOS CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS.....	3
1.1.1	<i>La pubertad</i>	3
1.1.2	<i>La adolescencia</i>	3
1.2	LO FEMENINO Y LO MASCULINO: ANÁLISIS DE LOS ROLES GENÉRICOS DE SEXO	6
1.3	EL CONOCIMIENTO DE NUESTRO CUERPO: CÓMO ES Y CÓMO FUNCIONA EL APARATO GENITAL MASCULINO Y EL FEMENINO.....	7
1.3.1	<i>El aparato genital masculino</i>	7
1.3.1.1	Los genitales masculinos externos	7
1.3.1.2	Los genitales masculinos internos.....	8
1.3.2	<i>El aparato genital femenino</i>	11
1.3.2.1	Los genitales femeninos externos.....	11
1.3.2.2	Los genitales femeninos internos	12
1.3.2.3	El ciclo menstrual	13
2	LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA	16
2.1	LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA	16
2.1.1	<i>Definición</i>	16
2.1.2	<i>Las zonas erógenas</i>	16
2.1.3	<i>Fases de la respuesta sexual humana</i>	16
2.2	LAS DISFUNCIONES SEXUALES	17
2.2.1	<i>¿Qué es una disfunción sexual?</i>	17
2.2.2	<i>Disfunciones que afectan a la fase de excitación</i>	21
2.2.3	<i>Disfunciones que afectan a la fase de la meseta</i>	24
2.2.4	<i>Disfunciones que afectan a la fase del orgasmo</i>	25
2.2.5	<i>Disfunciones que afectan a la fase de resolución</i>	27
2.2.6	<i>Disfunciones que afectan al conjunto de la respuesta sexual</i>	27
3	ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y DIVERSIDAD SEXUAL.....	29
3.1	LA IDENTIDAD DE GÉNERO.....	31
3.1.1	<i>Definición</i>	31
3.1.2	<i>Estados intersexuales</i>	31
3.1.3	<i>La transexualidad</i>	32
3.2	LA ORIENTACIÓN SEXUAL	37
3.2.1	<i>Definición</i>	37
3.2.2	<i>La homosexualidad</i>	38
3.3	LA PRÁCTICA SEXUAL	46
3.3.1	<i>Prácticas más comunes</i>	46
3.3.2	<i>Los roles sexuales hombre/mujer: transfondo socio-educacional</i>	54
3.3.3	<i>Las parafilias</i>	55
4	SEXUALIDAD Y SALUD	56
4.1	LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	56
4.1.1	<i>¿Qué son las ETS?</i>	56
4.1.2	<i>¿Cómo se pueden prevenir las ETS?</i>	56
4.1.3	<i>Microbianas</i>	58
4.1.4	<i>Hongos</i>	60
4.1.5	<i>Víricas</i>	61
4.1.6	<i>Parasitarias</i>	66
5	BIBLIOGRAFÍA	67
5.1	BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.....	67
5.2	BIBLIOGRAFIA ESPECIALIZADA	67

1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA SEXUALIDAD

1.1 PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: LOS CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

1.1.1 *La pubertad*

La pubertad es la época del desarrollo humano en la que, progresivamente, se producen los cambios en el cuerpo que llevan al niño a *adquirir las características físicas del adulto*, lo que se denomina los **caracteres secundarios**. La edad de comienzo es muy variable, oscila *entre los 10 y los 13 años* y *marca el inicio de la adolescencia*.

Estos cambios tienen su origen en el aumento que a esta edad se produce en la cantidad de hormonas masculinas y femeninas que elaboran las glándulas sexuales.

1. Enumeración y descripción de los caracteres secundarios.

[Aparecen en las fotocopias]

Uno de sus procesos más destacables es la *maduración de los órganos sexuales* que culmina en la primera **menstruación** en las chicas y la primera **eyacuación** en los chicos, lo que les deja en disposición de poder ejercer sus funciones reproductoras.

2. El reloj biológico marca un ritmo en cada persona diferente.

Durante esta etapa cada persona se desarrolla a un ritmo y de un modo diferente por lo que **no es conveniente hacer nunca comparaciones**. Siendo una edad difícil en la que se es muy susceptible, hay el peligro de acomplejarse o acomplejar a nuestros compañeros. Aunque a los 18-19 años los cambios fundamentales ya se han dado hasta los 21-22 continúa el crecimiento por lo que cualquier juicio acerca de nuestra belleza, estatura o tamaño de cualquier parte de cuerpo es siempre prematuro. Cada persona es diferente y única, y además **nuestro físico no es lo único importante**.

1.1.2 *La adolescencia*

Se inicia con la pubertad pero *su finalización no está determinada por la edad*, sino por la *adquisición de las características psíquicas del*

adulto. No se trata aquí del desarrollo físico sino de la **maduración intelectual**, así como de la **integración en las pautas sociales**.

1. Características.

- a) *Tensión entre el mundo infantil y el mundo del adulto*: nada entre dos aguas resistiéndose a renunciar a lo mejor que le ofrecen ambos. Esto es una continua fuente de contradicciones que hacen de ésta una edad difícil:
 - i. *Afán de experiencias nuevas, de alcanzar más altas cotas de libertad*: todo aquello que hasta ahora le estaba vedado como perteneciente al mundo de los adultos. Deseo de conocer por uno mismo.
 - ii. *Miedo frente a la responsabilidad que conlleva la toma de decisiones que implica su integración en el mundo de los adultos*: elección entre trabajo y estudio, de profesión, carrera, etc.
- b) *Tensión entre un sentimiento profundo de autonomía y una necesidad de establecer lazos gregarios*.
 - i. *Rebeldía ante normas y valores de los adultos: enfrentamiento generacional* Creación de valores propios basados fundamentalmente en los intereses de grupo, amigos,... Existe una necesidad de definirse y diferenciarse del resto: Mostrarse como un adulto *sin dependencias*.
 - ii. *Necesidad de identificarse con el grupo*, conducta gregaria que le lleva a realizar cosas que a veces no desea con el ánimo de *sentirse aceptado* dentro del grupo. Sus señas de identidad oscilan entre la búsqueda de autonomía y las pautas ofrecidas por el grupo.
- c) *Aparición y desarrollo de un fuerte apetito sexual. Ensayo de las primeras experiencias afectivas y sexuales*.
- d) *Superación del pensamiento concreto y aparición del pensamiento abstracto*. Se empieza a operar con ideas y razonar de forma abstracta. Tendencia a pensar que la realidad debe ser tal y como uno cree: tensión entre la realidad y el deseo (esos mundos ideales que ha creado con el pensamiento abstracto).

2. ¿Cuándo se supera la adolescencia?

No es el resultado de un proceso como el de la pubertad que dependa exclusivamente de factores biológicos. La llegada de la madurez se caracterizaría por:

- a) La *aceptación de los roles del adulto y el abandono de los de la infancia*. Esto supone *aceptar la libertad y la autonomía del adulto pero también la carga de responsabilidad que ésta conlleva*. La aceptación de estos roles puede ser más o menos crítica.
- b) *Autonomía moral y de criterios, el saber mantener la propia personalidad frente a las presiones del grupo o de la mayoría*.

La madurez es un camino que tiene inicio pero no tiene final en tanto en cuanto significa saber enfrentarse a los problemas que la vida nos va planteando. Dado que las circunstancias van variando a lo largo de la vida nunca se llega a saber lo suficiente, nunca se llega a estar lo suficientemente preparado. De todas formas siempre debe haber un niño que perviva en nosotros, es positivo mantenerlo vivo pues supone espontaneidad y frescura, una mirada lúdica ante la vida.

1.2 *LO FEMENINO Y LO MASCULINO: ANÁLISIS DE LOS ROLES GENÉRICOS DE SEXO*

Se trata de analizar lo que se denominan roles genéricos de sexo y ver que están establecidos culturalmente.

[Aparece en las fotocopias]

1.3 EL CONOCIMIENTO DE NUESTRO CUERPO: CÓMO ES Y CÓMO FUNCIONA EL APARATO GENITAL MASCULINO Y EL FEMENINO

1.3.1 *El aparato genital masculino*

1.3.1.1 Los genitales masculinos externos

Cómo son por fuera los genitales masculinos:

El **escroto** es una bolsa de piel rugosa, delgada y muy sensible que, a partir de la pubertad está recubierta de pelos. Su función es proteger los testículos y regular su temperatura.

El **pene** tiene forma cilíndrica y alargada. Tiene una estructura interna que podríamos comparar a la de una esponja con muchos poros. Se halla recorrido en longitud por tres cuerpos cilíndricos de *tejido eréctil* denominados *cuerpos cavernosos* y *cuerpo esponjoso*. Cuando tiene lugar la excitación sexual, la sangre fluye en gran cantidad a las zonas genitales. Entonces esta estructura esponjosa se llena de sangre y el pene se alarga y se pone duro. Cuando pasa esto decimos que el pene está en erección.

La **erección** es un *fenómeno involuntario* que tiene lugar como respuesta a unos estímulos que en un momento dado son capaces de excitarnos. Esto quiere decir que *no se puede provocar ni inhibir voluntariamente*. En ocasiones no aparece y en otras puede resultar inoportuna. Por estar perfectamente musculado el pene puede en la erección *crecer hasta un volumen* que, en ocasiones, *puede llegar a ser tres veces mayor que el que posee cuando se encuentra en estado de reposo* (con menos de 40 años tarda entre 3 y 8 segundos).

En su extremo se hace más ancho y culmina en una especie de abultamiento del cuerpo esponjoso que posee gran sensibilidad y se denomina **glánde**. Éste está recubierto por un repliegue de la piel que se denomina **prepucio**. El prepucio se une al cuerpo del glánde mediante una especie de tendoncillo que se denomina **frenillo**.

Posibles problemas y disfunciones físicas:

- a) **La fimosis.** Es una *malformación congénita* en el prepucio. *La abertura del prepucio es tan estrecha, que no permite el paso del glánde en el momento de la erección.* Esta dificultad, bastante frecuente, obstaculiza considerablemente las relaciones sexuales e incluso, en ciertas circunstancias, pueden llegar a hacerlas dolorosas. Se resuelve fácilmente mediante una

intervención quirúrgica: **la circuncisión**, consistente en cortar la piel que rodea el glande, de manera que éste quede continuamente al descubierto. Práctica común y ritual en ciertas culturas, no influye ni positiva ni negativamente en las posteriores relaciones sexuales.

- b) **Un frenillo demasiado corto** también puede dificultar la relación sexual pero una sencilla operación quirúrgica lo puede solucionar.

Problemas y disfunciones psicológicos: El tamaño del pene.

No existen, y por lo tanto *no pueden establecerse, medidas estándar sobre la longitud y grosor del pene*. Podría considerarse como "normal" una longitud de 7 a 10 cm. en estado de reposo, y de 13 a 18 cm. en estado de erección. Hay que hacer las siguientes consideraciones:

- a) *No hay una relación directa entre el tamaño del pene en reposo y en estado de erección: uno de pequeñas dimensiones puede aumentar proporcionalmente más que otro durante la erección, estado en el que tienden a igualarse.*
- b) *No existe una relación entre el tamaño del pene y la potencia sexual o la virilidad de un hombre.*
- c) *El tamaño no asegura una buena relación e incluso puede provocar problemas (dolor en el cuello del útero). La habilidad, la ternura, la compenetración es mucho más importante y la sexualidad no es solo penetración o coito. El placer depende de muchos otros factores.*
- d) *La elasticidad de la vagina hace que ésta se pueda adaptar a penes muy distintos con lo que se puede tener una buena relación sexual con independencia del tamaño del pene. Además su parte más sensible está en los primeros centímetros de su parte más externa (plataforma orgásmica).*
- e) *Sin ser dogmáticos ni machistas también hay que reconocer que, estando en una sociedad donde hay culto al pene, el tamaño de éste es importante en las fantasías de algunas mujeres, pero éstas tienen en cuenta muchos más factores que este en sus relaciones sexuales.*

1.3.1.2 Los genitales masculinos internos

Vamos a explicarlos siguiendo el camino que realiza un espermatozoide desde que es producido hasta su expulsión.

Los testículos son las *glándulas sexuales* masculinas. *A partir de la pubertad* producen **los espermatozoides** (gametos o *células de reproducción* masculina) y la *hormona sexual* masculina: la **testosterona** (influye en el funcionamiento de gran número de órganos, permitiendo también, la *aparición de los caracteres sexuales secundarios*). Tienen forma de huevos siendo el izquierdo algo mayor que el derecho.

Durante la fase embrionaria y fetal los testículos se encuentran situados en el interior del abdomen (al mismo nivel que los ovarios en la mujer), para descender después y alojarse definitivamente en el escroto antes del nacimiento. Cuando este descenso de los testículos no llega a producirse, el hombre queda estéril, porque los espermatozoides necesitan para sobrevivir temperaturas inferiores a la del cuerpo humano (3 grados menos).

Sobre cada uno de los testículos existen unas *estructuras en forma de coma*, formadas por pequeños tubos testiculares, *en cuyo interior acaban de madurar los espermatozoides*: son los **epidídimos**. De cada epidídimo sale un **conducto deferente** que sube hacia arriba, conecta con la vesícula seminal, entra en la próstata y en su interior desembocan en la uretra.

Los **espermatozoides** son las células germinales masculinas capaces de fecundar un óvulo. Es la aportación del hombre a la formación de un nuevo ser. Al principio el espermatozoide es una célula bastante gruesa, demasiado grande para el largo camino que ha de recorrer antes de llegar al óvulo. Así como va madurando va perdiendo la capa de grasa que le rodea. Al mismo tiempo le irá creciendo una cola que le dará mayor movilidad. El espermatozoide maduro está formado por: la cabeza, el cuello y la cola.

A medida que los espermatozoides van madurando van subiendo por los conductos deferentes y se instalan en las vesículas seminales.

Las **vesículas seminales** son unas *estructuras en forma de saquitos destinados a almacenar los espermatozoides maduros*. Están situadas debajo de la vejiga. *Fabrica un líquido viscoso que protege los espermatozoides, los alimenta y les facilita la movilidad* (les sirve de vehículo). Este líquido está formado por sustancias alimenticias (glucosas, etc.) y se denomina **porción seminal**. Los espermatozoides no se pueden alimentar por si solos pues han perdido su capa de grasa y necesitan de una alimentación externa.

La **próstata** es una *estructura única* situada cerca de las vesículas seminales y debajo de la vejiga. En ella *se juntan las vías seminales y urinarias*. A partir de este punto el camino que harán el semen y la orina será el mismo. Sin embargo, nunca, lo podremos utilizar al mismo tiempo porque existen unos pequeños músculos que abren o cierran una de las dos vías. Es decir, o dejan pasar el semen o dejan pasar la orina, pero nunca las dos cosas a la vez. La próstata también produce un líquido que *protege, alimenta y facilita la movilidad de los espermatozoides*: se denomina **porción prostática**. En este momento ya está formado el semen.

