

# Una revisión crítica de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género

Concepció Garriga

*Mi presentación recoge la evolución y el estado actual de la sexualidad en los últimos 20 años. Realmente hay novedades. Este es el índice de los apartados que contiene:*

- 1. Un poco de historia alrededor de los puntos más polémicos del constructo sexo-género (los masajes genitales de principios del XX; las complicaciones posteriores a la teoría del desarrollo psicosexual freudiano: sexo único masculino, doble orgasmo femenino, negación de la teoría de la seducción, homofobia...)*
  - 2. Determinación genética, hormonal, psicológica, relacional, cultural y social de las prácticas sexuales y de género (cambio de paradigma: del género como construcción social a la multideterminación)*
  - 3. Lo queer: la proliferación de géneros y de opciones sexuales (LGBTI)*
  - 4. Sexualidad propiamente: orgasmos; masturbación; punto G, eyacuación femenina y glándula parauretral o próstata femenina; sexo anal; prácticas BDSM (Bondage/Domination/Sadism/Masochism)*
  - 5. Dificultades en la sexualidad de los hombres y de las mujeres; condiciones psicológicas; condiciones físicas; tratamiento psicológico; farmacológico.*
  - 6. Sexualidad e Internet de banda ancha: pornografía; foros, aplicaciones para móviles y tabletas. Modificación de las prácticas.*
  - 7. Sexualidad en las personas mayores y en las parejas de larga duración.*
- Citaré continuamente mis fuentes, que están recogidas al final, en la bibliografía.*

Este trabajo empieza después de la bastísima obra “La sexualidad femenina” (Dio Belichmar, 1997) y de los muy celebrados “Avances de psicoterapia psicoanalítica” (Bleichmar, 1997), que revisaron ampliamente la literatura psicoanalítica y pusieron las bases del Enfoque Modular Motivacional, que a mi me ayuda contemplar como unas malabares de cinco bolas, una de las cuales es el módulo sensual sexual. En las páginas que siguen se refleja la revisión de la actualización de estos conocimientos; lo que se ha producido de significativo en estos 18 años en el aspecto sexual. Realmente hay novedades. Tanto para hombres como para mujeres.

También se hace referencia a trabajos de las revistas *Studies in Gender & Psychoanalysis* y *Psychoanalytic Dialogues* (la revista de contenido

psicoanalítico más citada del mundo en 2013)<sup>1</sup>, a los sucesivos congresos organizados por el Postdoctoral Program in Psychoanalytic Psychotherapy de la Universidad de Nueva York, “Enconcountering Gender”, 2007 y “Masculinity-Complex”, en 2011; al congreso de la IARPP Madrid, 2011; a la película “Fake Orgasm”, de 2011; al video gratuito en Internet: “El clítoris. Ese gran desconocido” <https://www.youtube.com/watch?v=Vp8gzTvpk58>; al congreso “Sexual Cultures” de abril de 2015 en la University of Sunderland de Londres; así como de algunas TED Talks, y, por supuesto, los libros y artículos citados en las referencias.

De acuerdo con Dimen (2003) para repensar nuestras ideas sobre la sexualidad tenemos que poner a conversar el psicoanálisis, la teoría social y el feminismo. Y las neurociencias, añadido.

La película la “La sal de la tierra” de Wim Wenders & Sebastiaô Salgado muestra lo más bonito y creativo, así como los aspectos más salvajes e inhumanos, de la humanidad. En este artículo aparecerán ambos.

## 1. Un poco de historia

En “Vagina” Wolf (2013) explica que durante los primeros 1500 años después del nacimiento de Cristo, y a pesar de los padres de la iglesia, todavía se consideraba que las mujeres necesitaban satisfacción sexual para reproducirse. Se consideraba que la frustración sexual era causa de enfermedades y de sufrimiento mental. En la época de Hipócrates, los médicos, o practicaban el masaje genital a sus pacientes femeninas para alcanzar el orgasmo, o bien lo encargaban a una partera. Esta práctica duró hasta principios del XVIII. La renovada influencia de Galeno y el terrible cinturón de castidad cambiaron el rumbo, en dirección a confinar o perjudicar los genitales femeninos. Tengamos en cuenta que este artilugio dificultaba la higiene y provocaba graves úlceras. Luego, con la “caza de brujas” surgió la “pera de la

---

<sup>1</sup> Según anunció Thomson Reuters a la editorial Francis & Taylor, que los publica.

angustia”, un instrumento de tortura que se introducía en la vagina y se iba abriendo apretando unas tuercas; la “mordaza”, que amordazaba la boca de las mujeres parlanchinas o disculadoras; y la idea de Shakespeare de la naturaleza “enferma” y “contaminante” tanto del cuerpo como del habla de las mujeres (p. 185-189).

La tensión en torno a si los genitales femeninos eran el cielo o el infierno se tradujo en el hecho de que durante siglos el clítoris se perdía de vista y se reencontraba una y otra vez (Laqueur, 1990), los continuos errores y “olvidos” respecto a su ubicación y funcionamiento no tienen paralelo con ningún otro órgano del cuerpo en toda la historia de la anatomía, excepto con el punto G. Wolf sugiere que la ambivalencia respecto a identificar de forma definitiva el clítoris refleja la ambivalencia respecto a otorgar definitivamente a las mujeres las llaves que abren la puerta del reino de la asertividad personal y el deseo de libertad.

Exactamente lo mismo que con el clítoris sucedió con la próstata femenina (glándula parauretral o glándulas de Skene) y/o el punto G. En el siglo XVI se hablaba de esperma como del líquido que tanto hombres como mujeres expulsan durante el sexo (Korda, J.B.; Goldstein, S.W. y Sommer, F., 2010). Skene escribió su tratado en 1888. Sesenta años más tarde, Gräfenberg (1950) publica sobre la uretra femenina, que otros treinta años más tarde alcanzará popularidad con el libro de Ladas y cols. (1982): el punto G, en honor a su nombre. No es hasta 2008 que el Comité Federativo de Terminología Anatómica no publica “Terminología Histológica”, donde utiliza indistintamente próstata femenina, glándula parauretral y glándula de Skene (<http://www.unifr.ch/ifaa/Public/EntryPage/ViewSource.html>; p. 65). Más adelante, en el apartado del punto G, se ampliará esta información.

Los cuerpos y la sexualidad femenina se encontraban bajo el control médico y patriarcal. En el periódico *The Guardian* el 7 de febrero del 2010 el periodista Denis Campbell publica un escalofriante artículo basado en un trabajo del historiador Don Sheldon en el *Journal of the Royal Society of Medicine*, titulado

“Los fundadores de la obstetricia británica eran ‘asesinos despiadados’”. En este artículo se cuenta que a mitades del siglo XVIII los médicos William Hunter y William Smellie, encomendaron el asesinato de docenas de mujeres jóvenes, campesinas, en todas las etapas del embarazo, pero especialmente a mujeres en los estadios más tardíos, con el fin de diseccionar sus cuerpos con el objetivo de ver si podían salvar las vidas de criaturas extraídas de madres acabadas de morir, y de experimentar con las disecciones. La suma total de asesinatos, entre 35 y 40, más sus criaturas no nacidas, es superior a la suma de los que cometieron Burke & Hare y Jack el Destripador. Asesinar por encargo con finalidades médicas lleva el nombre de “burking”. Estos doctores eran famosos y bien reconocidos, Hunter asistió a la reina Charlotte, esposa de George III a dar a luz a George IV.

No nos extenderemos mucho con la historia. Foucault (1976, 1984<sup>a</sup>, 1984b) ya escribió su memorable historia de la sexualidad (y su “nacimiento de la clínica”, 1963) y ya mostró que la medicalización de la sexualidad empezó en el XVIII, con el objetivo de disciplinar los cuerpos y regular y controlar las poblaciones.

En el siglo XIX, sigue Wolf, se expandió la medicalización de la sexualidad. Para acallar las ansias emancipatorias de las mujeres, fuerzas culturales cada vez más poderosas (periódicos, manuales médicos, guías matrimoniales y la ginecología como especialidad), intentaron que las mujeres siguieran sin conocer su propia anatomía y sus respuestas sexuales. Urdieron la teoría de que el clítoris era causa de bajeza moral. En 1850 se afirmaba que la masturbación, en ambos sexos, era un peligroso camino hacia todo “un espectro de enfermedades físicas horribles” que llevaban a la locura. Hay que entender la obsesión contra la masturbación femenina como una reacción contra los “peligros” que entrañaba la emancipación de la mujer del hogar patriarcal, en un momento en que estaba consiguiendo muchos derechos: a divorciarse de un marido violento, a tener mayor control sobre sus ingresos y herencias dentro del matrimonio, a abandonar el matrimonio después de un divorcio con sus propiedades y la custodia de los hijos, en el mundo anglosajón (p. 194-200).

Pero solo para las pobres, porque las ricas acudían en masa a los masajes sexuales hasta el paroxismo.

### Los primeros años del siglo XX

En realidad el psicoanálisis empezó por el interés de Freud en la histeria, que estaba vinculada con la patología de la sexualidad femenina y la reproducción. Las intervenciones médicas hasta principios del XX se centraban en los genitales femeninos: masajes, estimulación eléctrica, alteraciones quirúrgicas...

#### a. masaje sexual hasta el paroxismo

Freud conocía perfectamente el clítoris y su función. A principios del siglo pasado era común que, en el tratamiento de las mujeres histéricas, se les practicasen lo que llamaban masajes genitales hasta el **paroxismo**, por vía manual o electromecánica. Esta práctica no está mencionada en la historia aunque su uso era muy común. El artículo de Karen Starr y Lew Aron (2011) sugiere que el mismo Freud los practicaba. En estos años había una potente industria médica que consistía en que las mujeres diagnosticadas de histéricas iban al médico donde se las masturbaba hasta el orgasmo. Algunos médicos amasaron fortunas masturbando a las damas de alta posición social, de forma manual o mecánica. Pero esta práctica estaba totalmente dissociada de la sexualidad "real" y "madura" porque la masturbación estaba muy mal vista y las mujeres sexualmente "maduras", decía Freud, obtenían el orgasmo por vía vaginal, gracias a la penetración del pene con vistas a la reproducción. Por eso al orgasmo obtenido por masaje genital se le denominaba paroxismo. Las implicaciones de una práctica de este tipo están ampliamente comentadas en el número 21(4) de la revista *Psychoanalytic Dialogues*. ¿Y si la mujer que los recibía había sufrido abusos previos? ¿Qué pasaba con la excitación del médico? ¿Como lo vivían los maridos? Mucha disociación.

En el peor de los casos, podía haber cauterizaciones y/o intervenciones

quirúrgicas -a menudo practicadas a criaturas para evitar la masturbación-, o como en el caso de la princesa Marie Bonaparte, que, como no conseguía alcanzar la “madurez sexual”, se hizo intervenir múltiples veces para que le fuera colocado el clítoris más cerca de la entrada de la vagina, a ver si así podía alcanzar el ansiado “orgasmo maduro” (Dimen, 2003, p. 142-143).

Como los masajes genitales duraban mucho, pronto se empezaron a fabricar vibradores y estos llegaron a ser tan populares que en los primeros años del siglo XX había publicidad de ellos en las revistas femeninas. Hasta que fueron utilizados en películas porno y ya no se pudo continuar sosteniendo la disociación de que eran para el paroxismo. Hubo una oleada de represión que los guardó en las catacumbas. A partir de aquí la historia ya la conocéis: Freud formuló los elementos psicológicos de la histeria, y elaboró la trama del Edipo que daba soporte teórico al orgasmo vaginal.

Admitámoslo el psicoanálisis puso mucha literatura al servicio de someter a las mujeres para disfrute de sus maridos: como ha quedado claro en el citado número del *Psychoanalytic Dialogues* y en el libro de Aron & Starr (2013) que recogen los frutos de años de denuncias en esta dirección. Cabe mencionar que la desaparición de la histeria de las conversaciones clínicas está relacionada con el reconocimiento cultural y la aceptación gradual del placer y la satisfacción sexual de las mujeres. Y que los masajes genitales fueron precursores de los talleres de masturbación de Betty Dodson en USA en los 80, y de los de eyaculación femenina de Diana J. Torres en España en esta década.

## **b. El desarrollo psicosexual de Freud**

En los mismos años que en las consultas médicas se practicaban los masajes sexuales Freud (1905, 1924, 1925, 1931, 1932) estaba elaborando la teoría del desarrollo psicosexual. En tanto que psicoanalistas nuestra primera tarea será reconstruirla, en base al trabajo de Garriga (2010), para hacer emerger el concepto de género y separarlo de la sexualidad.

Allí Freud postulaba su teoría del sexo único, el masculino (el pene, la envidia del pene, el niño por compensación del padre a la niña, el clítoris como castración femenina, pero órgano masculino y la vagina como órgano femenino).

Dio Bleichmar (1997, p. 344) contestaba: “En ausencia de andrógenos, un embrión mamífero aunque genéticamente sea macho, se desarrollará como hembra. El estado neutro, de reposo o inicial para los mecanismos centrales del sexo, así como los rudimentos de los órganos sexuales y de sus aparatos anexos, son femeninos; es decir, si el flujo de andrógenos es bloqueado, el cerebro femenino retoma el mando. El cerebro humano, embriológicamente hablando, es hembra, y, si en un periodo crítico determinado –la octava semana- recibe el empuje de los andrógenos liberados por el cromosoma “Y”, entonces se masculiniza. De la misma manera, el pene resulta de la androgenización del clítoris, de manera que no se puede seguir sosteniendo que el clítoris sea ni embriológica, ni anatómicamente, un órgano masculino”.

### c. “La feminidad”

En los textos de 1931 y 1932 Freud “dicta” la feminidad a las mujeres (les dicta su papel de género). Empieza diciendo que la vagina es femenina y el clítoris masculino y que el clítoris tiene que ceder su sensibilidad –aunque dedicaremos un apartado al tema orgasmo, empecemos observando que pide un imposible; si el clítoris es sensible, que lo es, no puede dejar de serlo. De Béjar (2001) llega a nombrar ablación occidental a esta mutilación sutil, sin utilizar el cuchillo pero con el mismo resultado: la renuncia al placer (p. 92). Dio Bleichmar (1997) ya contestó que el clítoris es femenino. La recuperación del placer del clítoris ha sido la principal tarea de la sexología de la segunda mitad del siglo XX.

Más adelante, Freud (1932) dice que la mujer debe reconocer la superioridad del hombre y su propia inferioridad; y que debe adoptar la actitud femenina

normal: pasividad, masoquismo, docilidad y dependencia. En este texto llega a afirmar: **“La consecución de la finalidad biológica (la reproducción) ha sido confiada a la agresión del hombre y hecha independiente –en cierta medida (¿para que no suene tan crudo?)- del consentimiento de la mujer”** (p. 3176). Tengamos en cuenta que “En la disolución del complejo de Edipo”, había afirmado que la compensación a la renuncia del pene era un hijo regalo del padre. (Creo que es interesante leer este texto como documento histórico de cuál era la teoría que sustentaba una práctica sexual de los hombres absolutamente dominante, sin ningún tipo de inhibición ni cuestionamiento, y que nos muestra, además, su carácter normativo. A la vez que describe, prescribe: al hombre se le daba legitimidad para la violación, y casi para el incesto – legitimidad mitigada por su prohibición).

A eso tenemos que unir que, anteriormente, en 1896, en “La etiología de la histeria”, Freud había escrito su mal llamada **teoría de la seducción**:

“en la base de todo caso de histeria se encuentran una o varias vivencias de *experiencia sexual prematura* en la niñez (p. 306) como: estimulación de los genitales, acciones semejantes al coito,... realizadas por adultos (P. 309), que se determinan como fuerza traumática, y que deberían dar lugar a un nuevo paradigma: **“¿Qué te han hecho? ¡Pobre criatura!”** (Intebi, 1998, p.92).

Esta visión casi no llegó a ver la luz porque el 21 de setiembre de 1987 le escribe una carta a Fliess en la que afirma que ya no cree en su *neurótica* teoría de las neurosis (Intebi, 1998, p.93). En 1905, en los “Tres ensayos” ya no quedaba ni rastro de ella, porque allí afirmaba que **“los sucesos traumáticos de la infancia constituyen una defensa para evitar los de la adolescencia”** y porque temía que la teoría de la seducción podía frenar el avance de la teoría psicoanalítica. La desaparición de esta teoría era, sobre todo, una manera de no cuestionar el “statu quo” de poder y privilegios de **los hombres** de la época y de sus seguidores, que incurrieran en todo tipo de licencias sexuales con sus pacientes y conocidas, a menudo con el beneplácito e incluso la invitación de Freud (el artículo, Garriga, C. 2010, está repleto de ejemplos).