El **semen** es el líquido que se expulsa en la eyaculación está compuesto, como hemos ido describiendo, de los espermatozoides, la porción seminal y la porción prostática. *Contiene de 60 a 100 millones de espermatozoides por cm³*.

Las **glándulas de Cowper** son dos pequeñas glándulas situadas debajo de la próstata que *segregan un líquido transparente* que se denomina **líquido pre-seminal** que *limpia la uretra neutralizando los residuos de la orina*. Se segrega cuando se entra en un estado de excitación sexual y prepara el camino para el semen. Este líquido precede a la eyaculación y **puede contener espermatozoides vivos**. Esto quiere decir que *aunque el coito se interrumpa antes de la eyaculación ("marcha atrás" o "coitus interruptus") también se puede producir un embarazo*. Por eso se debe utilizar el preservativo o el diafragma desde el momento en que se inicio la penetración.

La **uretra** es el conducto por donde sale tanto el semen como la orina. La parte final de la uretra es un poco más ancha y se denomina **meato urinario**.

La **eyaculación** es la expulsión del semen a través de la uretra en el momento del **orgasmo** ya sea como resultado de una relación sexual, la masturbación o un sueño erótico (**polución nocturna**).

- **Los espermatozoides pueden llegar a vivir hasta tres días en el interior del aparato genital femenino.**

1.3.2 El aparato genital femenino

Estructuralmente, las semejanzas entre los genitales femeninos y masculinos son más abundantes de lo que parece. Pero en conjunto, el aparato genital femenino resulta *más complejo*, porque está destinado a albergar el embrión humano.

1.3.2.1 Los genitales femeninos externos

El término **vulva** abarca *todo el conjunto genital externo femenino* e incluye:

El **monte de Venus** que está formado por una capa de grasa situada sobre el pubis. A partir de la pubertad esta capa protectora se recubre de pelos.

Los **labios mayores** que son *dos repliegues de piel de cierre de la abertura genital*. Su parte interna es lisa, pero la externa está recubierta de vello desde la pubertad.

Los **labios menores o ninfas** que son *dos repliegues de piel rojiza situados normalmente dentro de los labios mayores*. Su función, en su posición de enmarque (los cubre) de los orificios vaginal y uretral, parece ser protectora de los genitales internos frente a las infecciones.

El **clítoris**. Tiene el tamaño de un guisante. Está situado a la parte frontal del hueso púbico, en el punto donde se juntan por la parte de arriba los labios menores. Queda prácticamente oculto por los labios mayores. Su estructura es parecida a la del pene porque *está formado por un tejido esponjoso muy sensible a la estimulación sexual*. En su extremo está recubierto por un capuchón (prepucio del clítoris). El clítoris *es el órgano receptor y transmisor de la estimulación sexual en la mujer*. Es muy sensible, por este motivo, no siempre es aconsejable su estimulación directa.

El **meato uretral** que situado entre el clítoris y el orificio vaginal, *es la abertura de desembocadura de la uretra*, por donde se expulsa la orina (en la mujer el camino de la orina es independiente hasta el final).

El **orificio vaginal** que *es la entrada de la vagina*. Suele estar más o menos cerrado en su inicio por una fina membrana, muy rica en vasos sanguíneos, llamada **himen**.

La *función del himen* parece ser eminentemente protectora. *Es elástica y cuenta con una o varias perforaciones para que pueda, a través de ellas, fluir la sangre menstrual*. Esto es de manera distinta según

cada mujer. Así que protege la vagina sin obstruirla por completo para defenderla de los agentes microbianos patógenos cuando todavía no posee la acidez necesaria para neutralizar por sí sola las infecciones. En la pubertad se produce una "revolución hormonal" que hace el himen más flexible al mismo tiempo que activa la secreción mucosa para lubricar las vías de acceso de la vagina.

La sensibilidad de todo este conjunto de órganos, muy elevada, se extrema en la zona de los labios menores y del clítoris.

La virginidad

Llegar al matrimonio con el himen intacto es algo que ha sido valorado en nuestra cultura, era una especie de "precinto de garantía". Sin embargo el himen se puede romper de muchas maneras: haciendo ejercicio físico, montando a caballo, etc., no exclusivamente por la penetración. Por otro lado, hay hímenes tan elásticos que no se rompen ni con la penetración. En contra de la opinión tradicional su ruptura no tiene porqué ser dolorosa. Valorar la virginidad no deja de ser un prejuicio de carácter machista: ¿Por qué no se exige o valora la virginidad masculina?. Entra aquí el tema de la **castidad** que genera ya otro debate que se tomará más adelante. Otra idea falsa es que la **utilización de tampones** puede conllevar la pérdida de la virginidad. La perforación del himen que permite la evacuación de la menstruación, normalmente, también permite la entrada de los tampones.

1.3.2.2 Los genitales femeninos internos

Vamos a ir de afuera hacia adentro describiendo cada uno de ellos y después al revés para explicar el **ciclo menstrual**.

La **vagina** es *un canal extraordinariamente elástico*. Mientras que en situación normal sus paredes se mantienen en contacto mutuo, *cuando la mujer se halla excitada se expande de modo involuntario y sus paredes comienzan a segregar un material lubricante que facilitará la penetración*: es la **lubricación vaginal**. Ésta, como la erección, un fenómeno involuntario que tiene lugar como respuesta a estímulos que en un momento dado son capaces de excitarnos sexualmente. La vagina se adapta a la exigencia de cada momento pues permite el paso del bebé en el momento del parto. Por esto la dimensión del pene tiene poca importancia de cara a la satisfacción sexual de la mujer.

En el fondo de la vagina, y cerrándola, sobresale el **cuello del útero o cérvix**, cuya entrada está tapada por una sustancia llamada **moco cervical**. *Coincidiendo con la ovulación y bajo el control de una hormona (estrógenos) la producción de esta sustancia aumenta.* Este líquido viscoso, además de proteger el útero de posibles infecciones, favorece el progreso y la movilidad de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio.

El **útero o matriz** es una *estructura muscular que tiene forma de pera invertida*. Está recubierto de una mucosa denominada **endometrio**. Es el lugar donde se desarrolla el feto en caso de embarazo.

Del fondo del útero salen *dos prolongaciones en forma de canal llamadas* **trompas de Falopio**. Su misión es doble: por una parte, *durante la ovulación se adaptan perfectamente al ovario correspondiente y reciben de él, succionándolo a modo de trompa de elefante, el óvulo maduro.* Por otra parte, *sirven de lugar de encuentro entre el óvulo y el espermatozoide que lo fecundará.*

Los **ovarios** son *dos órganos pequeños que tienen forma de almendra* situados dentro de la pelvis a la altura de los riñones y uno a cada lado del útero y cerca de las extremidades de las trompas. Son las *glándulas sexuales* femeninas y tienen dos funciones: la producción de las *células reproductoras* femeninas, los **óvulos**, y la producción de las *hormonas sexuales* femeninas, los **estrógenos** y la **progesterona**, responsables de la adquisición de los caracteres secundarios sexuales en la mujer. La superficie de los ovarios está recubierta por un montón de cavidades que se denominan **folículos**. Cada folículo tiene dentro un **ovocito** (óvulo inmaduro).

1.3.2.3 El ciclo menstrual

Cada mujer **al nacer** posee en los ovarios alrededor de *unos 500.000 ovocitos* de los que *sólo llegan a madurar unos 200 o 300 en toda la vida fértil*. Así pues, a diferencia de los chicos, las chicas cuando nacen ya disponen de todas sus células germinales, muchas más de las que utilizarán a lo largo de su vida fértil. *Hasta la pubertad estas células estarán inmaduras. En la pubertad se iniciará el proceso de la ovulación.*

La **ovulación** está provocada por unas hormonas producidas por la hipófisis. Desde la primera regla, **menarquía**, entre los 10 y 13 años, hasta la última, **menopausia**, entre los 45 y los 55 años, aproximadamente cada cuatro semanas, 28- 30 días, *un folículo de un ovario aumentará de tamaño, se romperá y expulsará un óvulo que acabará de madurar en unas horas.*

El **folículo** roto, una vez se ha expulsado el óvulo se denomina **cuerpo lúteo**. *El cuerpo lúteo segrega una hormona, progesterona, que hace que la pared mucosa del útero, endometrio, aumente de grueso. El útero se prepara así para acoger un posible óvulo fecundado.*

El óvulo expulsado del folículo será aspirado por la trompa de Falopio correspondiente y estará allí durante un corto período de tiempo en el cual será fecundado o bien morirá. **El óvulo tiene capacidad reproductiva durante las 24 horas siguientes a su salida del ovario.**

Desde el momento en que se ha producido la ovulación hay dos posibilidades:

- a) **Si se ha producido la fecundación:** el óvulo anidará en la pared del útero donde se desarrollará el proceso que dará lugar al futuro ser: **el embarazo**. En este caso no disminuirá la producción de hormonas ováricas.
- b) **Si no se ha producido la fecundación:** *disminuirá la producción de hormonas ováricas y como consecuencia de esto se producirá la expulsión al exterior de la preparación de las paredes del útero conjuntamente con el óvulo y algo de sangre. Esta pérdida se denomina **regla o menstruación** y dura entre tres y cinco días.*

En este caso vuelve a reiniciarse el ciclo dándose este proceso de forma alternativa en uno y otro ovario, es decir, un mes trabajará el ovario derecho y el siguiente el ovario izquierdo.

Para **medir el ciclo menstrual** hay que *contar desde el primer día que se expulsa la sangre hasta el día anterior de la regla siguiente*. La duración del ciclo en cada mujer es diferente e incluso lo es en cada mujer según sus circunstancias: el estrés o los problemas pueden variar su duración e incluso eliminarlo temporalmente.

Los tabúes de la menstruación.

Con respecto a la menstruación han abundado las creencias más pintorescas en casi todas las culturas. Aun después de lograrse un conocimiento científico exacto del fenómeno, las reglas de la mujer han preocupado siempre a los hombres por su carácter "extraño" y "misterioso". Antiguamente se decía que la mujer en estas circunstancias era impura, indigna de acercarse a la divinidad; en consecuencia se les impedía la entrada en los lugares de culto religioso cuando tenían la regla. Además, se sospechaban ciertas influencias nefastas, por lo que se les prohibía que tocaran alimentos, se acercaran a los animales o dirigieran la palabra a los hombres de la comunidad. Impureza y peligro menstrual son nociones con cierta proyección incluso actualmente, acuñadas en forma de abundantes tabúes populares (por ejemplo, la afirmación de que la mayonesa se corta cuando la hace una mujer con regla, el no poder tocar determinadas plantas, etc.). Otras ideas totalmente falsas son el no poder bañarse (precisamente al contrario, precisa de más vigilancia en la higiene de la zona genital) o el no poder tener relaciones sexuales (precisamente muchas mujeres reconocen tener más deseos sexuales durante ella, éstos son un vestigio del instinto del celo femenino). Las primeras siempre suelen ser más irregulares, pero después se normalizan. Aunque en ocasiones puede producir algunas molestias es un fenómeno completamente normal que no ha de alterar el ritmo de la vida habitual. Sólo si causa trastornos importantes, cosa poco frecuente, se ha de consultar al ginecólogo.

2 LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

2.1 LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

2.1.1 Definición

2.1.2 Las zonas erógenas

2.1.3 Fases de la respuesta sexual humana

Fase de excitación

Fase de la meseta

Fase del orgasmo

Fase de resolución

2.2 LAS DISFUNCIONES SEXUALES

2.2.1 ¿Qué es una disfunción sexual?

Definición

La respuesta sexual puede verse alterada de diversas formas y por diversos motivos - tanto en el hombre como en la mujer -. **En el caso que una persona no pueda experimentar alguna de sus fases de una manera más o menos permanente** podemos decir que padece una **disfunción sexual**.

Diagnóstico

El único criterio adecuado para definir el trastorno sexual es el **sentimiento subjetivo de insatisfacción o sufrimiento**. Vemos que es un **criterio bastante relativo** puesto que, a veces, aquello que para una persona determinada puede resultar insatisfactorio para otra puede parecer un problema superfluo.

La **actitud más corriente** en estos casos suele ser **la ocultación**, e incluso **"ignorar" el problema** como si no existiera. Mientras los afectados **eluden el conflicto, la relación sexual hace crisis, la afectiva se deteriora** y, en resumen, la angustia y el temor hacen cada vez más insolubles muchos problemas que, en realidad, tienen solución.

¿Cómo evaluar cuando hay una disfunción sexual?:

Si algún aspecto de la relación o actividad no "funciona" de una manera esporádica no le hemos de dar demasiada importancia. Hay un sinnúmero de circunstancias que pueden alterar la respuesta sexual de una manera accidental y probablemente no se repetirán. Una preocupación excesiva puede incluso actuar como un factor contraproducente.

En cambio, **cuando se presenta una alteración persistente**, es importante tenerla en cuenta aunque el grado de insatisfacción no sea muy alto: **un problema en el ámbito sexual que se deja evolucionar durante mucho tiempo puede llegar a alterar otros aspectos de la vida**.

Características

1. Cuando se trata de una pareja estable **no es raro que afecten a los dos miembros de la misma**. En más de una cuarta parte de las consultas sexológicas hay una disfunción sexual en los dos miembros de la pareja. Es muy común que la consulta se

efectúe para tratar de solucionar una disfunción en un miembro y no se hayan dado cuenta que el otro también sufría una.

2. Aunque demos una clasificación de disfunciones separadas se ha de tener en cuenta que **hay disfunciones que se pueden relacionar de diversas maneras**. Por ejemplo: Un hombre que sufra eyaculación precoz puede que no estimule bien a su compañera con lo que ella acabe presentando una anorgasmia; una mujer que experimente dolor durante el coito y que a causa de este problema su compañero se angustie tanto que llegue a experimentar problemas en la erección; etc.
3. Aunque demos una clasificación de disfunciones separadas por sexos la realidad es que con independencia de la disfunción y la persona afectada los dos miembros de la pareja están implicados en el trastorno ya que los dos experimentan un cierto grado de insatisfacción.

Origen y causas

Algunas de ellas pueden estar provocadas real y exclusivamente por enfermedades físicas (diabetes, afecciones hepáticas o neurológicas graves, adicción a ciertas drogas, etc.), pero la mayoría son simples manifestaciones, a nivel del cuerpo, de un conflicto actual o antiguo, consciente o inconsciente, en el seno de la personalidad.

Dejando de lado, por el momento, las causas orgánicas nos vamos a centrar en aquellos elementos aprendidos que inciden en nuestra conducta sexual:

1. **Problemas de comunicación en la pareja:** uno de los objetivos de la sexualidad es favorecer y facilitar la comunicación interpersonal. Hay una relación estrecha entre las **relaciones sexuales** y el **grado de comunicación** existente en la pareja. Un factor puede influir en el otro tanto de manera positiva como negativa. Una **buena comunicación**, en todos los aspectos, puede mejorar las relaciones sexuales y una **comunicación deficiente** puede llegar a alterarlas a la larga aunque al principio fueran satisfactorias. De igual manera unas **buenas relaciones sexuales** pueden ser un factor propicio para una mejor comunicación y unas **relaciones pobres** o insatisfactorias pueden ser el origen de un empobrecimiento de la comunicación.

- i. **Problemas de comunicación en relación con la sexualidad de los miembros de la pareja:** una pareja sin ninguna disfunción pero que tienen un ritmo diferente en lo que respecta a al deseo sexual. Uno de los miembros desea normalmente realizar alguna práctica de tipo sexual diariamente mientras que el otro se siente satisfecho realizándola una vez a la semana. Ambos se hallan dentro de la normalidad. Si la solución que se adopta es la de hacerla cada día, uno de los dos se sentirá sobreexigido. Si es hacerla una vez a la semana el otro se sentirá insatisfecho. Aquí entra la comunicación: si estas sensaciones de sobreexigencia o de insatisfacción se expresan con franqueza no es difícil que se pueda llegar a un acuerdo satisfactorio para los dos. Pero si falla la comunicación puede derivar en una degradación de las relaciones sexuales, una disfunción o una mayor incomunicación.
- ii. En ocasiones los **problemas de comunicación no tienen que ver directamente con las relaciones sexuales** pero se utilizan éstas para intentar "solventarlos". Es cuando se utiliza la relación sexual como una coacción para conseguir un objetivo o solventar un conflicto que no se puede resolver plenamente por otros medios. La relación sexual considerada como castigo o recompensa, utilizada como medio para obtener otros fines que no los específicamente sexuales desemboca casi con toda seguridad en problemas sexuales e incluso en disfunciones. Se presiona a un miembro de la pareja para que realice una cosa (por ejemplo: no salir con los amigos, no ir a tal sitio, etc.) con el chantaje de que si no obedece entonces no se tendrán ganas (dolor de cabeza, malestar, etc.). En este caso es un problema de comunicación de la pareja que no resuelve sus conflictos mediante el diálogo y recurre al chantaje sexual.
- iii. A veces **en el origen está una disfunción sexual:** por ejemplo: un trastorno en la erección provocado por una causa puramente orgánica. Si no se busca el origen de la disfunción los miembros de la pareja pueden dejar volar su imaginación: que no se quieren o no se atraen, que puede ser otro tipo de problema, etc. En resumen: cualquier intento de ocultar las sensaciones que el problema ocasiona puede ser el paso directo para un deterioro progresivo en la relación interpersonal.

2. La actitud frente al sexo: la educación recibida.

Los reflejos involucrados en la respuesta sexual los tenemos desde el momento de nacer pero nuestra actitud frente al sexo y nuestra práctica dependen en gran medida del aprendizaje social, de la influencia del medio social en el que nos hemos educado.

Si se tiene una actitud hostil frente a los temas sexuales o si causan miedo, inseguridad, etc., es muy posible que se genere una disfunción sexual. Es bueno por eso que analicemos cuál es nuestra actitud frente al sexo de un modo crítico. A veces habremos de reeducarnos. Citemos algunos ejemplos:

- i. **Una educación muy puritana:** en la infancia en relación a los temas sexuales puede generar sentimientos hostiles hacia el sexo. La experiencia infantil no es modificable pero sí podemos hacer el esfuerzo de objetivar su influencia: habremos de relativizar ideas que hasta ahora nos parecían incuestionables, este será el primer paso para perder el miedo y eliminar la disfunción.
- ii. **Una educación muy sexista:** No cabe duda de que existen razones históricas más que suficientes para explicar el difícil acceso de la mujer a una sexualidad plena. Durante siglos ha sido víctima del pensamiento imperante que defendía la idea de que **el sexo era algo propio y exclusivo del hombre**. Vicioso era todo deseo no arropado por el amor y el ansia de maternidad, y culpable la imagen de cualquier mujer que prefiriera sentir placer antes de parir.
- iii. **La falta de información sexual y los falsos mitos:** Hay un gran número de personas que se encuentran influidas por tópicos que generan sentimientos desfavorables condicionando negativamente su actitud hacia el sexo. Aquí pensar que se ha de estar de acuerdo con lo que piensa todo el mundo puede ser muy perjudicial (una cosa es lo que dicen y otra lo que hacen). Ejemplos de tópicos: el orgasmo conjunto; que las fantasías sexuales representan una especie de infidelidad hacia la pareja generando sentimientos de culpa); la masturbación como algo malo o específicamente masculino o de solteros; la actividad masculina y la pasividad femenina; etc. Hay mucho más que hemos e iremos viendo a lo largo del curso.

El tratamiento

El primer paso buscar el origen para lo que se habrá de tener en cuenta todo lo dicho anteriormente: análisis médico (posible causa orgánica), análisis de la relación sexual de la pareja, de su nivel de comunicación, de su actitud frente al sexo, etc.

Como condición para llegar a buenos resultados se considera que han de ser los dos miembros de la pareja los que han de colaborar y someterse conjuntamente al tratamiento. Creer que el problema es nada más de uno es una idea equivocada y puede perjudicar sensiblemente el éxito del tratamiento.

Habitualmente los especialistas efectúan tratamientos cortos en los que a través de una buena información y una variada gama de ejercicios se intenta eliminar los obstáculos que impiden la realización de una sexualidad satisfactoria. Se procura un reaprendizaje de la relación sexual y una disminución de la ansiedad presente en toda disfunción. El primer objetivo del terapeuta sexual ha de ser una información clara y correcta, y un intento de que surja o se reestablezca la comunicación sincera entre la pareja.

Por último tener presente que las disfunciones sexuales son muy comunes, mucho más habituales de lo que nos imaginamos, y que en muchos casos las causas son sencillas y fáciles de solucionar. Sobre todo, si no dejamos que se enquisten tratando de ignorar el problema en vez de afrontarlo sin miedo y sin complejos.

2.2.2 Disfunciones que afectan a la fase de excitación

A. En el hombre:

Trastornos en la erección o disfunción eréctil

El nombre popular (**impotencia**) indica hasta que punto se ha venerado socialmente el poder de la erección. Ello supone también reconocer el grado en que los hombres se han visto presionados y angustiados cuando ha surgido casual o regularmente este problema.

Es definida como la **incapacidad del hombre para obtener o mantener una erección suficiente que sea capaz de posibilitar el coito o otra práctica sexual casi siempre que lo intenta**. Decimos casi siempre porque ocasionalmente le ocurre a más del 50% de los hombres (cuando sucede de forma esporádica se considera normal). Tampoco es nada extraña en la primera vez que un joven intenta realizar un coito (se explicaría por los nervios y la ansiedad).

a) Tipos: Incluye grados y formas distintos:

1. **Impotencia primaria:** cuando aparece desde la primera relación sexual y continúa de manera permanente.

2. **Impotencia secundaria:** cuando aparece de forma brusca después de un período de vida sexual normal.
3. **Semierección:** permite introducir el pene en la vagina pero desaparece rápidamente.
4. **Impotencia selectiva:** cuando aparece sólo con determinadas personas (p.e. con la mujer sí con la amante no) o prácticas (p.e. coito sí masturbación no).

b) Causas:

- i. **Causas físicas:** alcoholismo (Más de un 80% de los alcohólicos crónicos presentan impotencia) y drogadicción crónicas, diabetes, ciertas alteraciones de carácter neurológico, endocrino, urológico, etc. También se ha comprobado que dosis elevadas de tabaco (a partir de 20 cigarrillos diarios) pueden actuar en hombres susceptibles sobre los músculos de las paredes de los cuerpos cavernosos impidiendo la relajación. Cifradas antiguamente entorno al 10% de los casos en la actualidad, con los avances médicos, se cifran entorno al 50%.
- ii. **Causas psicológicas:** Resultan prácticamente imposibles de enumerar. Derivan de toda la **experiencia previa** del individuo, unida a su **personalidad** y al **ambiente** que le ha tocado vivir. Para tener unas relaciones sexuales adecuadas hace falta estar relajados, el peor enemigo es la ansiedad y ésta suele estar provocada por el estrés o los conflictos psíquicos producidos por ideas negativas acerca del sexo. Las más comunes son:
 1. La falta de una información sexual adecuada que origina creencias erróneas. Aquí un montón de tópicos machistas sobre la potencia sexual.
 2. Una formación religiosa y familiar autoritaria represora del sexo. Aquí los tabúes y los complejos de culpa.
 3. La falta de atracción por la pareja, la monotonía en las relaciones o los problemas interpersonales.
 4. Los sentimientos de culpa por tendencias homosexuales.
 5. Los estados depresivos y los complejos físicos (p.e. la obsesión por el tamaño del pene).
 6. La práctica continuada del *coitus interruptus* como el método anticonceptivo que puede inhibir la erección o

hacerla decrecer rápidamente ante el temor permanente a eyacular en el interior de la vagina de la mujer.

En general **la ansiedad**, el miedo a la impotencia actúa como un factor que acentúa ésta, por lo que en el caso de aparezca circunstancialmente no se ha de obsesionar uno y temer que vuelva a suceder en la próxima ocasión.

c) Tratamiento.

Se realiza de manera conjunta a ambos miembros de la pareja. Se realiza un programa de fases progresivas de acercamiento al coito. En las primeras con uno o los dos miembros de la pareja total o parcialmente vestidos, buscarán la estimulación de todo el cuerpo y los primeros atisbos de erección, para después abordar el orgasmo y, al fin, el coito. A veces el tratamiento citado no tiene éxito y se habrán de considerar otras salidas según las características de la pareja. Algunos consiguen una relación afectiva y placentera sin que se consiga la erección y entonces profundizan en la terapia sexológica. Si no es así existe la posibilidad de utilizar una prótesis, es decir, un artilugio mecánico para que se pueda poner el pene erecto con el fin de poder efectuar el coito.

B. En la mujer:

Trastornos en la excitación.

Igual que en el hombre se produce la erección, en la mujer, en esta fase, se produce la lubricación vaginal. La gran afluencia de sangre a la zona genital que se produce en esta fase genera un humedecimiento de las paredes vaginales que facilita la introducción del pene. Si no se espera a que esta lubricación se produzca no es extraño que se produzcan molestias durante el coito (dispareunia) incluso una inhibición del deseo sexual en la medida en que la mujer se sentirá desconectada de la relación sexual y la vivirá más como espectadora que como participante.

Esto puede tener otras incidencias en la fase del orgasmo ya que puede imposibilitar la formación de la plataforma orgásmica no pudiendo conseguir así el orgasmo. La forma de evitar esta disfunción es dedicando más atención a la preparación de los genitales en la fase de excitación. Estimular el juego erótico previo.

Vaginismo.

La vagina es un conducto que habitualmente está cerrado. En su parte más exterior hay una serie de músculos que la envuelven y se dilatan durante el contacto sexual permitiendo el paso del pene para efectuar el coito. Esta dilatación es involuntaria aunque se puede bloquear psicológicamente. Cuando estos músculos se mantienen contraídos la penetración se hace molesta o imposible.

El **vaginismo** es una **alteración psicósomática** consistente en una **contracción espasmódica e involuntaria de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina**, así como los que forman el perineo. El coito se hace así imposible, o cuando menos, muy difícil. En la mayoría de los casos se mantiene la capacidad de excitación y de orgasmo, que se consigue, evidentemente, por medios distintos al coito. Su diagnóstico requiere un detenido examen ginecológico.

- a) **Causas:** similares a los de la impotencia y la frigidez, aunque entre las causas más frecuentes suelen detectarse rígidas creencias religiosas restrictivas de la sexualidad, episodios sexuales traumatizantes (abusos sexuales o violaciones), etc.
- b) **Tratamiento:** Requiere un tratamiento progresivo. La mujer ha de familiarizarse con su vagina primero sola, introduciéndose los dedos, y luego con la ayuda de su pareja. A veces, antes de alcanzar la penetración masculina es necesario recurrir a dilatadores de diferentes tamaños.

2.2.3 Disfunciones que afectan a la fase de la meseta

Coito doloroso: dispareunia.

a) En el hombre:

Cuando se produce dolor en la zona genital durante el coito o inmediatamente después de haberlo realizado. En general es debido a alguna alteración física: infecciones, irritación de la piel del glande, lesiones en la uretra, próstata, vejiga, etc. O bien causada por alguna alteración anatómica, una desviación del pene, fimosis, etc. También puede ser causada por una infección vaginal de la mujer o un anticonceptivo intravaginal (un DIU descolocado).

b) En la mujer:

Las molestias pueden aparecer en la penetración, con los movimientos coitales o al retirar el pene de la vagina. Suelen ser debidas a alteraciones en los genitales internos o externos (infecciones, traumatismos, etc.), o a la falta de lubricación

vaginal cuando se realiza el coito sin una fase de preparación, es decir, sin una estimulación adecuada.

De entre las causas orgánicas se halla la atrofia de las paredes vaginales causada por la reducción de la producción hormonal en la menopausia. El roce entonces puede provocar una irritación dolorosa. Eso no quiere decir que se hayan de abandonar las prácticas sexuales como creen algunas mujeres. El tratamiento es sencillo a base de hormonas o simplemente utilizando algún lubricante vaginal.

2.2.4 Disfunciones que afectan a la fase del orgasmo

A. En el hombre:

Trastornos en la eyaculación

1. Eyaculación precoz

Helen Kaplan la define como **una ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculador**. Una definición menos técnica pero más subjetiva, pues se basa en el concepto de satisfacción, sería: aquella eyaculación que de manera persistente se presenta tan de prisa que provoca insatisfacción tanto en el hombre como en su compañera, que no recibe una estimulación suficiente. Las causas orgánicas de este trastorno no están aún muy bien estudiadas. Al parecer, se debe a que el sujeto no ha aprendido a reconocer las sensaciones preorgásmicas, o bien a un exceso de ansiedad por su parte.

- a) **Causas:** El hombre ha de aprender a eyacular en el momento adecuado (aunque sea un fenómeno involuntario el aprendizaje influye en él), este aprendizaje se efectúa básicamente durante las primeras veces que mantiene relaciones sexuales. Es normal que un hombre en sus primeras relaciones sexuales eyacule bastante de prisa porque está muy excitado. El problema surge cuando la eyaculación precoz no es resultado de una tensión sexual muy elevada sino de otras circunstancias, como por ejemplo: las **experiencias con prostitutas** (exigen celeridad en el orgasmo) y las situaciones en las que **el acto sexual se realiza rápidamente** (situaciones de precariedad o riesgo: temor a ser pillados, lugar en el que se hace, etc.)
- b) **Tratamiento:** No es bueno intentar retardar la eyaculación pensando en cosas desagradables o aburridas porque tiene efectos contraproducentes. Puede dar la sensación a la pareja de que se "desconecta" o incluso hacer que se eviten las

relaciones sexuales por miedo a enfrentarse a la situación. También podría desembocar en un problema de impotencia.