Freud acaba llegando al **repudio de la feminidad** (1937). Ha convertido una diferencia biológica en una desigualdad jerárquica: un superior valorizado y una inferior abyecta. Con esta operatoria legitima una relación de dominación del hombre sobre la mujer inscribiéndola en una naturaleza biológica: una construcción social naturalizada (Bourdieu, 1998).

#### **d. La masculinidad: “El caso Juanito”**

Ya ha quedado claro el trabajo normativo del psicoanálisis respecto a la feminidad. Ahora vamos a verlo con la masculinidad. En el centenario de la publicación de “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso ‘Juanito’)” pudimos ver la deconstrucción que hizo Corbett (2009) en “Little Hans: Masculinity foretold”. El mismo título ya es elocuente: la masculinidad profetizada. En el artículo Corbett contempla el caso como:

“una ilustración ejemplar de cómo la narrativa normativa de la masculinidad ha cambiado poco durante los últimos 100 años, porque el chico que emerge de la explicación de Freud es un chico apartado de las mujeres, de sus cuerpos y de sus estados afectivos, aunque vulnerable a su belleza idealizada –se enamora perdidamente- y a su generosidad. Es un chico formado en la competencia con otros hombres y en el repudio de su deseo hacia ellos. Un chico que tiene que soportar la opresión de los hombres narcisistas poderosos. Un chico que está constituido mediante el objetivo antes que el objeto” (p. 760).

Es decir, el objetivo de Freud era explicar su teoría de Edipo, que para el caso Juanito sería un cuento como este: “Mucho antes de que Juanito naciera... yo sabía que vendría un Juanito que querría tanto a su mamá que se vería empujado a temer a su papá por ello”. Juanito ya era un personaje de la narrativa edípica de Freud mucho antes de que naciera. Es decir, estaba predeterminado. Tanto es así que el mismo Juanito llegó a preguntar a su padre si el Profesor hablaba con Dios, puesto que podía predecir las cosas de antemano.

Juanito fue el primer niño psicoanalítico –el sujeto fundante- a partir del que Freud (1909) elaboró e incorporó su teoría de la niñez (*boyhood*) y la masculinidad. Vamos a ver un poco cuál es el contexto en el que se construye esta noción. La historia es la de una familia: padre, madre, hijo e hija. El padre de Juanito trasladaba sus observaciones a Freud, quien le asesoraba acerca de cómo tratar la fobia de su hijo a los caballos. Su padre le decía a Freud: “Teme que *un caballo le morderá por la calle*, y este miedo parece estar de alguna manera conectado con que a Juanito se le ha asustado con un gran pene, aunque también me pregunto si esta fobia puede expresar su ansiedad en relación con su madre”. El padre de Juanito le planteaba a Freud un dilema entre apego y deseo que Freud resolvió rápidamente a favor del deseo como primario, que presiona pero que está reprimido, lo que da cuenta de la ansiedad relacionada con el deseo erótico hacia la madre, quien a su vez responde con ansiedad y amenaza a los comportamientos masturbatorios de Juanito. A pesar de que Freud había percibido la necesidad de Juanito de contacto afectivo con su madre, él estaba centrado en sus ideas: la represión, y la primacía del deseo sexual hacia la madre (el Edipo).

Entonces asoció el caballo con el deseo fálico no domado, y que Juanito estaba preocupado con su pene y con su placer masturbatorio, y ansioso porque se veía inferior a aquellos que poseían un pene más grande, lo que permitió a Freud afirmar mediante su metanarrativa acerca de la “constitución sexual” como primaria, pre-discursiva y anterior a la cultura, que, los estados psíquicos llamados *masculinidad* se originan mediante la “función biológica” por el pene predisponente, que en este periodo está marcado no por la primacía genital sino por la primacía del *falo*”. Además equiparaba deseo heterosexual a masculinidad. En este marco, el cuerpo del chico –su pene en particular- inicia e impulsa su experiencia subjetiva y relacional de deseo. En este marco, el pene precede al chico (p. 739-740). Además, Corbett, partiendo del trabajo de Lewes (1988), sabe que hay doce posibles soluciones al complejo de Edipo, y conoce las consecuentes variaciones de la sexualidad y del género que pueden surgir de ellas, y que la heterosexualidad es sólo una de las doce posibilidades para el chico (y doce para la chica): sexualmente

activo, con una elección de objeto de distinto sexo (anaclítica vs narcisista), escogiendo como objeto una madre castrada, y basándose en la identificación con el padre. Queda claro que resulta problemático otorgar normalidad a una única sexualidad. Tanto Lewes, como Chodorow (1994), como Corbett (2009), afirman que todas las sexualidades son problemáticas y que todas se tienen que explicar porque surgen del trauma y del compromiso.

Ahora sabemos, porque en el 2005 se han desclasificado de los Archivos de Freud, que la familia de Juanito estaba muy interesada en las ideas de Freud (él consideraba que se encontraban entre sus adherentes más íntimos), en realidad Max, el padre, hacía observaciones de la vida sexual de los niños para Freud. También sabemos que Olga, su madre, había estado en tratamiento con él, tal vez todavía la estaba tratando mientras escribía el “Caso Juanito”. El matrimonio, **animado por Freud**, fue un fracaso. A pesar de esto, **él les aconsejó que tuvieran hijos**. Tuvieron a Hans y una niña 3,5 años menor, Hanna. La relación de Olga con sus hijos era mala, aunque con Hans era mejor que con Hanna, a la que literalmente, maltrataba. En cuanto fue adulta Hanna se suicidó. Por otro lado, la literatura alrededor del caso muestra una Olga muy desequilibrada con su familia y enfadada con Freud porque consideraba que Freud les había destrozado la vida.

Lo que es llamativo del caso Juanito es la ausencia de referencias a la familia en su discusión. Freud coloca a la familia en un lugar simbólico, que no está sostenido por los datos de su vida de cada día, o, a decir verdad, los ignora deliberadamente para poder afirmar, como hace, que, la madre de Juanito es “excelente y dedicada”. Pero más significativa aún es la ausencia de la madre como sujeto hablante. Por lo tanto, lo que Corbett señala es que el discurso del último siglo acerca de la masculinidad gira alrededor de estas ausencias.

Los últimos cincuenta años de teoría angloamericana del género (Stoller, 1968; Benjamin, 1988, 1995, 1998; Chodorow, 1978, 1994, 1999, 2012; Butler, 1993, 2004, Dimen, 2003, 2011; Goldner, 2003; Harris, 2005; Layton, 2004) junto con la teoría psicoanalítica del desarrollo (Fonagy, 2001) han construido una teoría

consistente que se fundamenta en la comprensión de una matriz que contempla la integración de: relación, cuerpo, mente y social.

Entonces, Corbett entiende que la experiencia de masculinidad de Juanito está construida mediante una acumulación compleja de un intercambio infinito de interacciones entre cada figura parental y el niño; entre la sociedad y el niño; entre el mundo simbólico y el niño; del niño y su cuerpo y sus genitales; de la observación de las diferencias sexuales morfológicas; y de los componentes fisiológicos. Que este proceso complejo empieza a funcionar después del nacimiento (o antes, ahora que se puede saber el sexo de la criatura desde los pocos meses de gestación), y se cruza con un despliegamiento infinito de significados conscientes e inconscientes y de mensajes enigmáticos que se traspasan de las figuras parentales a las criaturas.

Lo que hizo Freud, desde su posición de autoridad, con Juanito, fue darle respuestas que definían, dictaban y predeterminaban la masculinidad, una masculinidad dominante, que lleva su mancha indeleble: heterosexual, homofóbica, independiente, propulsada por el poder, que coge, que no necesita, y que no tiene lugar para el reconocimiento mutuo.

A Juanito la masculinidad le es profetizada, definida, predeterminada, instalada, regulada y reforzada. A Juanito Freud le introduce mediante la interpretación lo que es y lo que no es un chico, lo que debe y lo que no debe hacer, lo que teme y lo que desea (p. 757).

Corbett termina su artículo dándonos su propia visión de la masculinidad (estaba a punto de publicar su libro “Maneras de ser chico (*boyhoods*): repensando las masculinidades”) en que la contempla como algo parecido a un campo de fuerzas o a un ensamblado caótico, emulando a Harris (2005). Afirma que los tropos socioculturales del género se combinan con patrones sociofamiliares que a su vez son matizados por contingencias de raza, de clase y de época histórica. Esta construcción a su vez, se entreteje con el despliegamiento intrincado del cerebro, las neuronas, las hormonas y la piel.

Actualmente, un siglo más tarde, en el momento que consideramos las distintas posibilidades de los chicos modernos, nos quedamos con una visión más compleja y más humilde, con un discurso con menos certidumbres, aún reconociendo el misterio de la masculinidad y los límites de nuestro alcance.

Si nos fijamos bien, se ha operado un **cambio de paradigma**. Ya no decimos que el género es una construcción social, como sosteníamos basándonos en el trabajo de Money, sino que ahora hablamos de un entramado multifactorial: relación, cuerpo, mente, social.

## **2. Raíces biológicas: determinación genética, hormonal y neuroanatómica del sexo y el género.**

### **a. Raíces hormonales de la masculinidad**

Kernberg (1995) afirma que una diferencia bien establecida en el rol de género es la mayor agresividad de los chicos. Que Tobeña (2008) relaciona inequívocamente con la testosterona. Además, los andrógenos, afirma Tobeña (1995), son el ingrediente principal que influye en la intensidad del deseo sexual tanto en machos como en hembras.

Simon Baron-Cohen (2004) descubrió que los niños que han sido expuestos a mayores dosis de testosterona en el útero jugaban de una forma más agresiva que los que habían sido expuestos a dosis menores.

Aunque a todo esto no hay que olvidar la afirmación de Chodorow (1994) que dice que “hay muchas evidencias de la biología moderna que muestran que la experiencia afecta a las estructuras y funciones tanto como a la inversa” p. 40. (es el caso de la epigenética).

### **b. Interacción cerebro-hormonas-cuerpo.**

Young & Alexander (2012), argumentan que en 1974, con el artículo de Imperato-McGinley, se dieron a conocer las machihembras de Las Salinas (Sto. Domingo), chicas que habían nacido con inequívocos rasgos de mujer: genitales de aspecto femenino, con labios y clítoris, y que eran criadas como niñas. En la época de la pubertad (12 años aproximadamente) les salía pene y entonces las chicas se convertían en hombres (una transexualidad espontánea), y con ello también cambiaba su comportamiento, se casaban y tenían hijos; aunque tenían un pene un poco más pequeño, no mucha barba, y menos calvicie, se autodenominaban varones.

Las machihembras eran pseudohermafroditas, parecían niñas, pero en realidad eran niños 46, XY, tenían testículos que no habían descendido, los labios mayores en realidad eran la materia prima para el escroto, y el clítoris era un pene que estaba esperando instrucciones para desarrollarse. Habían nacido con una **mutación en la 5-alfa reductasa**, un enzima cuya función es convertir la testosterona en dihidrotestosterona, el mensajero que da la orden de construir genitales masculinos. En estado fetal, las machihembras no fabricaban bastante testosterona, pero cuando llegaban a la pubertad y recibían una inyección masiva, los receptores empezaban a responder y se les desarrollaban los genitales masculinos. Las machihembras tenían un sexo genético XY; un sexo gonadal inmaduro que, en la pubertad, por efecto de su sexo hormonal, las convertía en hombres, con un sexo genital masculino; una identidad sexual y una identidad de género masculinas –después de la pubertad, y una orientación sexual heterosexual.

### c. El cambio de paradigma en el sistema sexo-género

Si como sostenían de Beauvoir (1949) y Money (1975), que es la sociedad la que moldea la identidad de género, es decir, que el género es sólo una construcción cultural, estas chicas deberían mantener su identidad, pero la cambiaban. En 1979, Imperato McGinley afirmaba: el alcance de la exposición del cerebro a los andrógenos en el útero, durante el primer período postnatal y en la pubertad, tiene un mayor efecto a la hora de determinar la identidad de

género masculina que el sexo en el que se cría al sujeto (Young & Alexander, 2012, p. 30).

Judith Butler (2004) también cuestionó la posición de de Beauvoir y de Money, que fue adoptada por las feministas, muchas de nosotras entre ellas. El caso de Money, Bruce/Brenda/David Reimar, es el paradigmático. Después de que al niño Bruce se le pasara a llamar Brenda y se le educara como niña, con posterioridad a una intervención accidentada que le había dejado sin pene, este caso se convirtió en soporte de la importancia de la crianza en la teoría de Money, que sostenía que la identidad de género se adquiere por socialización. Años más tarde, Brenda se operó para quitarse los pechos que se le habían formado por los estrógenos, y para dotarse de un simulacro de pene y testículos, y pasó a llamarse David. Empezó a tomar testosterona y se casó con una mujer a quien ayudó a criar a sus hijos. Pero no pudo enderezar su atormentada historia. Acabó suicidándose a la edad de 38 años disparándose con una escopeta, en su tercer intento. Estaba separado de su mujer. (Young & Alexander, 2012; p. 32). El cerebro de David, era masculino, debido a que había recibido una baño de andrógenos en su octava semana de vida fetal, independientemente de sus genitales, y de su socialización. Butler y todo el movimiento intersex y transexual cuestionan el ideal del binarismo de género ante el *continuum* de posiciones que existe entre el varón y la hembra (Butler, 2004; p. 99) por diversas causas, una de ellas la organizativa, que se desarrolla a continuación.

Las vacas *freemartin*, gemelos de distinto sexo: el macho es normal, la hembra es estéril, han demostrado “la hipótesis organizativa” (la que sostiene que los rudimentos del cerebro son femeninos, que se masculinizan por efecto de los andrógenos). La hembra es estéril porque su cerebro ha sido bañado con hormonas masculinas, no las suficientes para masculinizarse, pero sí para dificultar su expresión como hembras.

Todavía en 1978, Larry Christensen (alumno de Roger Gorski) en UCLA, observa en unos ejercicios casuales con el microscopio electrónico, que el área

preóptica medial del hipotálamo era mayor en los machos que en las hembras (en realidad cinco veces mayor), a partir de este momento se le bautiza como núcleo dimórfico sexual.

1/20.400 varones nace con el Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos, son varones 46, XY que nacen con un cuerpo de aspecto femenino y sus testículos no han descendido. A diferencia de los machihembras, cuando son pequeñas muestran conductas femeninas, prefieren los juguetes y los juegos femeninos y sienten atracción por los varones cuando crecen. En lo que respecta a sus cerebros son mujeres.

1/15.000 bebés nacen con una Hiperplasia Adrenal Congénita (que hace que el feto en desarrollo reciba grandes dosis de andrógenos). Los niños que la padecen tiene baja estatura e infertilidad, conducta de niño normal. En cambio en las niñas puede provocar genitales ambiguos, un clítoris más grande de lo normal y aparición de un escroto. Posiblemente sean estériles. Adoptan el lesbianismo en fases posteriores de su vida en mayor proporción que las chicas que no lo padecen, y juegan más como niños.

Los andrógenos, aplicados o inhibidos durante un momento determinado del desarrollo, no solo afectan a los genitales, sino que también marcan un camino para nuestras conductas más trascendentes a lo largo de nuestras vidas.

De Iceta (2003) tiene un excelente trabajo en Aperturas en el que evalúa los conocimientos más recientes del momento respecto a diversas variables: las consabidas diferencias en habilidades espaciales a favor de los hombres y en habilidades verbales de las mujeres, pero va más allá. Nos advierte que la fascinación por las diferencias puede oscurecer que tenemos muchas semejanzas. En sus referencias encuentra estudios sobre el funcionamiento emocional relacionados con la distinta activación de los hemisferios cerebrales en hombres y mujeres. Y encuentra diferencias en comunicación emocional apego y desarrollo.

Kim Wallen (2009), investiga y concluye que hay evidencias que avalan la hipótesis organizativa que postula que hay muchos momentos críticos en la organización neuronal que configuran las estructuras cerebrales y que hay conductas de género mediadas por nuestros cerebros por efecto de las hormonas. Esta no es la única base de la construcción del género, como tampoco lo era la que afirmaba que el género es una construcción cultural, como señala adecuadamente Estupinyà (2013, p. 38). La definición de Corbett es la más completa.

Corbett (2011), partiendo de la teoría del caos o la dinámica no-lineal. Dice: “No hay momento original; no hay genitales disposicionales; en vez de eso, el género y los genitales están contruidos mediante momentos no-lineales sobre-determinados. No hay deseo original; los deseos y los estados del género se acumulan mediante la complejidad caótica. El género y la vivencia genital están interimplicados; la dirección de causalidad no va ni de la vivencia genital al género ni del género a la vivencia genital. La dirección de causalidad no va ni de la materia prima de la fisiología hacia la mente construida ni de la mente hacia la fisiología. La red de deseos creada mediante el exceso relacional de la vida humana es demasiado compleja para semejante causalidad simplista.

El género está incorporado y constituido por vía de la fantasía, la excitabilidad orgánica, el deseo, la neurona, el músculo, la relacionalidad, la herida, y la práctica. El cuerpo generado se materializa en un campo socio-cultural complejo, abierto a múltiples puntos de referencia, a expectativas normativas, y a significados relacionales idiomáticos.

#### **d. Hipótesis organizativa: circuitos distintos, conductas distintas (homosexualidad y transexualidad)**

Muchos mamíferos adoptan conductas homosexuales. A los primates les gusta el sexo homosexual. Tienen orgasmos con parejas del mismo sexo. Los gorilas dominantes tienen novios; algunos langures dedican el 95% de su vida sexual a encuentros homosexuales.

Un fenómeno denominado efecto de posición (Fred vom Saal, 1989) es parecido al efecto *freemartin*, una hembra de roedor que se desarrolla en el útero materno entre dos compañeros machos puede verse masculinizada o desfeminizada. De mayor, preferirá cubrir a miembros de su propio sexo y exhibir conductas de tipo masculino. Estos trabajos son los precursores de los disruptores endocrinos de los plásticos.

Según como se haya configurado el cerebro durante el desarrollo, este tiene la capacidad de desplegar conductas homosexuales, bisexuales y transexuales (Roselli, 2011). Este ha llegado a la conclusión, estudiando a los carneros, de **que no hay tan solo uno o dos momentos cruciales para la organización cerebral en el feto, sino muchos, que afectan a determinadas regiones cerebrales en momentos diferentes.**

Dick Swaab (2008) trabaja en Ámsterdam con cerebros humanos gracias a que en los Países Bajos han facilitado la donación de cerebros para usos científicos. LeVay, en 2010, también encontró que otra área del hipotálamo, el núcleo intersticial del hipotálamo anterior (INAH3), era entre dos y tres veces más pequeño –y de tamaño parecido al de las mujeres- en homosexuales que en heterosexuales. En 2010 Swaab (en comunicación personal a Young & Alexander) reveló que también ha descubierto el cerebro transexual. El núcleo del lecho de la estría terminal –NLET- es sexualmente dimórfico, y desempeña un papel primordial en las conductas sexuales masculinas.

Swaab examinó los NLET de hombres y de mujeres hetero y homosexuales, y los de personas transexuales (de H a M) y descubrió que el NLET de un transexual era del mismo tamaño que el de una mujer. (Estos descubrimientos se han podido utilizar para permitir que los transexuales puedan modificar sus pasaportes para que reflejen el sexo de sus cerebros).

No se sabe exactamente que mecanismo crea las identidades transexuales; pero lo que sí han demostrado las investigaciones es que: “Lo que presenta

diferencias no es una única estructura sino que hay diferencias en todo tipo de redes” (p. 52).

Young & Alexander (2012) atribuyen a las distintas interacciones entre estructura cerebral y hormonas, en distintos momentos críticos de su evolución, las variaciones de sexo y género (p. 51-54).

1. Las reacciones hormonales que desencadenan la formación de nuestros genitales se producen al principio del embarazo.
2. Las influencias hormonales que configuran nuestro cerebro se producen en una fase posterior de la gestación.
3. Si uno se fija en los órganos sexuales no puede sacar ninguna conclusión. El pene no hace al hombre, ni la vagina hace a la mujer. Un ser humano 46, XY con insensibilidad a los andrógenos es una mujer; una persona con pene y barba que se siente mujer, y le atraen los hombres no es un hombre homosexual, sino una mujer heterosexual.
4. Un hombre que se siente atraído por otros hombres, pero se comporta y siente como un hombre, es un hombre con un cerebro homosexual,...
5. En resumen: Los genitales, e incluso los cromosomas pueden ser irrelevantes para la conducta de género.
6. Las chicas heterosexuales son más flexibles en sus expresiones de género que los chicos heterosexuales (Swaab opina que el cerebro de las mujeres es por naturaleza un tanto bisexual). Cosa que Diamond (2008) ha confirmado con el concepto de fluidez sexual.

### **3. Mundo *queer*.**

#### **a. La proliferación de géneros y opciones sexuales**

Este apartado se basa en dos artículos (Garriga, 2007, 2008), en el contenido del panel de género presentado en Madrid (Garriga, 2011) en el congreso de la IARPP y en una mesa redonda en *Studies in Gender and Sexuality* entre

Corbett, Dimen, Goldner y Harris (2014). Para lxs<sup>2</sup> psicoanalistas es mucho más interesante esta visión multifactorial porque recoge la complejidad y la singularidad a la vez.

Harris (2014) sostiene que, puesto que las vivencias de género son tan distintas, necesitamos una teoría lo bastante flexible como para que las contenga todas. Pone como ejemplo que en una conversación con Snitow (una feminista de la segunda ola) en los 80 decían que cuando llegó el feminismo, la mitad de las mujeres dijeron: 'Hurra! Nunca más tendré que ser mujer!', mientras la otra mitad decía: 'Hurra: Ahora puedo ser mujer!'. Sedgwick (1990) lo formuló diciendo que "algunas personas son más de género (*gender*) que otras". La teoría del caos es la que Harris (2005) propone como más abarcativa y que Cobett (2014) también abraza.

Corbett propone que se están articulando nuevos ideales de apoyo. Dice: "Nuevas posibilidades para el reconocimiento están en juego. Se ha puesto en cuestión la necesidad rígida del orden simbólico; tomad en consideración la ampliación del marco de la ley matrimonial, la importancia decreciente de los códigos de género tradicionales, el desmantelamiento de las polaridades de género tradicionales, la amplia red de lenguaje y de modos de intercambio comunicativo, y la re-definición de la familia, para nombrar unos pocos. El campo de fuerzas de lo simbólico está abierto a momentos de discontinuidad, de ruptura, y de movilidad. Las psiques ya no necesitan estar cercadas en las mismas jaulas viejas. Los géneros no necesitan seguir la misma vieja identificación con la figura parental del mismo sexo. Los cuerpos paradójicos se pueden tener en pie como tales (Ver como ejemplo a Andrej/Andreja Pejic, que desfiló para Gaultier tanto con trajes de hombre como con vestidos de boda de mujer; inicialmente se definía como andrógino; ahora se ha hecho transmujer). Ahora los géneros se convierten en materia (pasan a ser corporalizados) dentro de un espectro menos constrictivo. (Lazlo Pearlman es otro ejemplo de transexual M a H, que mantiene sus genitales femeninos, lo mismo que Buck

---

<sup>2</sup> Utilizaré la "x" en vez de desdoblar los géneros, o de utilizar la @, como solución/oposición al masculino genérico castellano.

Angel)<sup>3</sup>. El desarrollo del género, su corporalidad, y las identificaciones de género están abiertos a un rango de posibilidades y de diferencias; quizás los tipos de diferencias que hacen que valga la pena vivir la vida” (Garriga, 2011, p.441).

Otro ejemplo de cuerpo paradójico es el de Thomas Beatie, el “hombre embarazado”. Beatie, como Pearlman y Angel, es un hombre trans de M a H que mantuvo su aparato reproductor (excepto las mamas), y que gestó y dio a luz a tres criaturas, una niña y dos niños, con esperma de donante. Para contar su historia escribió el libro “Labor of love. The story of one man’s extraordinary pregnancy”. La palabra “labor” tanto significa trabajo como parto. Beatie es conferenciante de universidades, licenciado en ciencias de la salud, y Executive MBA. Beatie es hijx de una mujer de ascendencia británica de San Francisco y de un hombre de origen Coreano. Nació y creció en Hawai. A los 10 años se empezó a identificar como hombre. A los 23 se sometió a una cirugía de cambio de sexo, pero solo de la parte superior de su cuerpo (mastectomía y silueta). Antes de casarse se cambió el nombre y toda la documentación oficial de acuerdo con las leyes de Hawai. Se casó en un matrimonio heterosexual con una mujer. Se mudaron a Oregón, donde, siendo hombre tuvo a sus tres hijxs, con problemas en el hospital porque no le querían llamar padre. En 2012 se quiso divorciar en Arizona, después de un calvario de denegaciones y nuevas admisiones a trámite, porque en Arizona el matrimonio entre personas del mismo sexo no es legal –no reconocían su cambio de sexo-, se lo dieron en 2014. Su caso es extraordinario, porque en él se cruzan tanto aspectos emocionales como legales de su condición. También se aprecia la complejidad de un país como Estados Unidos con la capacidad legislativa de los diversos estados, que, junto con la movilidad de los ciudadanxs, puede dar lugar a situaciones muy complicadas como este caso.

En Aperturas hay trabajo exquisito y muy bien documentado (de Iceta & Soler, 2014) respecto a la intersección entre identidad de género, despatologización y

---

<sup>3</sup> Se pueden ver sus imágenes tecleando sus nombres en Google.

legalidad que da cuenta de la extrema complejidad en juego en casos como el de Beatie, en el mundo trans y en el *queer*.

Fue Goldner que en 1991, afirmó que la estructura i/o paradigma de género constituye una “situación patógena universal” que induce a un sistema de falso *self* traumáticamente sumiso que, en si mismo, produce una multitud de síntomas e innumerables formas de sufrimiento no reconocidos como tales: la melancolía y la homofobia; el trauma narcisista que constituye la feminidad como un sexo de segunda categoría, la agresividad defensiva y la hipersexualización de la masculinidad normativa, la relacionalidad depresiva y la inhibición de la capacidad de actuar (“*agency*”) y del deseo que constituye la feminidad normativa. Actualmente (Goldner, 2014) sostiene que esto sigue así tanto para los géneros normativos como para los variantes, que aún sufren más. Más que nada por el trauma del estigma. No un trauma con T mayúscula, sino mayores índices de ansiedad y depresión que sus iguales, debidos a incomodidad/malestar corporal, estigma social y rechazo.

Goldner también muestra el calvario que tienen que atravesar muchxs trans para conseguir una transición sin demasiados tropiezos. Y como el DSMV ha evolucionado favorablemente, desde Trastorno de la Identidad de Género (GID) a Incongruencia de Género, Variación de Género, y finalmente Disforia de Género, que, para lxs que necesitan un diagnóstico, se llama Disforia de Género en Remisión.

Pero concluye que *todos* los géneros canalizan a la vez conformidad y transgresión; que el género es *siempre* un problema a resolver y una solución a este problema; que el género es simultáneamente una operación de falso-*self* y una búsqueda de un yo verdadero; todas las dualidades en acción operando a la vez. Goldner nos llama la atención acerca de los modelos de lxs preadolescentes en la construcción de su identidad: lxs ídolos del pop, las revistas especializadas que insisten en la delgadez,... El documental de 2011 *Miss Representation*, que se puede ver gratuitamente on-line, muestra como el cuerpo de las chicas, desde tan pronto como los 10 años, representa

el proyecto que consume toda su energía (en 3 de cada 4). Goldner también ha encontrado que hay el doble de acoso por Internet entre las chicas que entre los chicos.

Goldner (2014), que trabaja con parejas dentro de un encuadre dinámico/sistémico, explica que, hasta que no hubo el movimiento feminista, la terapia familiar o sistémica elevaba rutinariamente a los hombres a expensas de las mujeres. Se requirió que las feministas ejercieran una presión moral colectiva consistente e intelectualmente rigurosa para que las madres fueran valoradas. Manejar las microagresiones (que ocurren constantemente) en la terapia de pareja de una manera moral, pero no moralista, es un reto continuo. Somos testigxs de injusticias que requieren ser nombradas para dignificar el sufrimiento que se tuvo que soportar a solas y sin reconocimiento social. La responsabilidad moral es necesaria, no solo para la curación de la persona herida (en la violencia doméstica) sino también para el ofensor. 'Compensar a la persona dañada' es transformativo.

Dimen (2011) sacó este maravilloso artículo donde narró las vicisitudes de un análisis suyo en el que hubo violación de límites. En 2014 sostiene que sigue habiendo violaciones de límites. Nombra el papel que juega la vergüenza en que estos sean silenciados y el riesgo de que sea un trauma transmitido intergeneracionalmente dentro de la(s) asociación(es).

Dimen (2014) afirma que como analistas tendemos a no hablar de sexo; entonces no tenemos maneras de pensar acerca del sexo, no disponemos del lenguaje o del discurso adecuado para ello. Necesitamos maneras de pensar y de hablar de la sexualidad como vivencia corporal (*embodied*) y subjetivamente, de manera que podamos reflexionar acerca de nuestra experiencia clínicamente, transferencialmente, y contratransferencialmente como un peldaño hacia el deseo en nuestxs pacientes. Necesitamos pensamientos para poder deliberar con lxs colegas y para acompañar la acción y la reacción inherente a la temática.

Corbett (2014) afirma que los géneros se hacen en la intersección de clase, raza, lugar, e ideologías dominantes (y religiones). Cuenta que Andrej Pejic, el supermodelo bosnio que lució vestidos de novia, según en que regiones del mundo, en vez de ser recibido con flashes, tal vez le echarían piedras, porque sabemos que cruzar el género a menudo genera violencia, incluso muerte.

El trabajo del World Values Survey (<http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>), una red mundial de científicos sociales que estudian los valores cambiantes y su impacto en la vida social y política, liderada por un equipo internacional de investigadores, constituidos como asociación WVS, con secretaría y sede en Estocolmo, Suecia, realiza encuestas mundiales para observar como cambian los valores sociales. Una de las variables que manejan, como índice de democratización, es el género. Están haciendo encuestas mundiales desde 1981, actualmente están a punto de iniciar su séptima ola de encuestas que empezará en 2016. En la portada de la web hay un mapa cultural, cuyos autores son Welzel e Inglehart que vale la pena pinchar y examinar. Estos autores tienen un trabajo exquisito, traducido, acerca de la relación entre modernización, cambio social y democracia (Inglehart & Welzel, 2006).

Hyde (2005), hizo un trabajo sobre 46 metanálisis científicos que examinaban diferencias psicológicas entre hombres y mujeres y que llegó a la conclusión siguiente: en la mayoría de funciones cognitivas y características psicológicas hombres y mujeres son mucho más parecidos de lo que en ocasiones sugieren estudios aislados. En cuanto a funciones sofisticadas hay mayor diversidad interna entre grupos de hombres o de mujeres que genéricas entre hombre y mujeres. En lo que sí encontró diferencias significativas fue en algunas reacciones emocionales como la agresividad, ciertos aspectos motores y sobretodo en el comportamiento sexual.

Otro dato reciente significativo es que en Islandia, Suecia y Alemania los padres tienen las bajas de parentalidad más extensas y mejor dotadas del mundo, y esto se está traduciendo, varios años después, en que el uso del tiempo de los padres ha cambiado significativamente: pasan más tiempo

cuidando a lxs niñxs y haciendo trabajo doméstico – particularmente tareas "de tiempo inflexible", como la cocina. Las madres por su parte dedican más tiempo al trabajo y a sus carreras y mejoran su economía (Ankita Patnaik, 2015),

En febrero de 2015, en el encuentro “Feminaria del Mediterráneo” Amelia Valcarcel comenta que según cálculos de la Convention to Eliminate All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) de la ONU, si seguimos al mismo ritmo que hasta ahora, no se logrará la igualdad en el mundo hasta el año 2468. Si nos quedamos en los países WEIRD (siglas en inglés de Occidentales, Educados, Industriales, Ricos y Democráticos y juego de palabras, *weird* significa raros –por escasos), el cálculo, circunscrito a los ámbitos laborales (brecha salarial, paridad, etc.), está en unos 80 años de espera. Nos trasladan al lindar del siglo XXII.