El fundamento de la terapia consiste en enseñar al hombre a reconocer el momento en el que se ha de producir la eyaculación para que con la ayuda de un conjunto de maniobras que ha de efectuar su compañera manipulando el pene, la emisión de semen se retrase. Es un conjunto de prácticas progresivas que se han de realizar siguiendo las instrucciones de un especialista.

2. Eyaculación retardada

El pene logra mantenerse en erección correcta durante mucho tiempo, la mujer puede alcanzar varios orgasmos consecutivos, pero a pesar de la correcta estimulación no se produce la eyaculación. En ocasiones la eyaculación se consigue a través de la estimulación manual o bucal pero no durante el coito.

Se trata de una inhibición inconsciente del reflejo orgásmico que tiene casi siempre raíces psicológicas inconscientes y profundas: traumas de tipo religioso, resentimiento hacia la pareja, angustia ante un embarazo o una ETS, etc.

Anorgasmia

B. En la mujer:

Anorgasmia

Denominada popularmente **frigidez** es la disfunción femenina más frecuente. Consiste en la **imposibilidad de alcanzar la fase del orgasmo**. Sin embargo, cuando una mujer no logra alcanzar el orgasmo con el coito, pero sí mediante otro tipo de estimulaciones, es impropio hablar de frigidez. Este error ha sido muy frecuente con muchas mujeres cuyas parejas se limitaban a la simple penetración, bien por desinterés hacia otros aspectos del juego erótico, bien porque las propias mujeres no los permitieran. Un ejemplo de valores es el caso de mujeres que sólo alcanzaban el orgasmo a través de la estimulación del clítoris y sus maridos ofendidos (aquí el hombre perdía protagonismo, ella tenía autonomía) les acusaban de frías con toda la carga despreciativa que posee esta palabra.

a) Tipos:

1. **Frigidez primaria:** Si el orgasmo no se ha presentado jamás ni por auto o heretomasturbación, ni con el coito ni cualquier otro tipo de estimulación.

2. **Frigidez secundaria:** Cuando el trastorno aparece después de un período de respuesta sexual adecuada.

b) Causas.

Similares a las de la impotencia masculina. Entre las psicológicas más comunes: el miedo al embarazo (mucho más frecuente en las mujeres), la inseguridad frente a su atractivo físico o su forma de comportarse en la relación sexual, y ,sobre todo, el temor a ser utilizadas únicamente para la satisfacción de su compañero.

En ocasiones se debe al desconocimiento que tienen algunos hombres de la anatomía genital femenina y de la forma de cómo estimular adecuadamente el clítoris. El hombre ha estado presionado culturalmente a ser un experto y a saber hacerlo instintivamente, pero no hemos de olvidar que en la sexualidad casi todo se ha de aprender.

c) Tratamiento.

En primer lugar será la mujer quien habrá de aprender, mediante la masturbación, la mejor manera de estimularse para llegar al orgasmo. Después le enseñará a su compañero como lo ha de hacer. Todo supervisado por un sexólogo que explicará detalladamente la anatomía y la fisiología sexual femenina y la manera de conseguir más fácilmente una estimulación del clítoris: por ejemplo con la adopción de una postura determinada durante el coito. El secreto estaría en la suavidad de las caricias iniciales y en la superación de toda ansiedad por conseguir el orgasmo.

2.2.5 Disfunciones que afectan a la fase de resolución

Priapismo

2.2.6 Disfunciones que afectan al conjunto de la respuesta sexual

Inhibición del impulso sexual

Afecta tanto al hombre como a la mujer

Es relativa la intensidad de este impulso en cada persona y en cada época sin embargo, a veces alcanza un nivel patológico. Tiene su causa en conflictos psicológicos (estrés, depresión, conflictos de pareja no asumidos, etc.) y en la administración de algunos medicamentos.

No hay ningún método que permita cuantificar cual es el impulso sexual normal. El deseo sexual puede variar considerablemente según las personas, por lo tanto es difícil definir cuando un deseo sexual es tan bajo que es patológico. De todas formas se considera que la ausencia total de deseo no es normal (ausencia total de todo tipo de práctica y de fantasías).

Determinar que hay una disfunción sexual es fácil cuando se ha reducido notablemente un deseo sexual preexistente, pero el problema se hace más complejo cuando éste ha estado inhibido desde siempre.

Suele tener como causas el exceso de estrés, una educación muy rígida y una mala comunicación con la pareja.

Adicción al sexo o sexo compulsivo

Denominado **ninfomanía** en la mujer y **donjuanismo** en el hombre.

3 ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y DIVERSIDAD SEXUAL

El concepto de normalidad sexual

La **conducta sexual del ser humano** presenta **componentes biológicos** (se deduce fácilmente si se compara con la de los animales inferiores al ser humano en la escala evolutiva) pero es evidente que **la influencia ambiental tiene un papel determinante** cuando se comparan los comportamientos sexuales de culturas diferentes. Así es muy difícil separar claramente lo que una persona hace siguiendo sus deseos individuales y lo que hace siguiendo las **normas que impone la sociedad** sobre lo que es correcto o incorrecto, y **lo que se considera normal**.

Muchas veces podemos encontrarnos con la **preocupación por saber si nuestro comportamiento sexual individual es normal**. Es preciso tener en cuenta que en esta idea hay conceptos diversos, por ejemplo:

El coito cara a cara es lo más habitual en nuestra sociedad y muchas otras culturas pero, por ejemplo, para los indígenas de las islas Trobriand es una práctica indigna y despreciada.

Pensemos en otros ejemplos históricos: la masturbación, la homosexualidad (ensalzada en la Grecia antigua), la prostitución (reservada en Egipto y Mesopotamia a las sacerdotisas), el incesto (permitido entre faraones), la poligamia (aceptada en un tercio del mundo), etc. han sido y son distintamente valorados a lo largo de la historia y las distintas culturas.

1. Se puede **considerar normal lo que es habitual**: lo que hace casi todo el mundo. Aunque hay prácticas que muchos no confiesan y se creen minoritarias cuando no lo son.
2. **La normalidad se corresponde con lo que es natural**: incluso se llega a decir que lo que es normal es natural, y por tanto, es el comportamiento que hay que seguir: este razonamiento es una falacia, una conclusión muy extendida pero muy equivocada.

Sobre la conducta sexual humana **se pueden establecer cuáles son los comportamientos más habituales** a través de estudios estadísticos que se aplican a una sociedad determinada. Y también **se puede llegar a establecer cuáles son naturales** con la observación de comportamientos comunes entre culturas diferentes e incluso observando las diferentes especies animales. De esta manera **podemos encontrar que hay comportamientos que no son habituales pero que en cambio son naturales**, porque hay diversas sociedades que los practican.

El problema surge cuando se considera que el que se acepta como normal es el modelo aceptado socialmente y, por tanto, sólo ese es el correcto. Pero: **¿Nada más es correcto lo que es habitual?**, y además: **¿Habitual dónde y cuándo?**. De hecho las valoraciones cambian mucho según las culturas.

Lo más importante es que **la misma valoración de una práctica sexual condiciona que sea más o menos habitual**. Eso quiere decir que **las valoraciones culturales influyen de manera importante en la conducta sexual de cada persona**.

Así pues, no se puede hablar de normal y anormal en un sentido absoluto sino relativizándolo y basándonos en los estudios y las estadísticas realizadas sobre las distintas épocas y culturas. Los más importantes son los realizados en este siglo por psicólogos, sociólogos, antropólogos y sexólogos como **Freud, Kinsey, Master y Johnson, Margared Mead**, etc.

Aquí no pretendemos hacer juicios de valor sino simplemente analizarlo desde un punto de vista científico. Para poder entender como pueden llegar a ser de complejos y variados los comportamientos sexuales del ser humano es conveniente describirlos. Para ello nos centraremos en tres aspectos de la sexualidad respecto a los cuales hay, en nuestra sociedad unas tendencias mayoritarias (que definirían la "normalidad") y otras minoritarias (tan legítimas como las anteriores y de las cuales se diferencian sólo en que son menos habituales). Estos son:

- a) La identidad de género.
- b) La orientación sexual.
- c) La práctica sexual.

3.1 LA IDENTIDAD DE GÉNERO

3.1.1 Definición

Hablar del sexo al que pertenece una persona es más complicado de lo que parece. Veamos en qué sentidos se puede hablar de éste:

Sexo genético. Se determina en el momento de la fecundación: si la célula original formada por la unión del óvulo con el espermatozoide, tiene los cromosomas sexuales XX, será de sexo femenino; en cambio, si los cromosomas sexuales son XY, será de sexo masculino. La mujer siempre aporta el cromosoma X, el hombre puede aportar el X o el Y.

Sexo anatómico. Los cromosomas sexuales determinan que se formen las glándulas sexuales femeninas, los ovarios, o las masculinas, los testículos. Según las hormonas que elaboren estas glándulas, las estructuras embrionarias genitales adquirirán las características femeninas o masculinas respectivamente.

Sexo legal. En el momento del nacimiento, según el aspecto de los genitales del recién nacido, se le signa un sexo legal.

Identidad de género. A partir de este momento, *a medida que se va creciendo se va adquiriendo lo que se denomina identidad de género, es decir, la persona se sentirá hombre o mujer. Y consecuentemente adoptará un rol genérico de sexo, es decir, que sus actitudes y comportamientos corresponderán en una medida más o menos importante con los estereotipos que la sociedad estipula a los hombres y a las mujeres.*

Lo más usual es que el sexo genético se corresponda con el anatómico y el legal, y la persona adopte una identidad y un rol genérico concordante. Pero no siempre es así.

3.1.2 Estados intersexuales

Es posible que en el transcurso de la gestación diversas alteraciones hormonales provoquen que la conformación de los genitales externos no concuerde con el sexo genético.

Las estructuras embrionarias de los órganos genitales en el hombre y en la mujer son originariamente iguales y depende de las influencias hormonales que se desarrollen de una u otra manera. Así puede suceder que, por ejemplo, un feto con cromosomas sexuales XX, que habría de desarrollar genitales

femeninos, a causa de altos niveles de hormonas masculinas pueda presentar en el nacimiento genitales propios del sexo masculino, como pene, escroto, etc. E igualmente un feto con cromosomas XY y una marcada deficiencia de hormonas sexuales masculinas, tendría un pene pequeño que parecería un clítoris y tendría unos labios mayores en vez del escroto. Estos casos se denominan estados intersexuales aunque popularmente se conozcan como **hermafroditas**.

El hermafroditismo puro sería una persona que tuviera una glándula sexual masculina y una femenina, es decir, un testículo y un ovario. Es muy poco frecuente. Lo más común, dentro de lo poco frecuente de estos casos, es lo que se denomina pseudohermafroditismo, que es cuando las glándulas no se corresponden con los genitales (lo arriba descrito).

Cuando se detecta al poco de nacer reciben tratamiento hormonal y quirúrgico para adaptar las estructuras genitales al sexo genético. El éxito de este tipo de operaciones es muy alto posibilitando un perfecto funcionamiento sexual.

Cuando se detecta en edades más adultas es mucho más complejo puesto que la persona ya ha adoptado la identidad de género y el rol sexual que se corresponde con el aspecto de sus genitales. En estos casos se decide qué hacer según las circunstancias y la persona, a veces no se hace nada, y a veces se realiza la modificación hormonal y quirúrgica -normalmente para hacer coincidir el sexo anatómico con el rol genérico de sexo que haya adquirido-.

3.1.3 La transexualidad

Usualmente no sucede lo descrito en el apartado anterior y en el momento de nacer y, según el aspecto de los genitales, se determina si se trata de un niño o una niña. La familia le educará según las modas o costumbres que en esa sociedad se le otorgue a los miembros de ese sexo.

Hacia el año y medio de vida ya se ha gestado lo que se denomina la identidad de género, es decir el sentimiento subjetivo que toda persona tiene respecto al género sexual al que pertenece. Entonces comienza a desarrollar comportamientos acordes con lo que cada sociedad determina para los diferentes sexos. Estos comportamientos, aquello que decimos o hacemos para indicar a los otros o a nosotros mismos el grado en qué somos hombres o mujeres es lo que se denomina rol de genérico de sexo. Esta es la expresión pública de la identidad de sexo, que es una experiencia privada.

Definición

En la mayoría de los casos, la identidad de género se corresponde con el sexo físico de cada uno, pero en otros **sí que se presenta un conflicto con relación a la identidad de género y las características físicas de la persona**: hay quien tiene una conformación física típica del género masculino pero se consideran mujeres; o al contrario, personas de aspecto típicamente femenino que se consideran hombres: es lo que se denomina **transexualidad**.

Estadísticas

Aproximadamente, pues es difícil establecerlo rigurosamente:

De hombre a mujer:

Australia 1 de cada 24.000 habitantes.

Suecia 1 de cada 37.000 habitantes.

Estados Unidos 1 de cada 100.000 habitantes.

De mujer a hombre:

General 1 de cada 130.000 habitantes.

Aclaraciones

Se debe hacer una serie de **aclaraciones** entorno a **falsas ideas** que se tienen acerca de las personas transexuales:

- a) **La no identificación que se produce en estas personas es radical y absoluta.** No es simplemente tener una actitud crítica frente a los estereotipos de rol de género, hoy en día hay mucha gente que se cuestiona y no acepta los que predominan en nuestra sociedad: ideas como que la mujer ha de llevar faldas y ser siempre pasiva, o que el hombre no puede ser tierno o no debe ocuparse del cuidado de los niños son criticadas por la mayoría.
- b) **No se deben confundir con las personas homosexuales.** En éstas no se produce un conflicto de identidad de género. Los homosexuales masculinos se sienten hombres y los femeninos mujeres. En realidad la persona transexual, aunque parezca que tiene relaciones homosexuales no es homosexual, pues no se siente atraída por las personas de su mismo sexo (el sexo del que ellos se sienten: identidad de género) sino por las del sexo contrario.

- c) **No se deben confundir con las personas que practican el travestismo.** En éstas tampoco se presenta un conflicto de identidad de género. La persona que practica el travestismo, como veremos en el tema de las parafilias, se viste con la ropa del otro sexo para buscar excitación sexual.
- d) **No es una enfermedad mental.** Los trastornos psicológicos y psiquiátricos observados en algunas personas transexuales no pueden ser considerados la causa de su conflicto, sino la consecuencia de *tener que hacer frente a una sociedad que no entiende la situación real de estas personas y que en general rechaza todo aquello que es atípico.*

La persona transexual se "*siente atrapada*" en un cuerpo con un sexo anatómico diferente al suyo propio subjetivo, desarrollando una actitud de rechazo y aversión, incluso odio, hacia aquellas características del cuerpo que no coinciden con sus aspiraciones: sea hacia el pene y la barba, en unos casos, o frente a la menstruación o los pechos en el otro. Esto les suele llevar a intentar modificar su aspecto corporal con el fin de adoptar las características del sexo con el que se identifican.