Nos hemos desviado a cuestiones de igualdad. Pero volviendo al mundo *queer*, Corbett (2014), en otro orden de cosas, ha rehabilitado el narcisismo fálico: Es decir, la autosatisfacción de un chico o de un hombre basada en una sobrevaloración del pene. Corbett propone despojarlo del valor simbólico del falo y quedarse con sus placeres. “El erotismo muscular del cuerpo entero”, un erotismo que excede el pene e inunda el cuerpo. Corbett propone que puede haber hombres y chicos cuyo narcisismo fálico funcione como una invitación a la relación, al reconocimiento mutuo. Infundidos de la dinámica del narcisismo fálico estos vínculos a menudo son impulsados por la expansión erótica muscular y por el fervor erótico de la adoración, de la penetración. Estos son más vivos que el tedio de la realidad fálica (p. 314).

Este fragmento: “Ver en grande. Parecer grande. Sentir grande. Ser grande en relación. Expandirse hacia el otro y dentro del otro mediante el narcisismo fálico y el fantástico reconocimiento mutuo que se encuentra allí dentro, para construir fantásticamente un cuerpo en relación a otro; para vivir la vida grande” (p. 315) es una exaltación en la que, en opinión de la autora, la testosterona juega algún papel, (aunque él no la menciona). El libro *Testo Yonki* de Beatriz Preciado, (2008), va de esto, de “subidones” de testosterona, con los que esta

autora, filósofa y activista *queer* y personaje transgénero, ha investigado a fondo en su propio cuerpo, intoxicándose voluntariamente con testosterona sintética y describiendo sus efectos, que son básicamente: una sexualidad vigorosa; mayor capacidad de concentración; creatividad y brillo intelectual; y sensación de potencia, de ahí el término “subidones”.

La autora no cree que este narcisismo fálico dignificado sea privativo de los hombres gays, como sostiene Corbett, sino que también hay mujeres, particularmente lesbianas jóvenes, que pisan fuerte, que se podría incluir en esta categoría. También cabrían mujeres heterosexuales que logran éxitos y placeres, y disfrutan abiertamente de ellos. Tal vez entonces este estado de exaltación se podría que denominar narcisismo dignificado.

### c. Sexo-género personal

Actualmente la proliferación de sexos, de géneros y de opciones sexuales es tan grande que hay que introducir miles de matices y de vocabulario para podernos entender.

La palabra **mujer** describe a todas las personas que **se sienten** mujeres y se presentan y representan como tales, sean lo que sean biológicamente. Pueden ser 46, XY, con insensibilidad a los andrógenos; o personas trans H a M en cualquier fase de la transición. Fausto-Sterling (2000) recomienda evitar las intervenciones quirúrgicas al máximo, mientras unx vive de acuerdo con como se siente, independientemente de sus cromosomas o de la interacción de sus hormonas con sus genes. El término **biomujer**, actualmente **cismujer**, se refiere a la coincidencia sexo/género. Apenas se usa, más que en círculos donde pueda haber mujeres que no sean biomujeres.

La palabra **hombre** describe a todas las personas que **se sienten** hombres y se presentan y representan como tales, sean lo que sean biológicamente. El término **biohombre**, actualmente **cishombre**, se refiere a la coincidencia sexo/género.

**Transgénero:** una biomujer que desea vivir como hombre sin cambiar su cuerpo, o un biohombre que desea vivir como mujer sin intervenciones quirúrgicas, aunque pueden admitir o solicitar intervenciones médicas, hormonas por ejemplo. Son ejemplos de transgénero: Raquel/Lucas Platero, profesor/a de pedagogía de la U. Complutense de Madrid, o Beatriz Preciado, filósofa y activista *queer*, que actualmente se llama Paul B. Preciado -lo que nos muestra que ha pasado a definirse como más masculina dentro del transgénero, tal vez a transitar hacia la transexualidad. En este sentido, el congreso Sexual Cultures, Londres, abril 2015, se abrió con una presentación personal de todxs lxs presentes. Además del nombre, la procedencia y el papel de cada cual en el encuentro, había que dar indicaciones de cómo cada unx deseaba ser llamadx: he, she o they. Esta práctica recoge la complejidad de personas que puede ser nombrada de las tres maneras en función de su sentimiento presente.

La investigación prospectiva con niñxs con variaciones de género muestra que la mayoría crecen como gays o lesbianas, no como transexuales o transgénero, y a estxs se les llama “**desistentes**” en contraste con la minoría que crecen como transgénero, y se les llama “**persistentes**”. De la misma manera, se llama “**cisgénero**” a las personas cuya identidad de género y género asignado al nacer son concordantes con el comportamiento socialmente asignado, es decir, las personas que no se identifican como transgénero. (Drescher, 2015).

**Intersexual** han nacido en esta condición, por ejemplo 46, XY, pero con genitales no bien definidos porque los testículos no han bajado.

**Transexual**, hombre que se siente atrapado en un cuerpo de mujer o mujer que se siente atrapada en un cuerpo de hombre; que está en tránsito (hormonas, intervenciones quirúrgicas) o ya ha cambiado, se denomina H a M o M a H. Por lo tanto existe un solapamiento entre transgénero y transexo. También existen los **cuerpos paradójicos**. Buck Angel, por ejemplo, se nos aparece como un

camionero con genitales femeninos. Buck tiene un anuncio muy *queer* en Internet: [https://www.youtube.com/watch?v=X\\_uNFmZHvO0](https://www.youtube.com/watch?v=X_uNFmZHvO0) donde recomienda la revisión ginecológica anual.

Aunque hacemos un esfuerzo por clasificar las múltiples posibilidades del género, es vano, porque como dice Goldner (2003) “El sentido de género de cada unx es una creación individual, y por tanto hay muchas masculinidades y feminidades. La identidad de género de cada unx es un entretejido inextricable de significado personal y cultural”. Otra manera de decirlo, también de Goldner: “El género no es una identidad, ni una esencia del núcleo de la persona, sino que es una experiencia tan nuclear que llega a constituir identidad”. Y sigue: “El género es un aspecto esencial de nuestra presentación social diaria. (Aunque) lo que damos por hecho está forjado”. La noción de performatividad de Butler (Garriga, 2008) lo explica muy bien: la repetición de acciones que van creando realidad.

### c. Orientación Sexual

**Gay, Lesbiana:** Para las relaciones íntimas y sexuales les gustan las personas del mismo sexo. En el artículo citado de Drescher (2015) aparecen dos nuevas terminologías: **androfilia** (atracción por los hombres) y **ginefilia** (atracción por las mujeres), que hace innecesaria cualquier referencia al sexo/género de la persona que siente la atracción.

La teoría *queer* incluye la enorme diversidad interna que hay entre gays y lesbianas. Entre las **Lesbianas:** Dragking, hipermasculina. Butch, muy masculina. Transgénero, masculina con genitales femeninos, Marimacho o tomboy, preponderancia masculina, Andrógina, masculina y femenina, Indiferenciada, poca masculinidad, poca feminidad, Femenina, predominio feminidad Femme, muy femenina. Dragqueen, hiperfemenina. Entre los **Gays:** Dragking, hipermasculino, Macho, masculino, Indiferenciado, poca masculinidad, poca feminidad, Andrógino, masculino y femenino, Sisi,

preponderancia femenina, Transgénero, femenino manteniendo genitales masculinos, Dragqueen, hiperfemenino

**Heterosexual**: Para las relaciones íntimas y sexuales les gustan las personas del sexo contrario.

**Bisexual o liberal** (aunque liberal se emplea en sentido más amplio, sobretodo respecto a la monogamia) Para las relaciones íntimas y sexuales les gustan las personas estén donde estén colocadas dentro del continuo hombre-mujer.

**Milendra** (*hag tag* en inglés) – mujer a quien para las relaciones íntimas y sexuales le gustan los hombres gays.

**Asexual**: personas que no sienten deseo ni atracción sexual por nadie. Esto no les genera ningún estrés. En cambio tienen sentimientos románticos y la ausencia de deseo representa un reto a la hora de mantener una relación de pareja. Unxs pocxs sienten aversión hacia el sexo, pero la mayoría sienten una indiferencia que les permite tener relaciones con sus parejas y masturbarse periódicamente si así lo consideran. Su excitación genital suele funcionar correctamente. Un 1% de la población británica lo es (datos 2004). Brotto (2011) apunta a que la asexualidad es una orientación sexual más que una patología. P. 332-335. (PP74)

**Indeterminada**: Hay algunas personas que se quedan en una indeterminación respecto a su opción sexual durante un tiempo más o menos largo de manera que las organizaciones LGBT han incorporado la U y ahora son LGBTU (LGBTI en español).

Kinsey en su informe de 1948 ya ofreció una escala de 7 puntos donde 0 correspondía a 100% heterosexual y 6 a 100% homosexual, y encontró que muchxs de sus encuestadxs se definían como 5, 2 o cualquier valor intermedio. Datos más recientes (2011) recogen que entre el 3 y el 4% de los hombres y entre el 1 y el 2% de las mujeres se definen como homosexuales. Entre el 1 y el 2% de los hombres y entre el 2 y el 5% de las mujeres se declaran bisexuales. También hay un buen número de personas que se sienten homo u heterosexuales pero que en algún momento han fantaseado o tenido relaciones con individuos del género no preferido. La orientación sexual también es un

*continuum*. (Estupinyà, 2013). Poder hablar en estos términos es muy novedoso porque se ha flexibilizado el constructo. La fábula/realidad estadounidense de que lo que determina que una persona sea negra es una sola gota de negritud, nos sirve para explicar que hace tan solo unos años, una sola relación homosexual hacía a una persona homosexual. Ahora, en cambio, una persona se define como heterosexual aunque haya tenido una o varias relaciones homosexuales.

Queda claro que debemos distinguir entre orientación sexual y comportamiento sexual, en el sentido que no siempre son coherentes. De hecho Diamond (2008) ha encontrado que el comportamiento sexual es muy fluido, que la bisexualidad no es una transición hacia la homosexualidad, y que los términos deberían ser más laxos, sobretodo entre la población femenina (Estupinyà, 2013).

Una curiosidad (p.320, Estupinyà): La diferencia de longitud entre los dedos anular e índice está relacionados con los niveles de testosterona. Cuanta más testosterona corrió por nuestro cuerpo en estado fetal más largo es el anular comparado con el índice. También se han establecido diferencias entre homosexuales y heterosexuales, donde las diferencias en la longitud de los dedos entre lesbianas y hetero son más claras que entre los hombres gays y heteros.

La homosexualidad se puede aprender, según Coria-Ávila (2012) los estímulos asociados a las primeras experiencias sexuales son muy determinantes, y la plasticidad del cerebro permite que la orientación sexual se vaya modelando con el aprendizaje. En cambio, no se puede desaprender. Una vez establecida es muy sólida. (p. 324).

#### **d. Relaciones íntimas o de pareja**

Promiscuidad: relaciones íntimas y sexuales con varias personas simultáneamente en el tiempo.

Monogamia: relaciones con una sola

Monogamias sucesivas: a lo largo del tiempo van cambiando de parejas.

Pareja estable o matrimonio: relaciones monógamas con compromiso de fidelidad (o no).

Poliamor: enamoradx de más de una persona a la vez; tener relaciones románticas simultáneas.

Swinger: intercambios de parejas consensuados en clubes diseñados para esta actividad.

#### 4. Sexualidad propiamente dicha

En 2010 el psicólogo de Harvard Daniel Gilbert pudo cuantificar que encontrarse en una relación sexual es la máxima felicidad, después de hacer ejercicio, y conversar (sobre una muestra de 2.250 hombres y mujeres) (Estupinyà, 2013, p. 15).

Voy a empezar de nuevo con la biología. Lo haré de la mano de Estupinyà (2013), él titula este apartado: Pocas diferencias entre lo masculino y lo femenino. Sabemos que el cromosoma Y es el responsable de que criatura nazca varón, pero esto será así, no tanto gracias a los genes, sino a las hormonas, como hemos visto.

Cuando un óvulo fecundado empieza a dividirse, al principio todas sus células son idénticas, luego se irán diferenciando. En la región urogenital, la primera estructura que se forma a las cuatro semanas es un orificio llamado cloaca, con un tubérculo genital arriba, la uretra por dentro y una hinchazón alrededor. Hasta las 6 semanas, la estructura es la misma. Entonces, si el feto lleva el gen SRY (sex-determining region), liberará la hormona antimulleriana y forzará que las gónadas se conviertan en testículos. Si no hay liberación de antimulleriana, las mismas gónadas se desarrollan como ovarios y trompas de Falopio. El inicio de la masculinización global empieza en la semana **ocho** cuando los testículos (internos) empiezan a segregar testosterona, lo que los hace

descender y da lugar al escroto. Si no hay testosterona, esta misma piel forma los labios vaginales.

Genitales masculinos y femeninos proceden exactamente de las mismas estructuras anatómicas. Pene y clítoris tienen exactamente el mismo origen embrionario. Y una anatomía muy parecida. Esto explica que los genitales respondan de una manera muy parecida en hombres y mujeres en lo que se refiere a la excitación y al orgasmo. Lo que sigue ilustra las diferencias, que también las hay.

Masters & Johnson (1966) después de su investigación con miles de parejas llegaron a afirmar que “desde un punto de vista fisiológico todos los orgasmos femeninos se atienen a las mismas pautas de respuesta refleja, sea cual fuere la fuente de estimulación sexual. Un orgasmo conseguido mediante la frotación del clítoris no se distingue, fisiológicamente hablando, del que se produce por la estimulación de los pechos o el coito. (Masters, Johnson, Kolodny, 1992, p.89).

Actualmente Wolf (2013), partiendo de numerosos estudios, incluido este cuadro anatómico [Ver: inervaciones mujeres [www.netterimages.com/image/5101.htm](http://www.netterimages.com/image/5101.htm); y inervaciones hombres [www.netterimages.com/image/2992.htm](http://www.netterimages.com/image/2992.htm)] afirma que todas las mujeres son potencialmente multiorgásmicas (p. 21). En realidad las mujeres tienen diferentes zonas en la pelvis desde donde pueden producirse orgasmos. Todas estas zonas están conectadas con la medula espinal, y, después, con el cerebro.

El nervio pélvico se ramifica de una forma muy individualizada. Cada mujer tiene sus propias conexiones. Los nervios de algunas tienen más ramificaciones en la vagina; en otras mujeres se ramifican más en el clítoris. En algunos casos se ramifican más en el perineo o en el cuello uterino. Eso explica algunas de las diferencias en las respuestas sexuales femeninas. [Ver las inervaciones en los genitales [www.netterimages.com/image/3093.htm](http://www.netterimages.com/image/3093.htm)]. En resumen, cada persona, cada mujer, es única también en su manera de gozar.

La red neural femenina es mucho más extensa que la masculina. En ella suceden muchas más cosas. Hay una madeja de actividad neural al final del útero, en las paredes de la vagina, al final del recto, al final de la vejiga, en el clítoris y a lo largo del perineo [[www.netterimages.com/image/3013.htm](http://www.netterimages.com/image/3013.htm)] (a veces se corta con la episiotomía). En la pelvis masculina se distinguen menos madejas de actividad neural.

Komisaruk et al. (2004, 2005, 2011, 2012) descubrió que la estimulación vaginal actúa como un analgésico. También trabajó con mujeres con lesiones en la médula. Así encontró que el nervio vago, que no circula por la médula, alcanza el cuello uterino, lo que permitió a algunas lesionadas volver a sentir excitación sexual. Luego con imágenes de resonancia magnética funcional llegó a determinar que el clítoris solo transmite información por el nervio pudendo; que los labios y la entrada de la vagina por el pudendo y el pélvico; la parte central de la vagina, sólo por el pélvico; y la parte profunda de la vagina y el cuello del útero por el pélvico, el hipogástrico y el vago. La estimulación del clítoris y de la vagina iba por vías nerviosas distintas, lo que podía dar información sobre la diversidad de la respuesta sexual femenina (Estupinyà 2013). No se ha hecho un mapa parecido con hombres, aunque Komisaruk está trabajando en ello. (TEDTalk Mary Roach: 10 things you didn't know about orgasm).

Georgiadis (2012) ha observado una disminución de la actividad de la corteza orbitofrontal justo antes del orgasmo, como si se apagara en el cerebro la zona involucrada en la conciencia del cuerpo y el autocontrol racional. Concretamente para que se produzca un orgasmo y una eyaculación se tienen que dar dos condiciones, según Holstege, G. de la U. de Groningen (Holanda), a) un apagón de la corteza orbitofrontal y b) una excitación del tegmento pontino dorsolateral izquierdo del tallo cerebral tanto en hombres como en mujeres.

Además Georgiadis afirma que la neuroanatomía funcional del comportamiento sexual comparte los mismos circuitos de motivación, satisfacción y recompensa que otros, como la comida, la cocaína, el alcohol... es decir, no existen unos mecanismos fisiológicos o redes neuronales específicas para el sexo (p. 91, Estupinyà). Cosa que ya había expresado Le Vay (1993) en "The sexual Brain" diciendo que el mecanismo que desencadena el orgasmo es el mecanismo de la adicción, que está mediado por la dopamina.

#### **a. Las hormonas:**

***Estrógenos y progesterona:*** en las mujeres regulan sus ciclos menstruales, pero también su predisposición al sexo. Cuando una mujer está ovulando o a punto, es más seductora.

***Testosterona:*** en los hombres y las mujeres es inequívocamente la hormona del deseo (Young & Alexander, 2012, p. 55-86). Además de ser la responsable de mantener la libido, también aumenta la agresividad. Aunque, a diferencia del resto de hembras de mamíferos, excepto bonobos y delfines, las mujeres tienen sexo por placer durante todo el ciclo menstrual (Estupinyà, 2013).

***Dopamina:*** motivación y deseo.

***Noradrenalina:*** excitación corporal.

***Endorfinas:*** moléculas del placer, segregadas durante el ejercicio y el orgasmo (mitigan el dolor)

***Oxitocina:*** hormona del amor, vínculo, confianza y apego; se libera a raudales durante el orgasmo.

***Prolactina:*** inhibidora del deseo. Sensación de saciedad y periodo refractario.

***Serotonina:*** hormona del estado de ánimo; en exceso produce pérdida de libido; su escasez produce estados depresivos.

La relación entre hormonas y comportamiento fluye en ambas direcciones (Estupinyà 2013). Young & Alexander (2012), lo tienen claro: el amor es una adicción real (p. 325). Y para Hellen Fisher (1992) el amor romántico tiene tres componentes químicos: deseo; andrógenos y estrógenos; atracción: altos niveles de dopamina y noradrenalina y bajos niveles de serotonina; y apego:

oxitocina y vasopresina (y los núcleos cerebrales sobre los que actúan, cercanos al hipotálamo y a las zonas de recompensa).

En otro orden de cosas Chivers (2009, 2012) replicó las observaciones que Heiman ya había hecho en el 1975 también con el uso del pletismógrafo – aparato que se inserta en la vagina y que mide objetivamente la amplitud del puso vaginal- y reportó que los datos que daban los pletismógrafos de algunas mujeres y los de sus autoevaluaciones no concordaban. Que había un abismo entre lo objetivo y lo subjetivo (Bergner, 2013, p.24). “Las mujeres se excitan, (Dio Bleichmar, 1997, p. 386) pero no se enteran”. Mientras que los hombres, tanto homo como heterosexuales, respondían a patrones más predecibles y concordantes cuando eran sometidos a la misma autoevaluación y a los pletismógrafos. Lo que mostraron los trabajos de Chivers era que la discordancia en las mujeres era no sólo entre mente y cuerpo sino entre realidad y expectativas (p 37). Por ejemplo, que les excitaba un pene erecto, el sexo con desconocidos y que se sentían dispuestas al sexo esporádico.

De todas maneras Chivers insiste en que “la diversidad de respuesta es enorme”, que la concordancia sexual en mujeres está asociada a mayor nivel educativo y frecuencia de masturbación. Las mujeres practicantes de meditación suelen desarrollar mayor concordancia. Las mujeres con mayor concordancia se declaran más satisfechas con su sexualidad. Chivers también informa de que las mujeres reaccionan genitualmente a un espectro muchísimo más amplio de estímulos sexuales que los hombres (Estupinyà, 2013, p. 105-107), por ej. al sexo lésbico.

**b. Masturbación:** (Estupinyà, 2013, p. 147- 157)

Hay un estudio británico de 2008 que afirma: en el caso de los hombres, cuanto menor era la frecuencia del coito mayor la masturbación; en las mujeres, a la inversa. A la pregunta: ¿Por qué nos masturbamos? Los hombres responden: por placer, aburrimiento, aliviar tensiones. Las mujeres responden: 39% relajarse; 32% conciliar el sueño; 19% por placer; 10% reducir dolores menstruales.

En los años 40, época de Kinsey, se masturbaban 95% de los hombres y 40% de las mujeres. A principios del siglo XXI, 95% de los hombres y 71% de las mujeres. La masturbación femenina ha aumentado gracias a activistas como Betty Dodson (85 años) que siguen en la brecha dando talleres o sesiones individuales de masturbación (con o sin vibrador). (Ver you tube: Masturbación femenina: [www.youtube.com/watch?v=TmT1yEkkoGY](http://www.youtube.com/watch?v=TmT1yEkkoGY)).

Datos del 2009 del Instituto Kinsey, del 52 al 55% de las mujeres han utilizado vibradores, tanto para masturbarse como durante el sexo en pareja. El uso de vibradores está asociado a mejores índices de excitación, lubricación, deseo y orgasmo. Respecto a los juguetes sexuales: hay un enorme mercado tanto para mujeres como para hombres, hetero u homosexuales, solxs o acompañadxs.

Muchxs sexólogxs argumentan que una función de los juguetes sexuales y la masturbación es aprender sobre las reacciones del propio cuerpo; y que explorar qué produce más placer es fundamental para tener una vida sexual sana y para tomar la iniciativa en las relaciones de pareja.

Laura Berman, que en 2001 publicó, junto con su hermana, “Sólo para mujeres”, tiene toda una industria del sexo (libros, lubricantes, vibradores de diseño propio, que se pueden adquirir en The Berman Center), en 2010 ha sacado “It’s Not Him. It’s you!”. Su tesis principal: para alcanzar un orgasmo hay que trabajar en dirección a ir aumentando la excitación. Esto sucede principalmente mediante la frotación sobre el clítoris (de pene, dedos, lengua, vibrador) con o sin penetración. Se puede acompañar de fantasías. Más la respiración coordinada con los movimientos. El mensaje “It’s you!” va dirigido a desmentir los modelos del “amor romántico” de la Bella Durmiente y la Cenicienta, de que el “otrx” es el que sabe tiene. La responsabilidad del propio placer es de cada persona para consigo misma. Aunque la decisión de cuando se acaba una relación sexual es compartida, y, desde una posición de igualdad, lógicamente, será cuando ambxs hayan conseguido su orgasmo. El

corolario es: Si unx sabe como llega, y este saber lo ha adquirido con la masturbación, debe poner este conocimiento en acción cuando está con alguien, y no dejar la responsabilidad en estx otrx.

El uso de lubricantes acuosos, con siliconas o de estimuladores del orgasmo (como Play O, Durex) es de lo más sencillo que se puede hacer para mejorar el placer sexual.

**c. Orgasmos:** He llegado a contabilizar 4 tipos de orgasmos femeninos. Tiresias, de Ovidio, que vivió como varón y mujer, afirmó que las mujeres obtienen nueve veces más placer del sexo que los hombres (Bergner, 2012, p. 42). Lo que parece fuera de toda duda hoy es la capacidad multiorgásmica de muchas mujeres (del 6,9% al 10,3% en la masturbación sólo) sin más limitación que el cansancio físico y la hipersensibilidad del clítoris (periodo refractario femenino); y muchas clases de orgasmos; de una mayor duración que los de los hombres (Wolf, 2013, p. 112-113).

Komisaruk hace resonancias magnéticas funcionales de hombres y mujeres durante el orgasmo, e informó de que los puntos de luz se esparcían por todo el cerebro, que este parecía un árbol de Navidad. Que el cerebro parecía un estallido de palomitas de maíz.

Komisaruk también informa de cuatro centros sexuales en las mujeres: el clítoris, la vagina, el cuello uterino y los pezones (Wolf, 2013, p. 111). En última instancia, afirma Komisaruk, el orgasmo se produce en el cerebro y no en los genitales (Estupinyà, 2013, p. 129). Se trata de una descarga de tensión sexual del SNA acumulada, que resulta en contracciones musculares rítmicas en la región pélvica (vagina, perineo y útero) con aceleración del corazón y dilatación de los vasos sanguíneos.

**d. El punto G:** una zona en la pared vaginal notablemente más erógena que el resto (Estupinyà, 2013, p. 124-128) descubierta por Grafenberg en 1950, de ahí G. En la literatura seria se afirma que el punto G no existe (Puppo, 2014;

Puppo y Janinni, 2014). Estos autores proponen que lo que existe es un entramado de clítoris, uretra y vagina que se llama la zona CUV.

El libro “Coño Potens” llega a la misma conclusión que Puppo y Janini basándose principalmente en una serie limitada de artículos muy claros, el ya citado de Korda, Goldstein & Sommer, “The history of female ejaculation” de 2010; dos de Wimpissinger y cols.; y los trabajos de Zivi. En definitiva, que el punto G no existe como tal, lo que existe, con toda lógica dados los orígenes embriológicos comunes, es lo que Grafenberg y Skene encontraron y no se atrevieron a nombrar: la próstata femenina, también llamada “glándulas parauretrales”.

*Squirting* es eyacular a chorro una enorme cantidad de líquido en el momento del orgasmo. Se trata de presionar muy fuerte con dos dedos, ahora ya podemos decir sobre la zona de la próstata, manteniendo la intensidad y no dejar de hacer presión en el momento del orgasmo, es entonces cuando se produce la explosión de líquidos y placer. Según Torres (2015) la eyaculación es únicamente prostática (no es orgásmica) y tiene unos orificios de salida propios. Torres sostiene que nuestros genitales son como un colador, que hay múltiples orificios y diversas funciones: además de la uretra y los de eyacular, las glándulas de Bartolino, que son para lubricar. Torres también afirma que la eyaculación puede ser retrógrada.

En 2011 (Zietsch, et al., 2011) se hizo un estudio en Australia que buscaba la relación entre orgasmos, clase social, estudios, personalidad, ideas políticas, estar o no casada y actitudes restrictivas o permisivas, con estos resultados:

- Tener libido aumenta los orgasmos tanto por coito como por masturbación
- Fantasías fuera de la pareja: menos orgasmos durante el coito, más masturbándose.
- Actitudes restrictivas: no afecta a los orgasmos en pareja; disminuye los individuales.

- A mayor clase social, mayor frecuencia de orgasmos durante la masturbación.
- A mayor nivel de estudios, menos orgasmos durante el coito y más masturbándose

En otro estudio de Laumann (2005) se afirma que de un 25 a un 30% de mujeres tiene problemas para alcanzar el orgasmo durante la penetración. Un 10% no lo consigue nunca, ni con masturbación (Estupinyà, 2013, p. 137). La anorgasmia en mujeres del sudeste asiático es del 41%. La falta de deseo en las mujeres en el sudeste asiático del 43,4%. Mientras que en Europa del Norte es del 25,6%. En hombres hay mayor proporción de eyaculación precoz en Méjico y Brasil; y valores muy elevados de insatisfacción sexual y disfunción eréctil en el sudeste asiático.

Dingfelder (2011) dice que el 67% de las mujeres heterosexuales reconocen simular el orgasmo durante las relaciones pene-vagina. De estas, el 55% admitió simularlo durante la relación sexual; el 8% durante el sexo oral; y el 4% durante la estimulación manual. La película "Fake orgasm" (2011) de Jo Sol, no solo abunda en esta afirmación sino que es un magnífico documental acerca del entramado sexo-género en el mundo *queer*.

Una encuesta británica realizada a casi 20.000 personas en 1990; con repeticiones en 2000 y en 2010 ha mostrado un incremento progresivo de sexo oral y anal entre heterosexuales (Estupinyà, 2013, p. 112).

**e. El sexo anal:** Practica habitual para la mayoría de los hombres gays que se ha disparado entre la población heterosexual. Casi la mitad de las mujeres entre 25 y 70 años lo ha practicado en alguna ocasión. El 58% de mujeres lo hicieron por primera vez a petición de sus parejas. Internet y sus páginas porno tiene un rol importante es esta práctica. Hay una parte de la población a quienes les resulta placentero a pesar del dolor.

La frecuencia del dolor en una población homosexual: el 41% no dolor, el 32,7% dolor suave, 17,2% moderado, 5,8% severo (Estupinyà, 2013, p. 163-167). A mayor experiencia menos dolor, pero para un sector está siempre presente.

Stulhofer (2013) encuestó a más de 2000 mujeres de entre 18 y 30 años. El 63% había tenido alguna experiencia de sexo anal. La mitad reconoció que la primera vez tuvieron que interrumpir por dolor intenso, pero la mayoría repitieron, un 9% a pesar de sentir un dolor severo. ¿Por qué? Hay tres grupos de respuestas: 1. una cuarta parte no siente dolor alguno; 2. un 40% experimentan dolor intenso y evitan practicarlo; y, 3. a un tercio les duele pero les gusta porque dicen que erotizan el dolor.

Atención, porque el sexo anal es mucho más arriesgado de lo que se cree y muchxs de sus practicantes no utilizan preservativos cuando es mucho más necesario, por el tipo de tejido, las lesiones, las respuestas inflamatorias e infecciosas y las enfermedades de transmisión sexual.

En los hombres la penetración anal (tanto para homo como para heterosexuales) con pene, dedos o dildos es placentera por el estímulo interno de la próstata y les puede llevar al orgasmo. Para las mujeres, como vemos en la imagen: [www.netterimages.com/image/3013.htm](http://www.netterimages.com/image/3013.htm), las fibras sensoriales alrededor del ano pueden explicar porqué algunas chicas sienten placer en el sexo anal, mientras que otras sienten indiferencia o dolor.

Hay fenómeno nuevo, estimulado por el porno en Internet, y por la literatura tipo “50 sombras de Gray” que consiste en que el sexo “normal” ya no resulta suficientemente estimulante para muchos hombres usuarios asiduos de pornografía. Buscan la penetración anal (a menudo violenta) y el clímax anal como “objetivo” del acto sexual, además del *bondage*, que explicamos en el apartado siguiente.

En su libro Wolf (2013, p. 295-6) cuenta que en una reunión con las asesoras de salud de varias universidades, estas pedían ayuda a quien las pudiera escuchar para poder “ayudar” a las múltiples chicas que consultaban por desgarros anales. Estas chicas les contaban que los chicos de los campus esperaban que ellas aceptaran practicar este tipo de sexo, porque esto era lo que veían en las pantallas. La pornografía contemporánea “*mainstream*” está alejada de las caricias y estímulos que excitan a las mujeres, degrada la vagina y a menudo destaca la penetración violenta, incitando al tipo de prácticas sexuales que aumentan la insatisfacción sexual y emocional de las mujeres, por decirlo suavemente. En realidad las chicas son víctimas de una fuerte presión para que acepten esta situación como “una nueva normalidad”.

#### **f. Bondage, o BDSM (Bondage, Domination/Discipline, Sadism, Masoquism)**

De Béjar (2001, 2011) plantea con toda naturalidad la práctica del *Bondage* (actos de atar con fines eróticos) o el *BDSM (Bondage, Domination/Discipline, Sadism, Masoquism)*. Las personas que lo practican lo suelen hacer en clubes privados (Estupinyà, 2013):

- a) Se comunican de una forma exquisita y fluida los límites y preferencias sexuales
- b) Tienen los roles bien marcados de dominancia y sumisión
- c) Utilizan el dolor físico como desencadenante de la excitación (nuestro cerebro interpreta un mismo estímulo algunas veces como doloroso, otras como placentero).

Un estudio australiano (Richters, et al., 2008) encontró que el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres habían tenido prácticas sadomasoquistas en el último año. No encontraron una relación entre síntomas psicológicos, abusos en el pasado o dificultades sexuales y la práctica de BDSM; el BDSM es una práctica cultural más, más frecuente entre homosexuales o bi que entre heteros. Pero atención porque el sadismo con agresión sexual existe, y es una parafilia. El BDSM no es el sadismo sexual consentido. El BDSM no genera problemas en personas sanas; sí en cambio a personas con desequilibrios emocionales previos.

El sexo pornográfico en Internet, más el éxito de masas *Cincuenta Sombras de Gray*, con su la película, que estimulan este tipo de prácticas, las han convertido en un fenómeno con riesgos que lxs psicoterapeutas tenemos que tratar con cuidado, especialmente cuando las refieren mujeres que no han alcanzado niveles suficientemente altos de organización subjetiva asertiva. Los límites entre BDSM y las relaciones abusivas se pueden hacer borrosos.