Origen y causas

La identidad de género es el *resultado de la combinación de varios factores: biológicos, ambientales y psicológicos.* Si como decíamos ya está establecida al año y medio de edad habrá de ser en ese período en el que estén las causas de la transexualidad. Sin embargo hoy por hoy *se desconocen sus posibles causas aunque se hayan aventurado algunas.* Por ejemplo, se dice que un factor que predispone es el que exista una relación muy estrecha entre el niño y la madre, y una ausencia relativa del padre. O bien la identificación de una niña con el padre mientras la madre está ausente por causas diversas. Pero si bien estas circunstancias explican algunos casos su existencia no supone necesariamente la aparición del conflicto. Es *más común la incidencia de factores ambientales* como el caso de una madre que deseando haber tenido una niña al tener un niño lo educa como si fuera una niña, y viceversa.

Desarrollo

Habitualmente, la idea de pertenecer a un sexo diferente al que se aparenta físicamente ya existe en la infancia. El niño o la niña ya tienen una sensación de conflicto entre su sexo anatómico y el deseo de ser o bien de afirmar que se es del otro sexo. Y esto se manifiesta en conductas atípicas.

En las niñas se manifiesta a menudo en la formación de grupos de amistad con niños, en su interés por los deportes y juegos violentos, y el rechazo de los juegos de muñecas y otros parecidos. Pero, no es que la niña no acepte el estereotipo femenino, sino que tienen un sentido profundo de masculinidad. Incluso algunas de ellas creen que al crecer el cuerpo les irá cambiando y adoptará las características de los hombres, que no les saldrá pecho, que les crecerá el pene o que no se podrán quedar embarazadas.

En los niños se produce un interés por las actividades estereotipadamente femeninas. Así, en general, prefieren llevar vestidos de niña o mujer y tienen un deseo compulsivo de participar en juegos de niñas, evitan los juegos deportivos o violentos, etc. Pero, no se trata de niños afeminados, o que les guste jugar con muñecas -esto es más normal en la sociedad actual- sino de niños que se sienten profundamente femeninos. Incluso, algunos de ellos, creen que el pene y los testículos son desagradables, que desaparecerán o que sería mejor que no los tuvieran.

Problemática

Una característica muy común al transexual es que *su identidad de género no les plantea en sí misma ningún conflicto. Lo que si les resulta conflictivo es el aspecto físico que tienen y la reacción de los que le rodean delante de su comportamiento. Han de aguantar la incomprensión, el rechazo y las burlas de los otros. Y esto sí que les crea conflictos.*

Algunos padres han tratado el problema como una enfermedad y han recurrido a tratamientos hormonales y psiquiátricos para intentar resolverlo sin éxito. Y es que en estos casos lo más recomendable no es intentar variar la identidad de género de la persona sino el ayudarle a convivir con su físico, o ayudarle a cambiarlo si así lo desea.

Los transexuales se han asociado para poder defender sus derechos (cambio de nombre en el DNI, inclusión del cambio de sexo en el sistema público de salud,...) y hacerse respetar. Aquí en Cataluña existe una asociación denominada **Colectivo de Transexuales de Cataluña:**

<http://www.transsexualitat.org/Pnuke/index.php>

El cambio de sexo

El conflicto a medida que la persona transexual va creciendo se agudiza haciéndole sentirse atrapada en un cuerpo que no le corresponde y este sentimiento no lo pueden cambiar. Esto hace que muchas de ellas inicien tratamientos hormonales y delicadas y repetidas

operaciones para poder adecuar la apariencia de su cuerpo a su identidad de género. Esto sucede tanto en hombres como en mujeres consiguiéndose resultados bastante satisfactorios al nivel de genitales externos.

- *En los hombres* se extirpa el pene y con el escroto se forman los labios, se crea una vagina, se hacen crecer los pechos por tratamientos hormonales o implantes de silicona, se depilan para hacer desaparecer el vello, etc.
- *En las mujeres* se les rebajan los pechos y se le implantan penes -con carne de su propio antebrazo- que poseen sensibilidad aunque requieren de prótesis para poder tener erecciones. Lo que no se puede cambiar hoy por hoy son los genitales internos, básicamente las glándulas sexuales, ni el transexual masculino puede tener hijos o ovular, ni el femenino puede eyacular.

En España el cambio de sexo **se legalizó en 1.983** y desde entonces se han dado unos 50 casos. El Parlamento Europeo ha aconsejado a los países miembros la cobertura económica por parte de los sistemas de sanidad públicos de este tipo de intervenciones dado su alto coste. En nuestro país la única comunidad autónoma que ha incluido el cambio de sexo en la sanidad pública es la andaluza.

3.2 LA ORIENTACIÓN SEXUAL

3.2.1 Definición

La **orientación sexual** señala *de qué sexo son las personas que nos atraen*, es decir, indica nuestras preferencias a la hora de elegir el sexo de las personas con las tenemos relaciones sexuales. Hay tres opciones u orientaciones sexuales posibles:

1. Que sean del sexo contrario. Es la postura más usual. En este caso nuestra orientación será **heterosexual**.
2. Que sean de nuestro propio sexo. En este caso nuestra orientación será **homosexual**.
3. Que sean de ambos sexos. En este caso nuestra orientación será **bisexual**.

Informe Kinsey

Para estudio de la orientación sexual partimos del estudio científico más riguroso que se ha hecho hasta el momento, el realizado por el sexólogo norteamericano **Alfred Kinsey** (1.864-1.956) en la década de los 40 en los EEUU sobre una muestra de 12.000 encuestados.

Resultados en Hombres

El **37%** Habían tenido alguna experiencia homosexual con orgasmo. En muchos casos esas experiencias se habían tenido cuando eran jóvenes. Sobre todo los que después pasaron a ser heterosexuales exclusivos.

El **18%** Habían tenido alguna experiencia homosexual tan intensa como la heterosexual durante al menos tres años.

El **13%** Habían tenido más experiencias homosexuales que heterosexuales.

Entre el **3%** y el **10%** Eran homosexuales exclusivos.

Resultados en Mujeres

El **28%** Eran eróticamente atraídas por otras mujeres.

El **11%** Habían tenido alguna experiencia homosexual con orgasmo.

Entre el **1%** y el **3%** Eran homosexuales exclusivos.

☞ La orientación sexual es una especie de continuum donde cada persona se sitúa de forma más o menos estable -con más o menos

variaciones- *habiendo desde las posturas más exclusivas a las más eclécticas.*

☞ **Más que individuos con tendencias sexuales puras** en un sentido u otro, la **escala de la orientación sexual** en la persona abarca desde los heterosexuales más exclusivos a los homosexuales absolutos, pasando por **toda una serie de estados intermedios**, y **todas las personas poseen varios tipos de tendencias aunque sólo manifiesten una**. Este hecho, junto a otros como la **inicial orientación neutra de los juegos sexuales infantiles**, induce a pensar en una sensible **ambigüedad innata en el comportamiento sexual**, que cada ambiente -la educación, en su sentido más amplio- se encargaría de moldear.

Conclusiones

La orientación sexual no es algo que se determine:

1. **"naturalmente"** (no se puede hablar de orientaciones naturales y antinaturales),
2. **ni de forma inmediata** (evoluciona con la sexualidad y se suele definir en la adolescencia),
3. **ni tampoco definitiva** (en la sexualidad adulta pueden producirse variaciones). *Hay personas que, en diferentes épocas de su vida, tienen una orientación sexual variable. Durante la adolescencia, por ejemplo, los contactos homosexuales son habituales, especialmente como experiencia de aprendizaje entre chicos que manifiestan después una experiencia exclusivamente heterosexual. También son comunes los contactos homosexuales ocasionales en personas que tienen preferencias heterosexuales en función de las circunstancias que hayan de vivir: cárceles, servicio militar, internados, etc. Y también, personas que habían tenido solamente experiencias heterosexuales y en un momento de su vida comienzan a tener relaciones homosexuales casi exclusivamente.*

3.2.2 La homosexualidad

Definición

La palabra homosexual designa la orientación sexual de aquellas personas que se sienten atraídas por las personas de su mismo sexo. En este término el prefijo *homo* deriva del griego y significa "igual", no se deriva, como cree mucha gente, del mismo prefijo griego que significa "hombre". Por lo tanto, la palabra

homosexual designa tanto la atracción de un hombre por otro hombre como la de una mujer por otra mujer.

Hay otros términos que se utilizan para designar a las personas que presentan preferencias homosexuales. El término **gay**, la etimología del cual significa alegre, con que a menudo se designa a los hombres homosexuales. El término **lesbiana** utilizado para las mujeres. Este tiene su origen en la isla griega de Lesbos (actualmente Mitilene) donde en el siglo VII a. C. vivió Safo sacerdotisa que hacía poemas que hablaban de amor entre mujeres.

Historia de la actitud social ante la homosexualidad

La moral imperante en nuestra sociedad siempre ha condenado a la homosexualidad y ha instado a la represión de esta variante de la conducta sexual. Entre las referencias que tenemos sobre los pueblos antiguos siempre hay aspectos que evidencian las prácticas homosexuales. Es el juicio sobre el tema lo que cambia. Por ejemplo era *tolerada, incluso idealizada* a veces, *entre griegos y romanos*, y en cambio era *condenada entre los judíos* -lo que no significa que no se practicara -. En la Edad Media, *la Inquisición condenaba a los homosexuales a la hoguera*. En *Inglaterra* se les aplicaba *la pena de muerte no hace más de un siglo*.

En los *últimos años* las actitudes sociales frente a las prácticas homosexuales se han hecho *más tolerantes* -sobre todo si no se manifiestan públicamente -. Esto es consecuencia del movimiento liderado por los hippies en los años sesenta que supuso una auténtica *revolución sexual*, del *mayor conocimiento del tema* - Informe Kinsey y otros- así como de la *lucha que han realizado las asociaciones de homosexuales* en favor del respeto hacia las preferencias sexuales de todas las personas.

La homosexualidad en otras culturas

Exponemos a continuación los estudios de **Ford** y **Beach** sobre las prácticas homosexuales en 76 culturas:

En 27 de ellas:

Las relaciones homosexuales eran aceptadas de forma diferente. Los ejemplos son variados: entre los **Siwan** africanos todos los hombres mantienen relaciones bisexuales, o entre los **Aranda** australianos es habitual que las mujeres se masturben mutuamente.

En 49 de ellas:

Las actividades homosexuales eran extrañas. A veces los investigadores no las pudieron constatar y a veces se practicaban en secreto. La valoración de la homosexualidad en estas culturas era negativa, condenada e incluso, en ocasiones, castigada con la pena de muerte.

Conclusiones:

- a) Si bien la heterosexualidad es la conducta predominante, en la mayor parte de las culturas se constata la actividad homosexual..
- b) Si se trata de sociedades que aceptan las prácticas homosexuales, casi todos los individuos mantienen relaciones con los dos sexos. Si se trata, en cambio, de culturas que la reprimen, la frecuencia disminuye pero no se erradica.
- c) Siempre en todas las sociedades hay individuos que mantienen relaciones homosexuales.

Origen y causas

Toda persona al nacer dispone de una capacidad potencial para responder a estímulos tanto heterosexuales como homosexuales. Si habitualmente se considerara que la orientación sexual es una variante de la conducta sexual humana no tendría demasiada importancia hablar de su origen, como no nos preguntamos por el origen de la heterosexualidad. Pero la verdad es que *la homosexualidad no solamente ha estado considerada como un vicio, un acto inmoral sino también como una enfermedad. Y para intentar demostrarlo se han elaborado muchas hipótesis que los conocimientos científicos actuales han contradicho de una manera clara. Se han barajado orígenes de tipo genético, hormonal y endocrino pero se puede afirmar que no hay ningún dato concluyente que pueda confirmar una base biológica de la orientación sexual.*

Tampoco se puede afirmar que es una enfermedad fruto de alteraciones psicológicas o psiquiátricas. Hasta hace poco se aplicaban terapias

de tipo conductista con el intento de variar la orientación de las personas. Éstas consistían en provocar aversión hacia las personas del mismo sexo, por ejemplo, aplicándoles descargas eléctricas mientras proyectaban imágenes eróticas en las que se veían relaciones homosexuales. Los resultados fueron muy contradictorios y fundamentalmente porque *no se puede curar una enfermedad que no lo es*. En los estudios realizados por Schofield se llegó a conclusión de que *no se pueden encontrar características de personalidad inherentes a los homosexuales que permitan diferenciarlos de los heterosexuales exclusivos*. Si se han encontrado conflictos psicológicos en homosexuales, éstos no son la causa de su homosexualidad sino la consecuencia de las presiones que la sociedad impone al rechazar las prácticas homosexuales. Esta represión social genera en ocasiones actitudes enfermizas: valoración negativa de sí mismo, timidez, afeminamiento o masculinización, inhibición en la relación con el mundo heterosexual, etc.

La **Organización Mundial de la Salud no la acepta como enfermedad**. El Consejo de Europa en 1.981 declaró que la homosexualidad se ha de considerar simplemente como una variante más de la conducta sexual y no como una enfermedad. Esta resolución fue aceptada en 1.983 por el **Parlament de Catalunya**, y en el año 1.985 por las **Cortes del Estado Español**.

Modelo de conducta y personalidad

Hay un gran desconocimiento de la *práctica homosexual* así como de las *relaciones personales* entre homosexuales. Muy a menudo lo que se afirma de estos temas está teñido de *prejuicios y falsas ideas*.

Personalidad

Hay varias ideas erróneas entorno a los homosexuales que vamos a intentar aclarar:

1. **En un homosexual no hay un conflicto de identidad de género:** está contento con su sexo anatómico y no quiere cambiarlo. No se puede confundir con un transexual.
2. **Un homosexual no tiene porqué ser afeminado o tener un aspecto típicamente femenino, igualmente una lesbiana no ha de tener un aspecto estereotipadamente masculino.** Suelen tener un aspecto similar a la mayoría del resto de las personas de su sexo. De hecho también hay hombres afeminados que no son homosexuales, y mujeres masculinizadas que no son lesbianas.

En esta idea tan extendida influyen dos factores:

- a) Lo que se denomina **mentalidad homofóbica**, predominante en nuestra sociedad, es decir, *la aversión de algunas personas hacia la homosexualidad*, que les hace *buscar estereotipos con los cuales no se puedan identificar*. Así, es más habitual que toleren los homosexuales que mantienen unas actitudes corporales o comportamientos más parecidos a los considerados femeninos. Habría que tener en cuenta que a partir de la década de los setenta en Estados Unidos se inició en diversos sectores homosexuales la moda del denominado "**macho-man**", o "**leather**" que establece un aspecto y un comportamiento exageradamente masculino: muy musculados y con un comportamiento rudo y una manera de vestir agresiva. Esta corriente se ha extendido posteriormente a otros países del mundo.
- b) La **falta de modelos sociales y en los medios de comunicación** que sean positivos. El estereotipo era la única imagen con la que se encontraban los jóvenes homosexuales lo que llevó a algunos a imitarlo buscando la identificación. Aún hoy la imagen estereotipada del homosexual sigue apareciendo en *chistes vejatorios* y en muchas películas se sigue ofreciendo de ellos una *imagen ridícula o de psicópatas*, pero también empiezan a aparecer, en series de televisión y algunas películas, homosexuales cuya actitud se aleja totalmente del estereotipo y se encuadra en la más absoluta normalidad.