Leknes (2013), investigadora noruega de la relación entre dolor y placer dice que lxs masoquistas no tienen mayor tolerancia al dolor. Leknes tiene varias hipótesis. La primera es que hay que entender que placer y dolor son un continuo. Luego, que eliminar un dolor genera placer. Pero, ¿por qué el dolor puede llegar a generar placer? Un dolor muy intenso libera endorfinas que una vez en el torrente sanguíneo generan bienestar en cuanto el dolor cesa. Los sistemas de dolor y placer comparten circuitos, de manera que el dolor puede activar partes del sistema dopaminérgico (ansia y motivación) y aumentar el deseo sexual. Bastian (2013), un psicólogo australiano, afirma que un dolor puede eliminar otro dolor; autoinfligirse dolor reduce el malestar generado por culpabilidad, como nos han mostrado los trabajos de Doctors (2007) con adolescentes que se cortan para aliviar dolores psicológicos.

Saketopoulou (2014) en “Sufrir el placer” argumenta que la sexualidad perversa puede tener un potencial generativo si el/la analista, en vez de asustarse, mantiene la curiosidad. La autora se fundamenta en la teoría de la sexualidad infantil de Laplanche (2011) para sugerir que placer y dolor son dos fenómenos evolutivamente coextensivos. En palabras de Butler (2006) “Nos deshacemos el uno/a al otro/a. Y si no nos perdemos algo... de manera que cuando hablamos de ‘mi sexualidad’, en realidad queremos decir algo complicado,... la sexualidad no es una posesión, sino más bien, un modo de ser desposeídxs” (Saketopoulou, 2014, p. 24).

Me gustaría terminar este apartado citando Perel (2013), que tiene una TED Talk extraordinaria acerca del deseo en las relaciones de larga duración. Perel empieza afirmando que es la primera vez en la historia que vivimos la

sexualidad a largo plazo, enraizada en el deseo, para obtener placer y conexión.

Perel dice que el sexo no es una cosa que se hace, sino un sitio al que unx va. Es un espacio interior en el que unx entra, en solitario o con otrx/s.

Para que se mantenga el deseo en una relación hay que reconciliar dos grupos de necesidades que se contraponen; necesidades de seguridad, previsibilidad, permanencia, esperanza,... (**de amor**) con necesidades de novedad, aventura, misterio, riesgo,... (**deseo**)

Perel afirma que el buen sexo a menudo se desvanece., que tiene ciclos, como la luna. Como terapeutas nos interesa esta idea porque algunas personas pueden angustiarse si no sienten deseo y entrar en una posición autoexigente, y así lxs podemos ayudar.

Otra idea de Perel es que cuidar es un **antiafrodisiaco** poderoso. Cualquier cosa que suponga parentalidad disminuye la carga erótica. La paradoja entre amor y deseo es que los ingredientes que nutren el amor (mutualidad, reciprocidad, responsabilidad, protección, preocupación por el otro) son los mismos ingredientes que lo apagan. También hay otras razones para que se apague el deseo, si unx se pregunta ¿Cuándo me cerré? Puede encontrarse con este tipo de respuestas: cuando me sentí muertx por dentro; me sentí mayor; no me gusta mi cuerpo; no tuve tiempo para mí; tengo la autoestima baja; no me siento con derecho a querer, ni a recibir placer; no he tenido tiempo de charlar o pasar un rato agradable contigo; ...

Otro concepto muy extendido por el “amor romántico”, el género normativo y el “nacionalcatolicismo” es la creencia de que el amor va con la abnegación. No es cierto. **Va con cierta cantidad de interés personal. La capacidad de estar conectado con uno mismo en presencia del otro.** En otras palabras, nos tenemos que mover en la dialéctica entre la necesidad de conexión y la de separación; entre la unidad y la autonomía. Si unx pasa el tiempo en el cuerpo

y en la mente del otrx y no en la propia, no se excita. No puede culminar y tener un orgasmo.

Otra pregunta muy pertinente es: ¿Qué me pone, qué me atrae del otrx? Las respuestas:

1. cuando no está, estamos separadxs y nos volvemos a encontrar
2. cuando lx veo en su singularidad y sus capacidades
3. cuando lo pasamos bien juntxs, nos reímos, compartimos un evento
4. cuando aparecen sentimientos no muy políticamente correctos: celos, posesividad, poder, atrevimiento, ...

Perel afirma que las parejas que funcionan:

- a. tienen mucha privacidad erótica (entienden que hay un espacio erótico que pertenece a cada uno)
- b. entienden que los juegos preliminares no son para justo antes del sexo, sino que empiezan justo después del orgasmo anterior
- c. aceptan que el sexo comprometido es premeditado, intencional, tozudo, centrado en el presente (han dejado caer el mito de la espontaneidad)

## **5. Dificultades en la sexualidad**

El 2012 es el primer momento de la historia en que se empiezan a publicar más artículos científicos sobre disfunción sexual femenina que masculina. La sociedad está cambiando y el placer sexual ya no se concibe como más importante para el hombre que para la mujer. El porcentaje de mujeres que sienten tener algún problema en su sexualidad –el 43%– (la falta de deseo es el más frecuente) es significativamente mayor que el de hombres –el 31%. (Laumann, 1999). Pero además la sexualidad femenina es mucho más compleja que la masculina. Se mencionaran partes de un artículo (Garriga, 2014) que lo refleja.

### **a. Preocupaciones femeninas:**

Cuatro grandes categorías interrelacionadas:

- A) factores socioculturales: falta de información sexual, exceso de trabajo, presiones religiosas o culturales;
- B) problemas en la pareja: conflictos, diferentes intereses, salud del compañero, falta de comunicación;
- C) factores psicológicos: ansiedad, miedos, baja autoestima, traumas del pasado;
- D) problemas médicos: dolor en el coito, infecciones, cambios hormonales que puedan generar falta de deseo o de excitación genital.

Se produce un cambio de categorías diagnósticas en el DSMV, que eliminan la doble denominación que había en el DSMIV, por tanto la doble conceptualización: el “Trastorno del deseo sexual hipoactivo” y el “Trastorno de excitación sexual femenina”, que separaba las dificultades del deseo de las de la excitación. Esta doble conceptualización se hacía eco del modelo de 1979 de Helen S. Kaplan, que añadía el deseo mental al modelo lineal de la respuesta sexual humana de Masters y Johnson de 1966. Estas dos denominaciones del DSMIV, en el DSMV son sustituidas por un único trastorno que se llama “Trastorno de interés/excitación sexual” y responde al modelo circular teorizado por Basson, en 2001. Según este modelo, en ocasiones el deseo mental puede preceder a la excitación física, pero también el contacto y la excitación física pueden generar deseo sexual.

Como se argumentó (Garriga, 2014), el problema que puede generar esta nueva categoría diagnóstica es que abunde en la posición sumisa de la mujer. Porqué:

Aunque Brotto (2010) argumenta que “interés” describe mejor que “deseo” a las mujeres, porque “enfatisa un constructo más amplio que las connotaciones más biológicas de ‘impulso’ del deseo sexual”, la aceptación de una flexibilidad y receptividad sanas de las mujeres pide preguntarse cuál es la línea entre flexible y confusa.Cuál es la verdad del deseo de una mujer. ¿Tiene que confiar en su estado “psicológico” o

en el “físico” (como si fueran separables para todo el mundo)? ¿Tiene que confiar en su pareja para hacerle saber cuándo ser sexual? Los discursos alrededor de la *receptividad* “sana” y de la desconexión femenina natural entre la excitación objetiva y la subjetiva son problemáticos porque son interpretados como evidencias de la “complementariedad” del deseo entre hombres y mujeres, donde por complementariedad se entiende que el hombre inicia y la mujer responde.

Estas narrativas pueden ser dañinas para las mujeres. Si entendemos por receptividad femenina la “propensión a ponerse [a la actividad sexual] a pesar de la ausencia de deseo sexual en este instante” hace que utilizar la receptividad como señal de deseo sexual pueda reforzar las demandas de los hombres y fomentar el sexo coactivo en las relaciones heterosexuales; también puede promover experiencias sexuales traumáticas, y devaluar aun más la ya turbia noción del consentimiento.

A pesar de las críticas, este modelo recoge una realidad de la sexualidad femenina, que ha sido muy desarrollada en el libro “Deseo” (2011), que ofrece otra manera de mirarlo para ayudar a despertar el deseo en las mujeres por su propio placer, puesto que el trabajo ya citado de Laumann (de 1999), según el cual el 43% de las mujeres de 18-59 años sufrían algún tipo de trastorno, añade que el más prevalente es la falta de deseo, y que este afecta al 33% de las mujeres (carecemos de datos para el estado español). Esta cifra es escandalosamente alta y algunas estimaciones la elevan aún más, lo que nos debería hacer preguntarnos qué está sucediendo para que tantas mujeres no contemplen esta falta como un problema (*distress*).

En realidad Schiffren (2008) en un nuevo estudio sobre 31.851 mujeres, añadió a su encuesta una pregunta acerca del malestar (*distress*) y los resultados mostraron una prevalencia de problemas sexuales creciente por grupos de edad: 27.2% grupo 18-44 años, 44.6% grupo 45-64 años, y 80.1% de 65 para arriba. Pero solo lo vivían como un problema el 8,9%, el 12,3% y el 7,4%

respectivamente. Lo que pone de manifiesto que para muchas mujeres la falta de deseo no interfiere en su bienestar.

La falta de deseo femenino es muy común. Y tiene que ver con aspectos muy variados y dispares:

- Falta de testosterona
- Insatisfacción propia (con las propias tareas o responsabilidades)
- Insatisfacción en la relación (por cuestiones de dedicación a tareas comunes, a necesidades de hijos, por malos tratos psicológicos, físicos o sexuales, ...)
- Cansancio y/o estrés
- Psicopatología (ansiedad, depresión, estrés post-traumático, narcisista, borderline, psicosis,...)
- Por resentimiento con la pareja
- Por actitud sacrificial, renuncia al propio placer.

La industria farmacéutica está trabajando intensamente para proporcionar soluciones: **Intrinsa**, unos parches de testosterona que se van distribuyendo a través de la piel, caros y uso diario, y que, a la larga puede incrementar el riesgo de cáncer de mama y riesgos cardiovasculares. **Tefina**: Spray nasal de testosterona, de uso puntual, que hay que esnifar de una a dos horas antes de la actividad sexual; **Lybrido** (testosterona y sildenafil) que influye sobre el deseo y sobre el flujo sanguíneo del clítoris vulva y vagina (el mismo principio del Viagra) y **Lybridos** (testosterona y buspirona), que además de al deseo apunta a la motivación (en mujeres que tienen mecanismos inhibitorios al sexo, incluso disfunciones sexuales debidas al exceso de serotonina que producen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), que estarán disponibles en 2016. Otro medicamento en estudio que ha sido aprobado por la FDA en junio de 2015 es la **Flibanserina**, un mal antidepresivo que se vio que funcionaba como inductor de la libido.

También hay una autora Leonore Tiefer, autora de “Sex is not a natural act” (2ª edición en 2004) que justamente hace campaña en contra de la Flibanserina

diciendo que el concepto de disfunción sexual femenina es un constructo artificial fomentado por la industria farmacéutica y por una sociedad sexista que exige a las mujeres unos niveles de libido superiores a lo que es natural (con todos los problemas que la palabra natural comporta).

Se ha encontrado que la píldora anticonceptiva reduce los niveles de testosterona, sin excepción. Los déficits de andrógenos también están asociados con pérdidas de densidad ósea y masa muscular, además de peor estado de ánimo y bienestar físico.

Por otro lado Francisco Cabello (2002), sexólogo de Málaga, afirma que la relación entre libido y testosterona existe, pero que está plagada de excepciones. Él tiene pacientes a los que se disminuye farmacológicamente los niveles de testosterona y no pierden un ápice de deseo (pederastas, hipersexuales,...). Lo que nos lleva de nuevo a los factores psicológicos, socioculturales y de pareja, que tienen que ver con la falta de deseo.

***Falta de excitación y lubricación:*** La falta de excitación y de lubricación también son malestares femeninos. La pérdida de estrógenos tras la menopausia comporta una disminución significativa de lubricación. Las terapias supletorias de estrógenos mejoran la lubricación y la respuesta sexual, pero están claramente asociadas a un incremento de casos de cáncer. Una solución fácil y segura es un buen lubricante. La terapia sexual es indicada cuando persiste la falta de excitación.

Por otro lado las estadísticas de Estupinyà (2013) dicen que alrededor de un 10% de mujeres nunca han experimentado un orgasmo.

***Vaginismo y dolor en el coito (dispareunia):*** El dolor en el coito puede estar causado por malformaciones, infecciones, falta de lubricación, ... y por vaginismo. Que es una contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico cerrando la vagina e impidiendo cualquier tipo de penetración, incluido un tampón.

La opinión más común es que el vaginismo tiene causas psicológicas y que se origina por ansiedad y temor al encuentro sexual, por experiencias traumáticas o anticipación de dolor en el coito. Puede ser debido a lesiones musculares o nerviosas. La psicoterapia para eliminar bloqueos y aversiones funciona en muchos casos. También el empleo de bótox. Uno de los tratamientos más comunes consiste en una serie de dilatadores de diferente tamaño que la paciente debe ir introduciendo progresivamente.

### **b. Disfunciones sexuales masculinas**

Volviendo al estudio de Laumann (1999) el 31% de los hombres decía haber tenido algún desorden sexual en los últimos 12 meses. Los más comunes son la disfunción eréctil y la eyaculación precoz, luego la eyaculación retardada y la falta de deseo.

Los datos del Estado Español de 2013, de la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) en el Atlas de la *disfunción eréctil* en España muestran que su incidencia es del 18,9%. Las causas pueden ser físicas o psicológicas. A nivel físico, los problemas de erección pueden indicar una enfermedad cardiovascular. La diabetes y la hipertensión también. La obesidad, el tabaquismo, el exceso de alcohol, ... todo lo que afecte al sistema circulatorio. Algunos problemas de erección son efectos secundarios de algunos fármacos: como de la hipertensión.

Las causa psicológicas más habituales son la depresión, el estrés, los problemas de pareja y el bloqueo que genera la ansiedad escénica (sería el caso de los hombres jóvenes o adultos que, a pesar de sentirse mentalmente excitados, inseguridades, nervios o miedos provocados por experiencias traumáticas anteriores impiden la erección en el momento del acto sexual. En el contexto de una relación estable, una terapia sexual debería ayudar. En alguien sin pareja es más difícil. En este caso la ayuda de fármacos para facilitar la erección podría ser útil. Hay: Tadalafilo, que se comercializa como

**Cialis**, actúa aumentando el flujo sanguíneo en el pene en presencia de estimulación sexual. Hay que ingerir este fármaco 30 minutos antes. **Vardenafilo**, que recibe el nombre comercial de **Levitra**, actúa aumentando el flujo sanguíneo en el pene siempre en presencia de estimulación sexual. Su administración debe realizarse entre 25 y 60 minutos antes de comenzar. **Sildenafil**, conocido como **Viagra**, actúa potenciando el riego sanguíneo del pene, facilitando así la erección. Debe tomarse una hora antes de empezar. **Avanafilo**: un nuevo producto cuyo nombre comercial es **Stendra**, actúa mejorando la vasodilatación, responsable de que la sangre llegue de forma adecuada al pene para producir así la erección. Funciona en tan sólo 15 minutos tras su ingesta.

**Eyacuación precoz**: Algunos hombres eyaculan sin control en el mismo instante de la penetración, y luego tienen el periodo refractario hasta poder volver a tener una erección. Este problema afecta seriamente la confianza y la vida sexual de estos y de sus parejas. Las causas situacionales y comportamentales son las más frecuentes, pero se ha asociado a niveles bajos de serotonina. El tratamiento incluye, además de la terapia sexual, cremas anestésicas (con preservativo) como Tramadol - analgésico opiáceo-, la Clomipramina (antidepresivo tricíclico que inhibe la recaptación serotonina y noradrenalina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: paroxetina, sertralina y fluoxetina, en este orden de eficacia.

**Eyacuación retardada o anorgasmia**: Entre un 3 y un 5% de hombres pueden tener dificultades para alcanzar el orgasmo en alguna época. La eyacuación retardada es un trastorno del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual. En sexología se distinguen dos tipos de problema dentro de este trastorno:

- Eyacuación retardada; cuando el orgasmo tarda mucho en llegar, el hombre se cansa y el coito se vuelve demasiado extenso para ambos. No hay un tiempo marcado aunque algunos expertos indican que 20 minutos podría ser considerado demasiado tiempo.

- Anaeyaculación; cuando a pesar de haber alta excitación, no se eyacula y no hay orgasmo. Hay que distinguir de la retroeyaculación, donde el hombre voluntaria o involuntariamente eyacula hacia dentro, pasando el semen a la vejiga y luego orinándolo.