Relaciones personales

No se puede establecer un único modelo estándar si bien hay algunas diferencias respecto a la conducta heterosexual. Los hombres homosexuales acostumbran a tener más compañeros sexuales que las personas heterosexuales y que las lesbianas -son más *promiscuos*-. Es preciso matizar que esto es una generalización, que si bien es verdad que hay hombres que mantienen relaciones efímeras con muchos compañeros, a veces desconocidos, también hay parejas estables de hombres homosexuales, incluso hombres casados y con familia constituida que, abiertamente o en secreto, mantienen relaciones con otros hombres.

Entre las mujeres homosexuales la relación habitual acostumbra a ser diferente. Consideran más importante el nivel de afectividad y el romanticismo que las prácticas sexuales genitales. Las

relaciones son menos esporádicas y con tendencia a crear parejas estables. Pero también este aspecto varía según las personas e incluso hay mujeres casadas y con hijos que manifiestan preferencias predominantemente homosexuales.

En conclusión se puede afirmar que *en las relaciones homosexuales de pareja hay tantas variedades y tipos como en las parejas heterosexuales.*

La práctica sexual

Otro mito es considerar que hay homosexuales que hacen papeles activos y otros que son pasivos. Esta idea es anticuada y, según las investigaciones, equivocada. En realidad, esta idea se relacionaba con el coito anal, y se consideraba activo el que penetraba y pasivo el que era penetrado. De hecho, el coito anal no es la práctica más frecuente entre los hombres homosexuales. Y además, entre los que la realizan, aunque haya una determinada preferencia, los papeles suelen cambiar de una manera dinámica. Lo mismo se puede afirmar de otras prácticas.

Problemática

☞ **Ejercicio de empatía:** Imagínate que un día te despiertas y toda la sociedad se ha vuelto homosexual. Imagínate vivir en una sociedad en la que continuamente te estuvieran diciendo que has de ser homosexual: en los anuncios, las películas,... Que no pudieras expresar públicamente tus sentimientos ni tu amor a la persona que quieres.

Los homosexuales están discriminados en nuestra sociedad pese a la aparente mayor tolerancia existente. Se ven obligados, en muchos casos, a *llevar una doble vida sin poder expresar públicamente su afectividad*. Se ven obligados a moverse por lo que se denomina el **ambiente** un circuito de bares, discotecas, saunas, cines y parques que les sirven de lugar de encuentro, reunión y contacto. Estos son muy similares al resto que frecuentan los heterosexuales pero acaba convirtiéndose en un *getho* al que se ven reducidos porque *sólo tan sólo en esos lugares pueden ser ellos mismos, expresarse como tales* (con esto no hacemos referencia a expresarse tal como los estereotipos que hemos criticado arriba, sino simplemente al poder besar a su pareja, cogerle de la mano o abrazarle).

Cuando se expresan públicamente siguen arriesgándose a ser víctimas de insultos o incluso agresiones. Les son negados derechos jurídicos que tienen el resto de las parejas como declaración conjunta fiscal, derechos de subrogación de pisos, herencia, viudedad, seguros,

seguridad social -en el caso de que la posea sólo un miembro de la pareja-, derecho de adopción, etc.

A veces hay la idea equivocada de que la respuesta social frente al lesbianismo es menos severa que frente a la homosexualidad masculina. Pero en realidad esto no es así y refleja el hecho de la escasa preocupación social por la sexualidad de la mujer y el hecho de que las lesbianas acostumbran a tener relaciones más íntimas y privadas que los hombres homosexuales.

Para luchar contra la discriminación y ayudar a los jóvenes que se sienten homosexuales y se encuentran solos frente a esta sociedad hostil se han formado diversas asociaciones de homosexuales como:

- **Coordinadora Gai-Lesbiana de Catalunya,**

Teléfono rosa: 900.601.601

<http://www.cogailes.org/>

- **Front d'Alliberament Gai de Catalunya (FAGC),**

<http://www.fagc.org/news.php>

Casal Lambda

<http://www.lambdaweib.org/>

- **Col.lectiu Gai de Barcelona (C.G.B.).**

<http://www.colectiugai.org/>

Estas hablan con los partidos políticos y las instituciones intentando que se reconozcan sus derechos y se acepten sus reivindicaciones (**Voto rosa**). Tienen actividades sociales como charlas, cursos, talleres, etc. y centros de reunión donde se puede encontrar información y apoyo. Se han organizado también para luchar contra el SIDA y hacer campañas de sensibilización dirigidas a toda la población intentando que comprendan y conozcan la manera de ser y vivir de las personas que tienen esta orientación sexual reclamando para todos ellos la tolerancia y el respeto.

ANEXO: La homosexualidad entre los animales

Entre los animales **la conducta sexual predominante es la heterosexual pero** estudios científicos como los de **Ford y Beach** han puesto de manifiesto que **también hay relaciones homosexuales**. Ponemos algunos ejemplos de cómo se dan éstas:

Práctica eventual o accidental: cuando, por ejemplo, una rata macho ha estado un largo período sin tener relaciones sexuales intenta copular con otra rata cuando puede sin diferenciar si es macho o hembra.

Práctica mantenida: **McBride y Hebb** en sus estudios sobre los cetáceos, han documentado el caso de dos marsopas machos que intentaban copular y estaban muy unidas durante largas temporadas. En muchas más especies sucede lo mismo pero es de destacar el caso de los primates - tan relacionados evolutivamente con el hombre -. **Hamilton** constata relaciones homosexuales tanto entre machos como entre hembras, habiéndose documentado en el caso de los primeros prácticas de coito anal.

Conclusiones: parece ser que la actividad homosexual, si bien no es predominante ni exclusiva, se da con una cierta frecuencia entre los mamíferos, especie a la que pertenecemos. Por lo que no se le puede

3.3 LA PRÁCTICA SEXUAL

3.3.1 Prácticas más comunes

La masturbación

Llamada también autoerotismo u onanismo, la masturbación **consiste en la estimulación de los órganos genitales para obtener placer erótico** -habitualmente el orgasmo- por medios distintos a la relación sexual. Por lo general, la estimulación la lleva a cabo la propia persona en solitario, aunque también puede hacerse en compañía de otra persona, observadora o colaboradora en menor o mayor grado. De acuerdo con ello, se denomina **automasturbación** al acto en el que una persona se estimula a sí misma, y **heteromasturbación** cuando es estimulada por otra.

Informe Kinsey: La masturbación.

El porcentaje de personas que se masturban hasta llegar al orgasmo es el siguiente:

Hombres	92%
Mujeres	entre el 50% y el 65%.

Los métodos de masturbación son variados:

En los hombres: la forma más habitual es recorrer el pene en erección con una o ambas manos, de arriba abajo, en un movimiento rítmico similar al del miembro masculino dentro de la vagina. A veces se acompaña con la estimulación del escroto o de la zona anal - introduciéndose un dedo -. También hay otras múltiples variantes menos directas como el frotamiento contra las sábanas, la almohada, o con objetos (revistas, muñecas hinchables, etc.)

En las mujeres: las técnicas masturbatorias son más variadas pero la más frecuente es la fricción de la vulva y la estimulación del clítoris, por sus lados y circularmente entorno a él, bien con la mano, bien con objetos diversos. A veces se acompaña con caricias en los pechos o la introducción de objetos en la vagina. La masturbación intravaginal, menos practicada, exige ya instrumentos cuya forma y textura recuerden a los genitales masculinos (penes artificiales, vibradores, etc.). Sobre todo, en

estos casos, se ha de tener precaución y no utilizar objetos demasiado rígidos o que se puedan romper y entonces les queden cantos afilados.

En la masturbación la excitación no proviene sólo de los estímulos táctiles, sino también de la imaginación y la fantasía ayudada a veces de imágenes eróticas o literatura del mismo tipo. Las fantasías suelen ser muy variadas y a veces incluyen la imaginación de prácticas que en realidad son tabú para la persona (violaciones, experiencias sadomasoquistas u homosexuales, etc.).

La masturbación constituye una forma de expresión sexual muy extendida, sobre todo durante la infancia y la adolescencia - aunque no hay que caer en el tópico de que es una práctica exclusiva de esas edades, recordemos que también puede tener lugar en el juego erótico de cualquier pareja como un elemento más -. Es un elemento fundamental en los primeros pasos prácticos del aprendizaje sexual.

La actitud social ante la masturbación en la historia.

La actitud social ante la masturbación ha variado según las épocas y las civilizaciones:

Mientras algunas **culturas primitivas**, como **la griega clásica, la antigua hindú o la romana clásica**, mantuvieron una actitud permisiva o abiertamente **favorable**, otras, especialmente la **judeo-cristiana** y sus derivaciones, han destacado su **rechazo** de lo que se consideraba una doble falta: la aberración de un placer sexual cuyo objetivo no era la procreación, agravado por su carácter "antinatural".

A principios del siglo XVIII la medicina acudiría en refuerzo de las tesis morales tradicionales en Occidente sobre la masturbación...masculina, claro está, porque **la femenina era sencillamente inimaginable**. Los médicos habían considerado, desde los tiempos preclásicos, que el "derroche" de semen era causa de debilidad física y de diversas enfermedades pero nunca lo habían definido como rotundamente peligroso hasta la aparición en Inglaterra de un folleto anónimo ("El onanismo o el horrible pecado de la polución por uno mismo") en el que se le atribuían consecuencias fatales: desde la locura, la ceguera y toda una gama de dolencias físicas, hasta enfermedades mentales hereditarias. Esta tesis permanecería vigente entre las máximas autoridades médicas europeas y americanas hasta prácticamente mediados del siglo XX.

Para científicos y moralistas, la masturbación -ahora ya en ambos sexos- **era sinónimo de degeneración física, mental e intelectual**, de depravación del carácter enfrentado e incapaz de dominar el vicio sexual. en consecuencia fueron ideados y puestos en práctica métodos de "ayuda", voluntaria o forzada, para conjurar el peligro: cinturones metálicos contra la masturbación; anillos con pinchos en su interior que actuaban en caso de la erección del pene; extirpación del clítoris, etc.

Estos datos se corresponden con lo que objetivamente sucede en nuestra sociedad entre la población adulta pero no todo el mundo acepta el hecho de masturbarse, especialmente a causa de determinadas ideas religioso-morales y también a los errores sanitarios de los que ha sido objeto.

Afortunadamente, la objetividad científica ha ido demostrando el error de tales planteamientos. **Desde un punto de vista médico y psicológico, la masturbación es inocua y hasta expresión de un comportamiento sexual saludable.** Determinadas corrientes sexológicas defienden incluso la automasturbación como una buena solución para las personas que viven solas o atraviesan circunstancias excepcionales, y la heteromasturbación como una forma de actividad sexual gratificante para parejas sexualmente equilibradas.

Para muchas personas, en la medida en que cuerpo y mente exigen una perfecta compenetración para que la sexualidad resulte beneficiosa y gratificante, la **pugna interior entre una creencia religiosa** muy enraizada contraria a la masturbación y **los datos científicos que la califican** como no perjudicial para la salud e incluso como normal entre la mayoría de la población masculina y femenina, **puede ser origen de trastornos mentales o psicosomáticos de cierta gravedad.**

La masturbación en los animales.

Es una conducta frecuente, el elefante se estimula el pene con la trompa, y hay animales que se lamen o se tocan con las patas, o se restriegan los genitales contra el suelo.

El juego erótico

Hablamos aquí de distintas **prácticas de estimulación sexual**, actividades sexuales no coitales centradas en la impresión de todos los sentidos y, más en particular, en la manipulación de determinadas zonas erógenas. El coito suele estar precedido de lo que se denomina juego amoroso: caricias, besos, palabras cálidas... Recordemos que esta práctica sexual, cuando no se sigue del coito, se denomina petting.

1. **El uso de los sentidos:** Lo más recomendable es que la fase de excitación se inicie lentamente, utilizando la vista del desnudo, el tacto, el gusto, el oído y el olfato, en la medida en que una comunicación amplia y sincera vaya haciendo caer los tabúes del falso pudor, de la luz, del desnudo o de la

originalidad de las caricias. **Las posibilidades son casi ilimitadas siempre y cuando la pareja intente hacer entrar en juego toda su riqueza sensorial**, porque cada uno de los sentidos tiene su propio valor y completa el de los demás.

La vista y el olfato, por ejemplo, desempeñan muchas veces un auténtico papel de iniciadores de la relación sexual sin que la pareja sea consciente de ello. Los movimientos corporales, la vestimenta, el perfume utilizado o el simple olor natural han constituido siempre poderosos estimulantes en los preliminares del juego erótico, independientemente de cada una de sus manifestaciones concretas según la época y el país. Otro tanto podría decirse del oído, con su capacidad evocadora ante el lenguaje, la música e incluso ante el silencio, y sobre todo, del gusto y del tacto, tal vez los sentidos más importantes en la estimulación sexual por la intensidad de su empleo. Tanto en los hombres como en las mujeres, las caricias manuales o bucales sobre el cuerpo significan un recurso casi instintivo en la relación erótica.

2. **Besos y caricias:** Todos los sexólogos modernos coinciden en considerarlos muy importantes tanto en el sentido de que son un fuente de placer excelente como por el hecho de que son un medio idóneo para conseguir una excitación que favorezca el desarrollo de la respuesta sexual (conseguir una erección adecuada y una lubricación vaginal suficiente para facilitar la introducción del pene).

El **beso profundo**, en el que contactan las lenguas, es una ceremonia exclusivamente humana (en los animales solo se observan algunos ademanes de contactos orales que lo recuerdan vagamente).

A partir de aquí el juego erótico tiene abierto el camino hacia cotas mayores de intensidad, principalmente con las primeras aproximaciones a las zonas erógenas.

La estimulación de los senos, ya sea manual o bucal, que entre los animales constituye una rareza es, de acuerdo con los estudios transculturales, una forma muy común en casi todas las civilizaciones humanas. Esta zona es inervada por muchísimas terminaciones nerviosas y sensitivas, y por tanto su estimulación acostumbra a ser placentera. Siempre dependerá de las preferencias de la mujer en concreto, habrá quien prefiera las caricias en otra parte de su cuerpo y hay a quien le son tan placenteras que por si solas son capaces de desencadenarle el orgasmo. En nuestra sociedad no es tan

habitual la **estimulación de los pechos masculinos** por parte de las mujeres pero también puede ser una fuente de placer para unas determinadas personas.

3. **Estimulación de los genitales:** es la práctica más generalizada de estimulación sexual, seguida o no por el coito (También lo es entre los animales). Suele acabar con el orgasmo. Los genitales pueden ser acariciados con la mano o la boca, por un solo miembro de la pareja o por los dos a la vez.