**Causas: 1. Físicas**

- Problemas en las vías seminales como obstrucciones. Esto puede ocurrir debido a infecciones, algunos medicamentos y lesiones medulares.
- Problemas hormonales. El exceso de prolactina, por ejemplo.
- Cirugías pelvianas.
- Diabetes melitus

Todas estas causas excepto las lesiones medulares son de tipo temporal y remiten con tratamiento.

**2. Psicológicas:** Las causas de tipo psicológico pueden ser muchas y muy variadas como:

- Miedo a eyacular. El temor consciente o inconsciente a eyacular, sea por no querer hijos, miedo a las ETS...
- Problemas de pareja. El hombre puede “castigar” de esta forma a su pareja, manifestarle su desprecio o centrar la atención en él.
- Excesiva masturbación con pornografía de internet.
- Baja autoestima.
- Ansiedad.

Un hombre con problemas para llegar al orgasmo aún con excitación, puede saber si la causa es física o psicológica. Además puede diferenciar si no ocurre en todas las ocasiones, en todas las técnicas o en la masturbación en solitario. Si la causa es física ocurre en el 100% de las ocasiones.

***Falta de deseo:*** También llamada “andropausia” debida a la pérdida progresiva de andrógenos, a obesidad, consumo de alcohol.

El alcohol, en dosis moderadas, es afrodisíaco, pero en mayor cantidad produce la paradoja de sentirse muy excitado pero tener dificultades para alcanzar el clímax.

El libro de Fco. Cabello (2002) antes citado propone técnicas para ayudar en todas las dificultades sexuales, incluidas las indicaciones farmacológicas adecuadas.

## 6. Vivir la sexualidad con “agencia”

de Bejar, (2001) publicó un libro que se ha reeditado en 2006 como “Tu sexo es aún más tuyo” y que lleva más de 300.000 ejemplares vendidos. Es un libro que tiene el mérito de ser de sexualidad para mujeres, pero que es muy útil que lean los hombres porque desmitifica muy bien la fantasía de “la bella durmiente” y el “príncipe azul” en la sexualidad. Esta obra apela a la **agencia** (o capacidad de acción) de las mujeres para su gozo compartido; deja de hacer caer la responsabilidad de lo que ocurre en la cama a los caballeros; sabe dar la importancia que merece al clítoris; muestra con ilustraciones como hacerse responsables del propio placer a las mujeres, aún en compañía

El libro plantea las incongruencias del modelo de sexualidad femenino: *miedo* a no gustar, a no estar a la altura por no gozar como *debería ser* (¿clitoridianas, vaginales?); *no pedir*, pero hacer o dejarse hacer, más preocupadas por el placer del otro que por el propio;  *fingir*: orgasmos, por no quedar mal o herir sus sentimientos, o para que “acabe ya”; menor libido de las mujeres versus *incontenible necesidad de “descarga”* de ellos; la doble moral que valora al donjuan y degrada como fresca o puta a la que hace lo mismo.

También explica la historia de Lilit. Lilit fue la primera mujer de Adán, a quien abandonó cuando éste intentó forzarla. Yavé la castigó a perder cien hijos cada día. Con esta historia la autora muestra que ha habido mujeres con agencia pero que han sido silenciadas de la historia. En cambio se ofrece a Eva, su segunda mujer, como antimodelo (porque quería saber –en realidad como

pecadora mortal) y a la Bella Durmiente, Blancanieves o Pretty Woman como modelo: que sin un hombre que las salve no son nada.

De Béjar propone que las mujeres **se tienen que responsabilizar de la calidad de su vida, de su placer**. Ellos también saldrán ganando. Para ello, tienen que conocer su cuerpo, estar a la última en información sobre sexualidad, plantearse qué desean a nivel sexual y comunicárselo a sus parejas.

El modelo de sexualidad dominante también es inhumano para ellos: que el pene sea el centro de *su universo*, que cumpla con las características de longitud, grosor, duración de la erección y eficacia en provocar orgasmos femeninos mediante la cópula. ¿Y cuando *falla* el pene? Muchos hombres después de un *pinchazo* creen que su vida sexual ha acabado y renuncian por miedo a ver su virilidad cuestionada.

De Béjar explica la historia de un encuentro sexual con el que muestra la cruda realidad del modelo de sexualidad patriarcal. En este ejemplo Julia –la chica– aparece: insegura por la supuesta fealdad de su cuerpo; indecisa por temor a *qué pensará de mí*; preocupada por qué tarda demasiado en estar preparada; nerviosa por *estar a la altura* y satisfacerlo; y angustiada por no cansarle o parecerle demasiado pedigüña. Y propone como solución a este cúmulo de despropósitos la agencia mencionada anteriormente.

## **7. Las novedades en la sexualidad en la actualidad**

Actualmente hay un fenómeno que no está bastante estudiado porque es muy reciente (Wolf, 2013; Wilson, 2006). Wilson llama al porno por Internet “El mayor experimento global inconsciente que jamás se haya dirigido”.

### **a. El porno en Internet**

Desde que en todo el mundo occidental se dispone de conexión a Internet de banda ancha que permite poder visualizar imágenes al instante, la pornografía ha cogido unas dimensiones espeluznantes. Distintas para los hombres y para

las mujeres. Según un estudio publicado en *The Journal of Adolescent Research*, (Wright, 2013) nueve de cada diez hombres jóvenes consume pornografía, un tercio de las chicas también lo hace. Los chavales antes de los 10 años ya han buscado en las páginas porno.

Wolf y Wilson explican que como resultado de esta invasión de imágenes pornográficas, cada vez más duras, al cerebro masculino se le cruzan los cables. Lxs adultxs y lxs adolescentes no saben hasta que punto la pornografía remodela sus cerebros. Hay un video excelente de Wilson (2015) en la página “Your Brain on Porn” (<https://www.youtube.com/watch?v=7oFVOJf0TzY>), que muestra como el cerebro se va transformando por los efectos del consumo de pornografía (o alcohol, o cocaína, o comida basura) sobre el sistema dopaminérgico, inspirado en las tesis de Doidge (2008) que se resumen a continuación.

El sexo “normal” ya no resulta suficientemente estimulante para muchos hombres usuarios asiduos de pornografía. Buscan la penetración anal (a menudo violenta) y el clímax anal como “objetivo” del acto sexual.

Para los chicos, el problema también es serio. La masturbación crónica ante imágenes sexuales les desensibiliza. Lo que da lugar a una búsqueda de estímulos más fuertes (imaginería más intensa y llamativa), y a la típica escalada en el uso de las adicciones, por un lado; y a serios problemas de disfunción eréctil y eyaculación retardada, por el otro.

La pornografía se ha convertido en una rival destructiva para las mujeres y para las capacidades sexuales de los hombres. Tenemos que decir claramente que el porno por Internet no es sexo, es droga dura. Pone en marcha el circuito de recompensa de la siguiente manera:

Los hombres (y las mujeres también) tenemos el efecto Coolidge que explica que la asiduidad de una pareja sexual apaga el deseo sexual, pero que cuando se introduce una nueva pareja sexual el ardor vuelve a fluir, hasta que disminuye con el paso del tiempo. A nivel de neurotransmisores, lo que

produce el estímulo novedoso, es una liberación de dopamina en el núcleo acumbens.

Masturbarse frente a imágenes pornográficas, da lugar, a corto plazo, a un incremento de la dopamina en el cerebro masculino, lo cual mejora su estado de ánimo durante una o dos horas. Se activa el mismo circuito neurológico que en el consumo de cocaína, o en el juego. Puede dar lugar a una conducta adictiva cuando se convierte en un tipo de respuesta obsesivo compulsiva. Y esto sucede cuando se sienten inducidos a masturbarse repetidas y sucesivas veces, hasta llegar a perder interés en otros aspectos de su vida y a perder su capacidad para dominar su necesidad.

Pero además, con cada orgasmo, se liberan opioides, serotonina y endocannabinoides, lo cual produce, éxtasis, saciedad y relajación. Con cada eyaculación sucesiva, la inhibición se hace más fuerte (el sistema refractario). Para contrarrestar este efecto necesitan materiales eróticos cada vez más potentes, lo que les hace adictos al orgasmo, y a la previsibilidad de la recompensa. Pero,... una excesiva estimulación crónica deja de resultar satisfactoria. Y entonces empieza a preguntarse si las mujeres con las que se cruza aceptarían participar en esta o aquella práctica sexual. Esto da lugar a resentimiento, irritación y ensimismamiento en sus relaciones, al no haber coincidencia entre la realidad virtual y la realidad física, y fácilmente se ven afectados otros aspectos de la vida. De manera que su sistema límbico le mantiene firmemente convencido de que solo la droga de su elección le podrá restituir el bienestar.

Por otro lado, hay gente joven, que no sólo utilizan las imágenes porno durante las relaciones sexuales, sino que, a veces, son lo que determina y marca el ritmo, las posturas, los juegos. Quien controla el mando a distancia se convierte en quien controla el tipo de conducta sexual y el ritmo de su desarrollo.

Wilson llama resurrectos a los hombres que comprenden cual es la causa de su malestar y dejan de consumirla. Necesitan unos dos meses para

recuperarse, si son mayores. Pero si son jóvenes, necesitan el doble, de cuatro a cinco meses, porque su cerebro está demasiado estructurado.

Una sociedad de masturbadores es una población subyugada que conviene al *statu quo* porque adormece a la gente, en lo político, y en lo erótico, y su efecto es inhibitor y depresivo. Pero también dissociativo, por lo traumático.

Ahora bien Internet también ofrece muchas ventajas: permite identificar la propia orientación a quien duda; permite, sobretodo a las personas trans tener foros en los que dialogar acerca de su condición sin ser cuestionadas, juzgadas, o estigmatizadas, sino todo lo contrario. Compartir experiencias de transición, recursos para obtenerla, modelos,...

Permite utilizar las aplicaciones para contactar o ligar. Ahora con este sistema es muchísimo más fácil; pero surgen otras complejidades, como cuando parar, o seguir buscando.

#### **b. Aplicaciones para buscar pareja:**

**MiuMeet:** MiuMeet permite chatear con personas cercanas porque las localiza por GPS de forma gratuita, importar fotos desde el Facebook y filtrar sus gustos para afinar más la búsqueda. Desde comida preferida, hábitos nocturnos, películas etc.

**Tinder:** se basa en cruzarse por la calle, localización GPS. Entonces aparece la foto de la persona que está en la aplicación y se puede poner un “me gusta”, si la otra persona también lo hace, entonces empieza la comunicación.

**Meetic:** Gran web de contactos. Gracias a la aplicación de Meetic se puede ligar en cualquier momento y lugar.

**Badoo:** Con Badoo se pueden descubrir las afinidades con millones de personas. Desde quien frecuenta los mismos bares o clubes, quien compra en las mismas tiendas etc. 100% segura, ofrece un sinfín de posibilidades como el modo invisible, para ver perfiles sin que lo sepan, crear álbum de fotos, ...

**StreetMatching:** Para los que creen en el amor a primera vista, permitiéndolo localizar geográficamente el flechazo. Con un solo click, la aplicación detecta el lugar y la hora en que ha sucedido el encuentro de manera que el usuario solo tendrá que aceptar los datos para que su flechazo quede registrado. Perfecto para llevarlo a un bar, realizar "fichajes" y esperar que sean correspondidos.

**Social Flirt:** Con ella puedes encontrar gente compatible y cercana. Millones de perfiles de usuarios y test de compatibilidad aseguran poder encontrar exactamente lo que la persona está buscando. Se necesita algo de tiempo para rellenar el perfil, pero merece la pena hacerlo, porque a más detalles mejores posibilidades.

**LovePark:** Para ligar, chatear, tener citas y sobre todo encontrar la media naranja. Totalmente gratis, sin necesidad de dar el correo electrónico ni ningún otro dato. Para muchos una de las mejores, más fáciles y sencillas de utilizar.

**Grindr:** Grindr Xtra es una manera simple, rápida y gratuita de encontrar chicos gays, bi o curiosos para salir, socializar y hacer amigos usando el iPhone. Identifica la ubicación física y permitirte subir fotos y chatear con los chicos que estén más cerca. Está prevista la salida de la app para heterosexuales.

**Qrush:** Aplicación bastante sencilla, exclusiva para chicas que buscan conocer a otras chicas. Tiene, su chat, un apartado donde leer noticias, un administrador de la aplicación y un apartado en el que ver los perfiles de las chicas que se encuentran alrededor de la zona de la persona que lo usa, organizadas por orden de cercanía.

**Ashley Madison:** Ashley Madison ofrece la posibilidad de conectarse desde cualquier punto del mundo para poder tener una infidelidad a la carta. El avance de la tecnología y el poder acceder a la web desde un teléfono móvil privado es una de las mejores ventajas que ofrece Ashley Madison para sus usuarios, ya que protege todavía más la privacidad del registrado y no deja huellas digitales en el ordenador personal.

**Breakupnotifier:** Aplicación para Facebook. Avisa por email cuando la chica o chico que a unx le gusta vuelve a estar solterx. Después de indicar los perfiles

de la red social en los que unx está interesadx, breakupnotifier analizará el estado hasta detectar un cambio, momento en el que avisará que ya se puede empezar a desplegar todos los encantos.

**Aplicaciones para parejas:** *Couple, Avocado y Between*: tienen un calendario propio, un chat privado y la posibilidad de intercambiar archivos.

*SimplyUs*: ayuda a organizar las tareas domésticas, con listas y recordatorios.

*Kindu*: reaviva la pasión, contiene propuestas de juegos y retos sexuales.

*Fix a Fight*: transmite el estado de ánimo a la pareja y ofrece consejos para reparar la situación.

*Desrire42*: potenciar la sexualidad como un juego.

*Happyweek*: un calendario lleno de propuestas sorpresa destinadas a cuidar una relación.

## **7. La sexualidad en las mujeres mayores (a partir de los 50)**

En 2013 Freixas publicó una investigación que había realizado sobre una muestra de 730 mujeres de 50 años en adelante con la que mostró que ni la sexualidad ni el deseo desaparecen nunca, particularmente si estas tienen una relación empática y amorosa, con complicidad e intimidad; que son el sustrato sobre el que apoyan el deseo; también encontró que el 40% de las mujeres de 70 años de la muestra practican la masturbación.

También, que tienen una visión de la pareja “desidealizada”. Muchas ya han vivido muchas cosas. Valoran la compañía, el cuidado, el hecho de tener pareja, pero muchas desean relaciones con compromiso afectivo, pero sin cotidianeidad. Buscan una persona empática, cariñosa, afectiva, que respete la libertad, y que sea afín en valores y aficiones; otras, las menos, desean un encuentro sexual sin compromiso afectivo.

En el otro extremo, a muchas no les resulta fácil tener o desear una vida sexual, por múltiples razones, entre otras, porque les cuesta aceptar el autoerotismo, o porqué ni lxs hijxs ni las residencias (en caso de vivir en estos contextos) facilitan la sexualidad.

## Referencias:

Aron L. & Starr, K. (2011), "Was it good for you?" *Psychoanalytic Dialogues*, 21(4), 409-413.

----- (2013), *A Psychotherapy for the People*, New York & London: Routledge.

Baron-Cohen, S., Lutchmaya, S. & Knickmeyer, R. (2004), *Prenatal Testosterone in Mind: Amniotic Fluid Studies*, Massachusetts Institute of Technology.

Bastian, B., Jetten, J., Stewart, E. (2013), "Physical pain and guilty pleasures", *Social Psychological and Personality Science*, 4:215-219.

Benjamin, J. (1988), *The bonds of love*, New York: Pantheon Books.

----- (1995), *Like Subjects, Love Objects*, New Haven: Yale University Press.

----- (1998), *The shadow of the other*, New York & London: Routledge.

Bergner, D. (2013), *¿Qué quieren las mujeres? Últimas revelaciones de la ciencia sobre el deseo sexual femenino*, Barcelona: Ediciones Destino.

Berman, J. & Berman, L. (2001), *For Women Only. A Revolutionary Guide to Reclaiming Your Sex Life*, London: Virago Press. Traducción (2002), *Sólo Para Mujeres*, Barcelona: Planeta.

Berman, L. (2010), *It's Not Him. It's You! How to Take Charge of Your Life and Create The Love and Intimacy You Deserve*. New York: DK.

Bleichmar, H. (1997), *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona: Paidós.

----- (2008), "La esclavitud afectiva. Clínica y tratamiento de la sumisión". *Aperturas Psicoanalíticas*, 28.