La estimulación manual de la vulva femenina o **efectuada con los labios y la lengua -práctica denominada cunnilingus-** acostumbra a conducir a la mujer al orgasmo con más facilidad que el coito. Incluso hay muchas mujeres que solamente obtienen orgasmos por la estimulación directa de esta zona, especialmente el clítoris. Como cada mujer es distinta el estímulo idóneo es siempre singular por lo que los sexólogos recomiendan que se aprenda, incluso que sea la misma mujer quien oriente al hombre.

La estimulación de los genitales masculinos por parte de las mujeres, tanto la manual, como la **bucal -denominada fellatio-** es menos habitual, como veremos en las estadísticas, aunque es una práctica en aumento así como se extiende la liberación sexual de la mujer.

Además de la estimulación directa puede llevarse a cabo también por **contacto intergenital**, es decir, con estimulación de los genitales de ambos miembros de la pareja por frotación mutua. Cuando sustituye al coito, el hombre eyacula frotando el pene contra la vulva, entre los pechos o entre los muslos de la pareja. Se debe recordar que tal práctica conlleva un riesgo de embarazo.

Veamos en relación con estas prácticas del juego amoroso los datos que nos aporta el **Informe Kinsey**:

Prácticas	Nivel cultural	
	Medio y alto	Estudios primarios
Juego amoroso en general		
Caricias sin coito (antes de casarse)	92%	88%
Lo mismo con orgasmo	81%	16%
Estimulación de senos y contacto bucal	81%	33%

Estimulación genital y sexo oral		
Sobre mujeres		
Estimulación manual	89%	75%
Estimulación bucal (Cunnilingus)	45%	4%
Sobre hombres		
Estimulación manual	75%	57%
Estimulación bucal (<i>Fellatio</i>)	Era evitada en el 58% de los casos y ocasional en el resto	

La encuesta realizada por el equipo de Kinsey muestra la realidad americana de hace algunas décadas pero observamos en ella que **cuanto más sube el nivel informativo general y menos prejuicios sexuales se tienen las cifras se modifican al alza**. Esta influencia del nivel educativo se explica por el hecho de que la sexualidad humana se aprende, y así no es extraño que una información general tenga una influencia considerable.

4. **Estimulación dolorosa:** los estudios transculturales demuestran que la relación sexual en algunas sociedades incluye ciertos tipos de estimulación dolorosa (pellizcos, arañazos, mordiscos, etc.) vinculados directamente con el grado de excitación del individuo. Estas efusividades son comunes a la mayoría de los seres humanos, aunque en otros grupos sociales no se manifiesten.

Conclusiones: A pesar del auge actual de todos los temas relacionados con el sexo y la sexualidad, los condicionamientos sociales y culturales que pesan sobre ellos continúan siendo muy importantes. Una de sus consecuencias es precisamente la limitación que ejercen sobre la actividad sexual, centrándola en exclusiva en la práctica del coito y reduciendo la importancia de otros "juegos eróticos". En realidad, toda la gama posible de estimulaciones, lejos de empobrecer la vida sexual, la enriquecen, porque al placer puede llegarse por muchos caminos, todos ellos permitidos siempre que no dañen la propia sensibilidad o la de la pareja.

El coito

Según estudios antropológicos, la práctica sexual más extendida en todas las culturas es el coito vaginal. **Aunque para muchas personas coito y actividad erótica tienen el mismo significado no se trata de conceptos equivalentes**. El coito representa solo

una manifestación, una fase -por más que culminante- de los múltiples aspectos del contacto sexual entre dos personas.

1. **Desarrollo:** se inicia con la introducción del pene erecto en el orificio de la vagina, hacia el interior de ésta, ayudado por su lubricación natural y los movimientos involuntarios y rítmicos de la pelvis del hombre y de la mujer. Una vez acoplados pene y vagina, los movimientos de la pareja irán aumentando progresivamente su cadencia, hasta que el roce continuo del pene con el clítoris y con el interior de la vagina desencadene las sensaciones propias del orgasmo.
2. **La duración:** total del proceso -el tiempo que pasa desde la introducción del pene en la vagina hasta que se produce la eyaculación- es muy variable y depende básicamente del tiempo que el hombre logre retrasar su eyaculación. El estudio de Kinsey señala que tres cuartas partes de los hombres encuestados, aunque lo intenten, no retrasan el orgasmo más allá de dos minutos, y un buen porcentaje no llega al minuto. Pero esto no indica la "normalidad" de la duración del coito, en muchos casos se interrumpe cuando está cerca el clímax y se vuelve a reiniciar de nuevo prolongando el tiempo total. Hay también muchos hombres que no eyaculan hasta pasados unos minutos y otros que lo hacen casi inmediatamente -eyaculación precoz-. Es recomendable un esfuerzo para que los dos miembros de la pareja lleguen a un clímax suficiente casi al mismo tiempo pero esto no se ha de convertir en una obsesión recordemos que los ritmos del coito de uno y otro no tienen porque coincidir; de hecho, sus velocidades de respuesta sexual son por naturaleza diferentes, y pretender que se aúnen siempre, al margen de cualquier circunstancia, puede hacer del juego erótico un motivo de preocupación y ansiedad. En el caso de que llegue al orgasmo el hombre antes no se ha de pensar exclusivamente en prolongar el coito sino también en efectuar otras prácticas, como las caricias manuales o bucales.
3. **La frecuencia:** es otra de las características propias de cada pareja y de cada persona. La mayoría de los estudios sexológicos hablan de 2 o 3 veces por semana, como promedio. La media asciende entre las personas menores de 25 años, y decrece progresivamente entre las mayores de treinta, salvo en los casos de las parejas recién constituidas o en el de las estériles. De todas formas esto es la media y hay casos excepcionales según las circunstancias, por ejemplo hay quien afirma realizar 25 coitos semanales y quien pasa meses sin realizar ninguno -aunque pueda-.

4. **Las posiciones:** la técnica sexual del coito implica toda una serie de maneras diferentes de llevarlo a cabo. Las posturas que pueden adoptarse **son enormemente variadas**, pero todas tienen una doble **utilidad** real: la **lucha contra la monotonía**, contra la costumbre rutinaria, y la experimentación de nuevas posiciones capaces de **augmentar el placer** en los dos miembros de la pareja, o en uno solo. El *Kamasutra*, un libro erótico clásico, explica hasta sesenta y cuatro modos diferentes, algunos de un elevado nivel de refinamiento. En su elección intervendrán, evidentemente, las preferencias o los conocimientos de cada pareja, pero **también existen razones fisiológicas a la hora de decidirse por unas u otras posiciones**. Así, dado que la eficaz estimulación del clítoris exige una presión directa sobre él, la postura más adecuada parece ser **la supina**, en la que el hombre yace boca arriba, con las piernas ligeramente flexionadas, y la mujer se sienta sobre él controlando la profundidad y la inclinación de la penetración. La estimulación del clítoris es así directa, y el pene actúa también sobre el fondo de la vagina; además, esta posición permite mantener la erección por más tiempo y, en consecuencia, retarda el orgasmo. Sin embargo, en la civilización occidental **la postura más clásica** ha sido siempre la contraria, es decir, la introducción del pene con el varón echado encima de la mujer, cara a cara, cuando precisamente esta postura es la que presenta mayores dificultades para el control de la eyacuación. En último término, la causa de su "popularidad" quizá habría que buscarla en que es la de mayor garantía para la fecundación y, sobre todo, en el papel pasivo que parece atribuir a la mujer en el coito, perfectamente acorde con el modelo tradicional en el que el hombre siempre había de llevar la iniciativa. Las posiciones en las que la penetración se realiza cara a cara, como las anteriormente descritas, diferencian también la conducta sexual humana de la animal. En éstos la penetración siempre se efectúa desde atrás.

En términos generales no hay ninguna postura que sea mejor que las demás, lo más aconsejable es practicar unas y otras a la búsqueda de descubrir nuevas fuentes de placer y romper la monotonía. La pareja, según las circunstancias - buscar más ternura, buscar más intensidad, etc. -, elegirá unas u otras. Lo que recomiendan los especialistas es no calcular siempre las posiciones, sino dejar que surja espontáneamente la que más se adecue a la situación.

Por último citar también que es cada vez más frecuente y extendida la práctica del **coito anal heterosexual**.

3.3.2 Los roles sexuales hombre/mujer: transfondo socio-educacional

La iniciativa puede partir de cualquiera de los dos miembros de la pareja, porque el tradicional estereotipo activo masculino y pasivo femenino refleja solo un *status* de conductas aprendidas, y no una realidad de aptitudes psicológicas o fisiológicas. El que haya quien cree que este modelo es lógico y natural se explica por la educación que hemos recibido. Los estudios efectuados observando el comportamiento de los animales mamíferos demuestran que la iniciativa se reparte entre hembras y machos. Este dato y los estudios transculturales nos llevan a concluir que si no existiera ningún condicionamiento cultural la iniciativa en las relaciones sexuales no sería una obligación o una prerrogativa masculina sino que, en cada caso particular, la tomaría el hombre o la mujer sin que el hecho fuera merecedor de ninguna otra consideración.

3.3.3 Las parafilias

Travestismo

Exhibicionismo

Vouyeurismo

Fetichismo

Paidofilia

Gerontofilia

Necrofilia

Zoofilia

Frolismo

Sadismo

Masoquismo

Asfixiofilia

Picacismo

Coprofagia

Normalidad, legalidad y naturalidad

Normalidad y salud psíquica

4 SEXUALIDAD Y SALUD

4.1 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.1.1 ¿Qué son las ETS?

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), también llamadas enfermedades venéreas (de Venus, diosa del amor) son procesos infecciosos transmitidos por el acto sexual o por contactos relacionados con este acto.

Son bastantes frecuentes y, por ello, es necesario que todos las conozcan, muy especialmente los jóvenes, y en general, las personas que son promiscuas, es decir, que tienen más de una pareja sexual.

4.1.2 ¿Cómo se pueden prevenir las ETS?

☞ *Tener un buen conocimiento de ellas.*

Hay que estar atentos y recordar las siguientes señales de alerta:

- ✓ En la mujer: flujo anormal, en cuanto a cantidad, color y olor. escozor o ardor en los genitales.
- ✓ En el hombre: secreción amarillenta en el pene (con dolor o sin él). escozor o ardor al orinar.
- ✓ Tanto en el hombre como en la mujer: presencia de arrugas en los genitales. Lesiones o úlceras en los órganos genitales. Presencia de ganglios inflamados en la zona de las ingles.

También hay que saber que las ETS pueden no producir ninguno de los síntomas descritos y una persona transmitirá la enfermedad sin saberlo. En casi todas entre la infección y los síntomas hay un período de incubación en el que ya se puede llegar a transmitir.



☞ *Utilización de preservativos en las relaciones sexuales.*

Si queremos que sean lo más seguras posibles se ha de utilizar en la penetración, en el contacto intergenital y el sexo oral.

☞ *Detección precoz y tratamiento inmediato.*

Acudir al médico o centro especializado ante cualquier signo sospechoso de enfermedad venérea. Muchas enfermedades de transmisión sexual tienen fácil curación si se diagnostican y se tratan precozmente. En cambio, cuando el diagnóstico se hace demasiado tarde o se aplica un tratamiento incorrecto, pueden llegar a ser muy difíciles de curar e, incluso, pueden dejar secuelas irreparables. Nunca se debe hacer automedicación.

☞ *Evitar la propagación.*

Aunque se disponga de métodos diagnósticos y de tratamiento apropiados para la mayoría de las ETS, muchas veces el peligro está en que la misma persona no sabe que la tiene o tiende a ocultarla. Las ETS se transmiten en cadena, es decir, la persona afectada puede contagiar a muchas otras personas y cada una de ellas originar a su vez nuevos contagios. Por lo tanto, cuando uno contrae una ETS ha de ponerlo en conocimiento de la persona o personas con las que recientemente se han mantenido relaciones sexuales, a fin de que sean tratadas también. En algunos casos puede ser que esas personas no manifiesten síntomas, pero pueden estar contagiadas también.

☞ *Realizar un tratamiento completo.*

La desaparición de los síntomas que se produce al principio no significa la curación de la enfermedad, por lo que es necesario continuar hasta el final del tratamiento prescrito por el médico. Un tratamiento incompleto puede ocultar los síntomas pero hacer que la infección siga desarrollándose en el organismo provocando que más tarde sea más difícil de curar o deje secuelas. Hay que recordar que algunas ETS pueden causar en fases avanzadas un grave perjuicio a la persona que la padece, como por ejemplo esterilidad, parálisis, demencia e, incluso, la muerte. También que en el caso de las mujeres embarazadas pueden afectar al feto y provocar que el recién nacido sufra graves alteraciones.

4.1.3 Microbianas

Gonorrea o Blenorragia

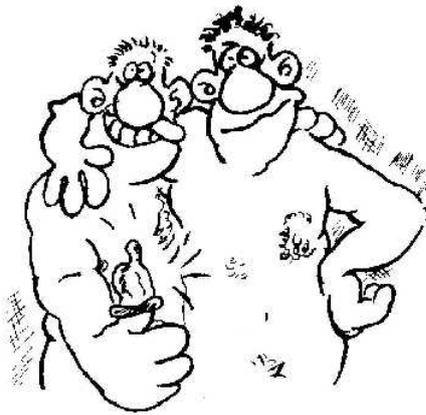
☞ *Provocada por:* la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococos).

⊕ *Descripción de los síntomas:*

- ✓ **En la mujer:** secreción vaginal, cambio en el olor o el color del flujo. Puede pasar desapercibida (en el 50% de los casos no presenta síntomas) siendo igualmente contagiosa.
- ✓ **En el hombre:** dolor o escozor al orinar. Secreción amarillenta por la uretra.

☒ *Vías de transmisión:* sexo oral o penetración sin preservativo.

☺ *Se combate con:* antibióticos.



Sífilis

☞ *Provocada por:* la bacteria *Treponema Pallidum*.

⊕ *Descripción de los síntomas:* úlcera no dolorosa en los órganos genitales (chancro) o en las mucosas bucales. Ganglios inflamados en las ingles y proximidades o en el cuello respectivamente. Si no se hace tratamiento pasadas entre una y cinco semanas los síntomas desaparecen, parece curarse espontáneamente pero se inicia la segunda fase. Alrededor de seis semanas después aparecen fiebres y una erupción cutánea en forma de manchas rosas en los genitales, las palmas de las manos y la planta de los pies, también úlceras en la boca y la garganta. Puede desaparecer sin tratamiento a las dos-seis semanas pero se inicia la tercera fase. A los diez o veinte años aparecen lesiones cerebrales, medulares, cardíacas, ceguera y parálisis. Puede provocar la muerte.

☒ *Vías de transmisión:* sexo oral o penetración sin preservativo.

☺ *Se combate con:* antibióticos.

Clamidias/Tricomonas

☞ *Provocada por:* estos dos tipos de bacterias que ocasionan la inflamación de la uretra, es decir, una uretritis. Es por eso que se engloban dentro de lo que se denominan uretritis no gonocócicas.

☺ *Descripción de los síntomas:* son muy similares a los de la gonorrea pero más ligeros por lo que a veces pueden pasar desapercibidos. Ligeras molestias al orinar como escozor o picor, secreción grisácea por la uretra en el hombre y ligero cambio de color o aumento en el flujo en la mujer.

☒ *Vías de transmisión:* por contacto sexual pero también por compartir toallas, sábanas o ropa interior infectada.

☺ *Se combate con:* antibióticos.

4.1.4 Hongos

Candidiasis

☞ *Provocada por:* unos hongos denominados *cándidas*.

⊖ *Descripción de los síntomas:* forma unas manchas de color blanquecino en la piel que producen escozor. Se puede localizar en todo el cuerpo aunque preferentemente en las zonas genitales. Suelen desaparecer y aparecer por temporadas pero no se curan solos.

⊗ *Vías de transmisión:* por contacto sexual pero también por compartir toallas, sábanas o ropa interior infectada.

☺ *Se combate con:* cremas especiales.

4.1.5 Víricas

Hepatitis "B" y "C"

☞ *Provocada por:* el virus de la hepatitis "B" y "C".

☺ *Descripción de los síntomas:* dolor de hígado, cansancio e ictericia (ponerse amarillo).

☒ *Vías de transmisión:* beso negro o penetración sin preservativo.

☺ *Se combate con:* antivirales.

Herpes simple genital

☞ *Provocada por:* el virus del Herpes Simplex.

☺ *Descripción de los síntomas:* crea unas vesículas que se convierten en pequeñas úlceras situadas en las zonas genitales (es del mismo tipo que el que se produce en los labios). Son muy dolorosas y producen mucho picor.

☒ *Vías de transmisión:* sexo oral o penetración sin preservativo.

☺ *Se combate con:* antivirales pero es incurable, el medicamento hace desaparecer los síntomas pero vuelven a aparecer de nuevo transcurrido un tiempo.

Condilomas

☺ *Descripción de los síntomas:* son verrugas en forma de pequeñas coliflores que van creciendo así como pasan los días. Suelen provocar un ligero picor al formarse y mal olor. Aparecen en las zonas genitales y no suelen ocasionar más molestias que las puramente estéticas. Si se dejan sin tratamiento predisponen para el cáncer de piel.

☒ *Vías de transmisión:* por contacto sexual pero también por compartir toallas, sábanas o ropa interior infectada. Son extremadamente contagiosas.

☺ *Se combaten:* quemándolas o mediante cremas especiales.

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)

☞ *Provocado por:* el virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

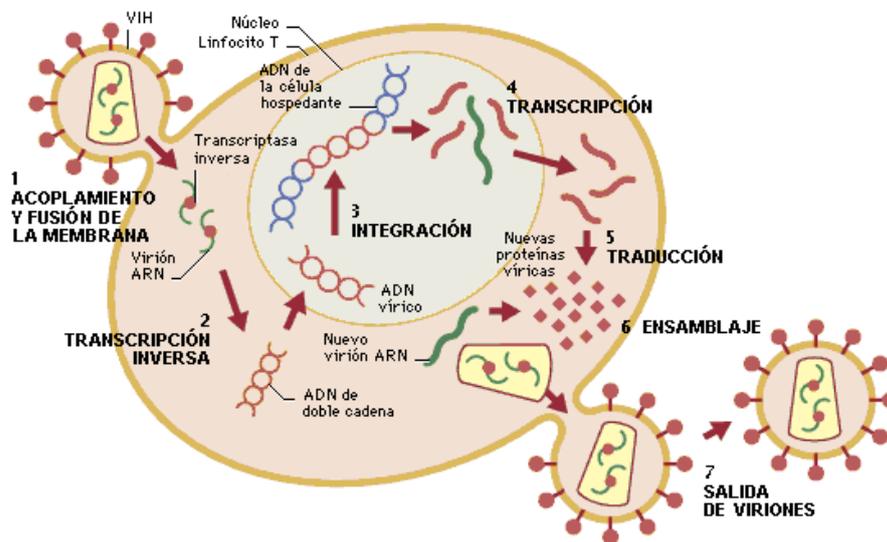
⊗ *Descripción de los síntomas:* el SIDA es una enfermedad debida a la destrucción progresiva del sistema inmunitario por el virus VIH.

¿Cómo funciona el VIH?:

En el medio en que vivimos existen gérmenes (virus, bacterias, hongos y parásitos) capaces de atacar nuestro organismo. Nuestro cuerpo se defiende de estos agresores gracias al sistema inmunitario, cuya función es destruirlos (también tiene como misión impedir el desarrollo de cánceres a partir de las células malignas que puedan nacer en el organismo).

Este sistema de defensa actúa principalmente a través de un tipo de glóbulos blancos de la sangre llamados *linfocitos*, que vigilan permanentemente nuestro organismo. Existen dos grandes familias de linfocitos: los *T*, que atacan directamente a los invasores, y los *B* que producen unas sustancias denominadas *anticuerpos* que atacan el microbio y lo destruyen (son específicos para cada microbio).

Cuando un germen invade nuestro organismo es *reconocido* por los linfocitos *T4* (son los que dirigen el proceso de defensa) que dan la señal de alerta y ponen en funcionamiento los linfocitos *T* y *B* para luchar contra los gérmenes.



El VIH tiene la particularidad de atacar los linfocitos *T4*, que como hemos señalado, son los directores de nuestro sistema de defensa. De esta forma, el VIH debilita progresivamente el sistema inmune, logrando que nuestro organismo no pueda luchar adecuadamente contra diversos gérmenes.

¿Cómo saber si una persona está infectada?:

No es algo que se pueda apreciar a simple vista, incluso enfermos muy infecciosos pueden tener un buen aspecto físico. Para saberlo basta un sencillo análisis de sangre para detectar si esa persona tiene *anticuerpos* frente al VIH. Si la prueba es positiva quiere decir que esa persona ha estado en contacto con el virus y decimos de ella que es *portadora del virus* o *seropositiva*. Hay que tener en cuenta que una persona, tras infectarse tarda entre uno y tres meses en desarrollar anticuerpos, por lo que en ese período los análisis que se hicieran podrían resultar negativos y, sin embargo, esta persona sería capaz de transmitir la infección.

Que una persona esté infectada por el VIH, es decir, que sea seropositiva, no quiere decir que necesariamente vaya a desarrollar la enfermedad del SIDA, aunque sí pueda transmitir la infección a otras personas.

Estadios o fases de la infección:

1. *Primoinfección*: durante las semanas que siguen a la infección en el 20-30 % de las personas infectadas se presentan síntomas similares a los de la gripe con fiebres muy altas durante unos días. En otras personas no aparece ningún síntoma. La persona iniciará la producción de anticuerpos contra el VIH.
2. *Evolución*: dependiendo de los hábitos de vida, las características del sistema inmunitario de cada persona y la cepa del virus que le haya infectado, el desarrollo de la infección se realiza a diverso ritmo. Actualmente hay dos elementos para evaluar esta evolución (1) la *carga viral*, que determina la cantidad de virus por mililitro de sangre (puede ir de indetectable a más de un millón en momentos críticos de la enfermedad) y (2) el *número de T4* (que van de los 900-1.100 de una persona sana a menos de diez en estados avanzados de la enfermedad). Se marcan tres estadios de evolución que son los siguientes:
 - a) *Portador asintomático*: no presenta ningún síntoma. En él el virus parece latente (dormido).
 - b) *Complejo relacionado con el SIDA (CRS)*: se desarrolla cuando el virus ha comenzado a destruir linfocitos hasta el punto de dejar suficientemente debilitado el sistema inmune como para posibilitar la aparición de algunos síntomas menores: fiebre y sudores nocturnos, aumento persistente de los ganglios en muchos lugares del cuerpo, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal, diarrea persistente y abundante, y herpes Zóster. Estos síntomas no nos permiten todavía afirmar que esa persona está enferma de SIDA.

- c) *SIDA*: decimos que una persona padece SIDA cuando desarrolla lo que llamamos una *infección oportunista* o *algunos tipos de cáncer asociados al SIDA* como el *sarcoma de Kaposi* (cáncer de piel pero que también afecta a las vísceras) o *los linfomas* (tumores en los ganglios linfáticos). Todos vivimos rodeados de microorganismos que, normalmente, no producen enfermedad, ya que nuestro sistema inmunitario consigue rechazarlos. No obstante, cuando este sistema está muy deteriorado, es incapaz de luchar contra ellos. Algunos de esos microorganismos "aprovechan" esa situación de debilidad de nuestras defensas, es decir, esa "oportunidad" para invadir nuestro organismo y provocar infecciones que, por ello, se denominan infecciones "oportunistas". Algunas de estas infecciones oportunistas provocan neumonías, diarreas crónicas, dificultades en la alimentación, pérdida de peso extrema, parálisis, problemas en la vista (incluso ceguera), etc.

Según los datos de los que se disponen en la actualidad, tras siete años, el 40% de las personas infectadas eran portadores asintomáticos, el 30% habían desarrollado el CRS y un 30% habían desarrollado la enfermedad.

☒ *Vías de transmisión*: los principales vehículos de transmisión del virus son *la sangre, el semen y las secreciones vaginales*. Aunque el VIH ha sido aislado en otros fluidos del organismo como la saliva, las lágrimas o el sudor en ellos no existe una concentración del virus que pueda resultar infecciosa.

Es erróneo hablar, como se hizo en un principio, de grupos de riesgo: cualquier persona puede contraer el virus. Es más correcto hablar de *prácticas de riesgo*, cosas que no debemos hacer si no queremos infectarnos.

- a) La *transmisión por la sangre* se realiza principalmente (1) a través del intercambio de jeringuillas contaminadas, (2) de la madre contagiada al feto en el embarazo o en el parto y (3) a través de transfusiones de sangre (hoy en día esta última forma de transmisión está controlada).
- b) En la *transmisión sexual* debemos distinguir entre las *prácticas de alto riesgo* como el coito vaginal y anal, y las *prácticas de bajo riesgo* como las del sexo oral (en éstas la posibilidad del contagio aumenta si tenemos llagas en la boca o problemas con las encías). *Hay que recordar que puede bastar una sola relación sexual con una persona infectada para contagiarse*. La

única manera de tener relaciones sexuales sin miedo a contagio es utilizar correctamente el preservativo en todas ellas.

No comportan riesgo alguno de contagio ni el beso profundo, ni la masturbación recíproca, ni las caricias, etc.

□ *El virus del SIDA no se transmite por las relaciones cotidianas:* el VIH sobrevive poco tiempo fuera del organismo, muere por encima de los 60° de temperatura y es sensible a la lejía, agua oxigenada, detergentes y alcohol. No se transmite ni por la tos ni el estornudo, ni al compartir lavabos, teléfonos, cubiertos, vajilla, ni al estrechar la mano, ni a través de los contactos que se producen en los deportes, ni en el uso de las piscinas públicas, etc.

☺ *Se combate con:* tres tipos de antirretrovirales que se combinan entre sí para aumentar su eficacia. Éstos son: los inhibidores de transcriptasa inversa (ITI), los inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN) y los inhibidores de la proteasa (IP). Aunque *sigue siendo incurable* los nuevos fármacos, pese a sus numerosos e indeseados efectos secundarios, aseguran a los pacientes, si estos siguen la medicación rigurosamente, una mejor calidad vida y una mayor esperanza de vida.

4.1.6 Parasitarias

Pediculosis pubis o Ladillas

☞ *Provocada por:* el ácaro denominado *Pthiurus pubis* de la familia de los piojos comunes. Atacan exclusivamente al ser humano.

⊕ *Descripción de los síntomas:* se localizan en zonas del vello (del que se alimentan), preferentemente de la zona genital, y también en las axilas o las cejas. Producen mucho picor.

⊗ *Vías de transmisión:* por contacto sexual y también por contacto indirecto: compartir ropas o cama.

☺ *Se combaten con:* un antiparasitario común (como para los piojos).

Sarna

☞ *Provocada por:* el ácaro denominado *Sarcoptes scabiei*. Es de tamaño minúsculo y anida en los poros de la piel.

⊕ *Descripción de los síntomas:* forma unos surcos oscuros inflamados, sobre todo en la zona genital, y también en las axilas, codos, entre los dedos de las manos, y en la aureola mamaria de las mujeres. El principal síntoma es el picor.

⊗ *Vías de transmisión:* por contacto sexual y piel con piel (aunque no haya penetración).

☺ *Se combate con:* cremas especiales

5 BIBLIOGRAFÍA



5.1 BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

BENT H. CLAEISSON. *Información sexual para jóvenes*. Lóguez Editores.

EQUIPO AULA ABIERTA: *Sexualidad y vida sexual*. Ed. Salvat, Temas Clave nº 77, 1985.

COMFORT, A. y COMFORT, J.: *El adolescente: sexualidad, vida y crecimiento*. Ed. Blume.

KERVASDOUÉ, Anne de: *El cuerpo femenino*. Madrid, Alianza Ed., 1993.

BRÍA, Ll. y otros: *La educación sexual en el cole*. Diseño Editorial de Cataluña, 1991.

DEL HOYO CALDUCH, Josep: *Malalties de transmissió sexual*. Barcelona, Ed. Proa, 1985.

DEL HOYO CALDUCH, Josep: *Sexualitat I*. Barcelona, Ed. Proa, 1986.

DEL HOYO CALDUCH, Josep: *Sexualitat II*. Barcelona, Ed. Proa, 1986.

5.2 BIBLIOGRAFIA ESPECIALIZADA

FLOWERS, J.-HORSMAN, J. y SCHWART, B. *Cómo educar hijos sexualmente sanos*. Ed. Martinez Roca. [Dirigidos a los padres para orientarles en la educación sexual de sus hijos]

MASTERS, W. y JOHNSON, V.: *La sexualidad humana*. Madrid, Ed. Grijalbo Mondadori. [Compendio en 3 volúmenes de la obra de dos de los sexólogos más importantes de nuestro siglo]

FREUD, Sigmund: *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis*. Madrid, Alianza Editorial, 1979. [Estudio de la sexualidad desde la teoría psicoanalítica]

BARBACH, Lonnie. *Los secretos del orgasmo femenino*. Ed. Martinez Roca. [Ejercicios y técnicas para que la mujer observe e investigue su propia sexualidad]

FOUCAULT, M.: *Historia de la sexualidad*. Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1979.

FARRÉ. *Aspectos médico-científicos de la homosexualidad*. Barcelona, Institut Lambda.

KAPLAN, Helen S. *Manual ilustrado de terapia sexual*. Ed. Grijalbo Mondadori. [Manual clásico de autoayuda para superar los problemas sexuales]