Bourdieu, P., 1998 *La dominació masculina*, Barcelona: Edicions 62.

Brotto, L. A. (2010), "The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women", *Archives of Sexual bBehavior*, 39, 221-239.

Brotto, L. A., Yule, M. A. (2011), "Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women", *archives of Sexual Behavior*, 4(4):699-712.

Butler, J. (1993), *Cuerpos que importan*, Barcelona: Paidós, trans. 2003

---- (2004), *Deshacer el género*, Barcelona: Paidós, trans. 2006.

---- (2006), *Precarious Life*, London: Verso.

Cabello, F. & Lucas, M. (2002), *Manual Médico de Terapia Sexual*. Madrid: Psimática.

Campbell, D. "Founders of British obstetrics were 'callous murderers'". *The Guardian*, 7-2-2010.

Cohler, B. J. & Galatzer-Levy, R. M. (2014), "El momento histórico en el análisis de los hombres gais", *Aperturas Psicoanalíticas*, 48.

Corbett, K. (2009), "Little Hans: Masculinity Foretold", *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 78(3), p. 733-764.

---- (2011), *Gender Regulation*, presentación en el Panel de Género, en el congreso de la IARPP en Madrid. Texto completo: Garriga, C. (Coord.) (2011). Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, queered, relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 429-455.

Corbett, K., Dimen, M., Goldner, V. & Harris, A. (2014), "Talking Sex, Talking Gender – A Roundtable", *Studies in Gender and Sexuality*, 15:295-317.

Coria-Ávila, G. A. (2012), "The role of conditioning on heterosexual and homosexual partner preferences in rats", *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 2:17340.

Chivers, M. L. et al., (2007), "Gender and sexual orientation differences in sexual response to the sexual activities versus the gender of actors in sexual films", *Journal of Personality and Social Psychology*, 93: 1108-1121.

---- (2012), "Effects of gender and relationship context in audio narratives on genital and subjective sexual response in heterosexual women and men" *Archives of Sexual Behavior*, 41(1):187-197

Chodorow, N. (1978), *El ejercicio de la maternidad*, Barcelona: Gedisa (1984).

----- (1994), *Femininities, Masculinities, Sexualities, Freud and beyond*. London: Free Association Books.

----- (1999), *The Power of feelings*, New Haven & London: Yale University Press.

----- (2012), *Individualising Gender and Sexuality*, New York & London: Routledge.

de Beauvoir, S. (1949), *Le deuxième sexe*, Paris: Gallimard.

de Béjar, S. (2001), *Tu sexo es tuyo*, Barcelona: Plaza y Janés. Reeditado (2006), *Tu sexo es aún más tuyo*.

----- (2011), *Deseo. Cómo mantener la pasión y resolver las diferencias sexuales*. Barcelona: Planeta.

de Iceta, M. (2003), "Diferencias cerebrales en función del sexo", *Aperturas Psicoanalíticas*, 15.

de Iceta, M. & Soler, M<sup>a</sup>. A. (2014), "Aproximación al abordaje psicológico y psiquiátrico de las variaciones en la identidad de género a raíz de los avances legales en su despatologización", *Aperturas Psicoanalíticas*, 47.

Diamond, L. M. (2008), *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*, Cambridge: Harvard University Press.

Diamond, J. (2012), *El mundo hasta ayer*, Barcelona: Debate.

Dimen, M. & Goldner, V. Eds. (1991) *Gender in Psychoanalytic Space*. Hillsdale: The Analytic Press.

Dimen, M. (2003), *Sexuality, Intimacy, Power*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.

----- (2011), "Lapsus Linguae, or Slip of the Tongue. A sexual violation in an analytic treatment and its personal and theoretical aftermath", *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. 47(1):35-79.

----- (Ed.), (2011), *With Culture in Mind*, New York & London: Routledge.

Dingfelder, S. F. (2011), "Understanding Orgasm", *American Psychologist*, 42(4), 42-45.

Dio Bleichmar, E. (1997), *La sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*, Barcelona: Paidós.

- (2002), "Sexualidad y género: nuevas perspectivas en el psicoanálisis contemporáneo", *Aperturas Psicoanalíticas*, 11.
- (2005), "¿Histeria infantil o grados variables de sexualización externa? Historia de Déborah", *Aperturas Psicoanalíticas*, 19
- (2006), "¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas", *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.
- (2010), "Las teorías implícitas del psicoanalista sobre el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 34.
- (2010), "Otra vuelta más sobre las teorías implícitas del analista sobre el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 36.
- (2011), "Diversidad sexual. Cuestionario a Emilce Dio Bleichmar", *Aperturas Psicoanalíticas*, 38.
- (Coord. 2011), *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*, Barcelona: Octaedro.
- Doctors, Sh. (2007), "Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia", *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.
- Doidge, N. (2008), *The Brain that Changes Itself*, London: Penguin.
- Elise, D. (2009), "Sexo y vergüenza: la inhibición de los deseos femeninos". *Aperturas Psicoanalíticas*, 32.
- Drescher, J. (2015), "Gender Policing in the Clinical Setting: Discussion of Sandra Silverman's 'The Colonized Mind: Gender, Trauma and Mentalization'", *Psychoanalytic Dialogues*, 25(1):67-76.
- Estupinyà, P. (2013), *S=EX2. La Ciencia del Sexo*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Fausto-Sterling, A. (2000), "The Five Sexes Revisited", *The Sciences*, Vol. 33(2), July.
- Fisher, H. (1992), *Anatomy of Love: The Natural History of Monogamy, Adultery, and Divorce*, New York: W. W. Norton.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press

- Foucault, M. (1963), *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- (1976), *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- (1984a), *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- (1984b), *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- Freixas, A. (2013), *Tan Frescas*, Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1896), “La etiología de la histeria”, p. 299-316, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1905), “Tres ensayos para una teoría sexual. La sexualidad infantil”, p.1195-1216. *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1909), “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso ‘Juanito’)”, p. 1365-1440.
- (1924), “La disolución del complejo de Edipo”, p. 2748-2751, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1931), “Sobre la sexualidad femenina”, p. 3077-3089, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- ..... (1932), “La feminidad”, p. 3164-3178, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1937), “Análisis terminable e interminable”, p. 3339-3373. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Garriga, C. (2004), “Género, violencia y sexualidad”, *Aperturas Psiconalíticas*, 17
- (2007), “Elementos para el abordaje analítico del género y la sexualidad contemporáneos”, *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.
- (2008), Elementos para el abordaje analítico del género y la sexualidad contemporáneos  
2. Judith Butler, *Aperturas Psicoanalíticas*, 28.
- (2009), Aplicaciones del modelo relacional a las subjetividades femeninas contemporáneas, en concreto a la maternidad, más allá del destino biológico y psicológico. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1): 150-164

----- (2010), Vicisitudes del concepto de género en el psicoanálisis (1ª parte), *CeIR on-line*, Vol. 4(1): 104-141.

----- (2011), "Reflexiones acerca de la "cura" y de los mecanismos de acción terapéutica desde un enfoque de género. Viñetas clínicas", *Aperturas Psiconalíticas*, 37.

----- (Coord.) (2011). "Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, queered, relacional". *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 429-455.

----- (2012), "La transmisión intergeneracional del trauma. Caso María". *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 602-619.

----- (2013), "La parentalidad y la sexualidad en el desarrollo adolescente sano". *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2): 288-295.

----- (2014), "La bondad y la ética del cuidado en la subjetividad femenina. Implicaciones del DSM-V para la sexualidad de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 46.

----- (2015), "¿Por qué ser feliz cuando puedes ser normal? Acerca de las variaciones de género y las sexualidades en el psicoanálisis relacional. Viñeta clínica". Presentación en Jornadas AB: <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>

Georgiadis, J. R. (2012), "The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures", *Prog Neurobiology*, 98(1): 49-81.

Goldner, V. (1991), "Toward a Critical Relational Theory of Gender". En: Dimen, M. & Goldner, V. Eds. (1991) *Gender in Psychoanalytic Space*. Hillsdale: The Analytic Press.

----- (2003) "Ironic Gender/Authentic Sex", *Studies in Gender and Sexuality*, 4(2): 113-139.

Traducción: (2009), "Género irónico/sexo auténtico" *CeIR on-line*, Vol.3(3): 619-637.

Gorski, R. *et al.* (1978), "Evidence for a Morphological Sex Difference Within the Medial Preoptic Area of the Rat Brain", *Brain Research*, june.

Gräfenberg, E. (1950), "The role of Urethra in female orgasm", *The international Journal of sexology*, 3(3):145-148.

Harris, A. (2005), *Gender as Soft Assembly*, Hillsdale: The Analytic Press.

- Huynh, H. K., Willemsen, A. T., Lovick, T. A. & Holstege, G. (2013), " Pontine control of ejaculation and female orgasm", *J. of Sex. Med.* 10(12):3038-48.
- Hyde, J. (2005), "The gender similarities hypothesis", *American Psychologist*, 60(6):581-592.
- Imperato-McGinley, J. et al. (1974), "Esteroid-5-alpha reductase Deficiency in Man: An Inherited Form of Male Pseudohermaphroditism ", *Science*, 27 diciembre.
- (1979), "Androgen and the Evolution of Male-Gender Identity Among Male Pseudohermaphrodites with 5a-Reductase Deficiency", *New England Journal of Medicine*, May.
- Inglehart, R. & Welzel, Ch. (2006), *Modernización, cambio cultural y democracia: la secuencia del desarrollo humano*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Intebi, I. V. (1998), *Abuso sexual en las mejores familias*, Barcelona: Granica.
- Janinni, E. A. et al. (2014) "Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm", *Nature Reviews Urology*, 11, 531–538.
- Kaplan, H. S. (1979), *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. Vol II*. New Yor: Brunner/Mazel.
- Kernberg, O. (1995), *Love Relations. Normality and Pathology*. New Haven & London: Yale University Press. Traduccido: *Relaciones Amorosas. Normalidad y Patología*. Barcelona: Paidós.
- Komisaruk, B. R. et al., (2004), "Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves", *Brain Research*, 1024(1-2): 77-88.
- (2005), "Functional MRI of the brain during orgasm in women", *Annual Review of Sex Research*, 16: 62-86.
- (2011), "Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence" *The Journal of Sexual Medicine*, 8(10): 2822-2830.
- (2012), "A scientist's dilemma: Follow my hypothesis or my findings?", *Behavioral Research*, 231(2): 262-265.

Korda, J.B.; Goldstein, S.W. y Sommer, F. (2010), "The history of female ejaculation", *Journal of Sexual Medicine*, 7:1965-1975.

Ladas, A. K., Whipple, B. & Perry, J. D. (1982), *The G spot: And other discoveries about human sexuality*, New York: Holt, Rinehart & Winston.

Laplanche, J. (2011), *Freud and the Sexual*, London: Unconscious in Translation.

Laqueur, T. (1990), *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Ma: Harvard University Press.

Laumann, E. O. et al., (1999), "Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors", *JAMA*, 281(6): 537-544.

---- (2005), "Sexual problems among women and men aged 40 to 80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors", *Intl. Journal of Impotence Research*, 17:39-57.

Lazar, S., Lichtenberg, J. D. (2005), "Placer sensual, excitación sexual y feminidad: apreciar la respuesta sexual femenina", *Aperturas Psicoanalíticas*, 21

Layton, L. (2004), *Who's that girl? Who's that boy?*, Hillsdale: The Analytic Press.

Leknes, S. et al, (2013), "The importance of context: When relative relief renders pain pleasant", *Pain*, 154(3):402-410.

LeVay, S. (1993), *The sexual brain*, Cambridge: MIT Press.

---- (2010), *Gay, straight, and the reason why: the science of sexual orientation*, London: Oxford University Press.

Lewes, K. (1988), *The Psychoanalytic Theory of Male Homosexuality*, New York: Simon & Schuster.

López Mondéjar, L. (2003), "Masculino/femenino/neutro. Vicisitudes de la identidad sexual y de género en el adolescencia". *Aperturas Psicoanalíticas*, 15.

Llanos, M. (2013), "Análisis clínico del personaje de "La mujer habitada" de Gioconda Belli", *Aperturas Psicoanalíticas*, 45.

Masters, W. H., Jonhson, V. E. & Kolodny, R. C. (1992), *La Sexualidad Humana Vols. 1,2,3*. Barcelona: Grijalbo.

Money, J. (1975), "Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl", *Archives of Sexual Behavior*, January.

Notman, M.T. (2006), "Cambios en la orientación sexual y la elección de objeto en la madurez de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 22.

Patnaik, A. (2015), "Reserving Time for Daddy: The Short and Long-Run Consequences of Fathers' Quotas" *Social Science Electronic Publishing*, Cornell University.

Perel, E. (2013), *The secret to desire in a long term relationship*. TEDTalk.

Puppo, V. (2014), "The G-Spot doesn't exist", article first published online: 26 MAY 2014, DOI: 10.1111/1471-0528.12893. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

Preciado, B. (2008), *Testo Yonki*. Pozuelo de Alarcón: Espasa Calpe.

Richters, J., de Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E. & Smith, A. M. A. (2008) "Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Somasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey", *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7): 1660-1668.

Rosselli, C. *et al.* (2009), "Prenatal Programming of Sexual Partner Preference: The Ram Model", *Journal of Neuroendocrinology*, march.

Saketopoulou, A. (2014), "To suffer pleasure: the shattering of the ego as the psychic labor of perverse sexuality", *Studies in Gender & Sexuality*, 15(4): 254-268.

Sedgwick, E. (1990), *Epistemology of the Closet*, Berkeley: University of California Press.

Shifren, J. (2008), "Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates" *Obstetrics & Gynecology*, 112(5):970-978.

Skene, A. (1888), *Treatise on diseases of women*, New York: D. Appleton & Co.

Starr, K. & Aron, L. (2011), "Women on the Couch: Genital Stimulation and the Birth of Psychoanalysis", *Psychoanalytic Dialogues*, 21(4):373-392.

- Sol, J. (2011), *Fake Orgasm*. Barcelona: Zip Films, Cameo.
- Stoller, R. (1968) *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, New York: Science House.
- Štulhofer, A. & Ajduković, D. (2013), "A mixed methods exploration of women experiences of anal intercourse: meanings related to pain and pleasure". *Archives of sexual behavior*, 42 (6), 1053-1062.
- Tiefer, L. (2004), *Sex is not a natural act*, (2<sup>a</sup> ed.). New York & London: Routledge.
- Swaab, D. (2008), "Sexual Orientation and Its Basis in Brain Structure and Function", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, july.
- Tobeña, A. (1995), *El cervell eròtic*, Barcelona: La Campana.
- (2008), *Cerebro y poder*, Barcelona: La Esfera de Los Libros.
- Torres, D. J. (2015), *Coño Potens*, Tafalla: Txalaparta.
- Vom Saal, F. (1989), "Sexual Differentiation in Litter-Bearing Mammals: Influence of Sex of Adjacent Fetuses in Utero", *Journal of Animal Science*, july.
- Wallen, K. (2009), "The Organizational Hypothesis: Reflections on the 50th Anniversary of the Publicacion of Phoenix, Goy, Gerall and Young" *Hormones and Behavior*, may.
- Wilson, G. (2006), *The great porn experiment*, TEDtalk.
- Whimpissinger, F., Stifer, K., Grin, W. & Stackl, W. (2007), "The Female Prostate Revisited: Perineal Ultrasound and Biochemical Studies of Female Ejaculate", *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5): 1338-1393.
- Wimpissinger, F, Springer, C. & Stackl, W. (2013), "Genital Secretions during Female Orgasm (female ejaculation), *International on line survey: Urology Dept. Rudolfstiftung Hospital, Viena*.
- Wolf, N. (2013), *Vagina. Una nueva biografía de la sexualidad femenina*, Barcelona: Kairós.
- Wright, P. J. (2013), "U.S. males and pornography, 1973-2010: Consumption, predictors, correlates, *Journal of Sex Research*, 50(1):60-71.

Young, L. & Alexander, B. (2012), *Química Entre Nosotros, Amor, Sexo y la Ciencia de la Atracción*. Madrid: Alianza Editorial.

Zaviacic, M. & Ablin, R. J. (2000), "The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications of this prostate marker in women and reasons for using the term 'prostate' in the human female", *Histology and Histopathology*, 15(1):131-142.

**Autora:** Concepció Garriga

[concepgarriga@gmail.com](mailto:concepgarriga@gmail.com)

<http://personal.ilimit.cat/cgarriga>