

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

LA CONSTRUCCIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

Epoca II, Volumen X - 4º. trimestre 1999



40



REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen X - Nº 40 - 4º. trimestre 1999

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LA IDENTIDAD DE GÉNERO	5
María Jayme Zaro	
COMPONENTES BASICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA	23
Milton Diamond	
PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO EN LOS CASOS DE TRANSEXUALIDAD	41
Cristina Garaizabal Elizalde	
EL INDIVIDUO, EL CUERPO Y EL TRANSGÉNERO	49
José Antonio Nieto	
TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE HOMOSEXUALIDAD EGODISTONICA	61
Salvador Alario Bataller	
UN CASO DE REORIENTACIÓN SEXUAL EN EL CICLO MEDIO DE LA VIDA	75
Manuel Villegas y Luigi Turco	
ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA EN LA TERAPIA DE PAREJA	103
Montserrat Rebés	
VITTORIO F. GUIDANO, EN HOMENAJE	109
Mayte Miró Barrachina	

EDITORIAL

Con motivo de la preparación del número anterior, dedicado a “disfunciones y trastornos sexuales”, recibimos un conjunto de trabajos centrados sobre la temática de la “construcción de la orientación y la identidad sexual”. En atención a los autores que nos mandaron sus trabajos que debían formar parte inicialmente de aquella monografía los publicamos ahora, a pesar de la aparente reiteración temática entre dos números consecutivos de nuestra Revista.

El primero de los artículos, titulado “*La identidad de género*”, escrito por María Jayme Zaro enmarca en un contexto evolutivo sociocultural la construcción de la identidad de género. La formación de la identidad de género, sin embargo, no determina la orientación sexual prevalente de las personas. Ésta se forma a través de las experiencias vitales, de las interacciones con los demás, de las tendencias sociales, como dice Milton Diamond en el segundo artículo.

Éste último tema es el que predomina en los artículos siguientes. Algunas cuestiones relativas a la orientación sexual, como el cambio de sexo, en la actualidad son objeto de tratamiento informativo en periódicos, revistas y en los medios audiovisuales de comunicación, a veces por su carácter todavía “morbo-so/comercial” con el que son presentados al gran público. A estos temas están dedicados los artículos siguientes de Cristina Garaizabal Elizalde y el de José Antonio Nieto. El primero se los plantea desde la perspectiva de la posible decisión relativa a la intervención quirúrgica en los cambios de género, mientras que el segundo lo hace desde una perspectiva sociocultural.

El último grupo de artículos aborda dos tipos de problemática psicológica, planteada a partir de una experiencia homosexual. La concepción más abierta y plural de nuestra sociedad occidental hace que desde las últimas décadas ya no se considere la homosexualidad como un trastorno psiquiátrico, ni una perversión moral o una desviación contra natura. Esto no quita, sin embargo, que para todos los individuos esta orientación sea vivida de forma relajada. El artículo de Salvador Alario, hace referencia al “tratamiento de un caso de homosexualidad egodistónica”, mientras que el segundo presenta un “*caso de reorientación sexual en el ciclo medio de la vida*”, escrito por Manuel Villegas y Luigi Turco, se basa en los textos de las propias entrevistas para seguir el proceso llevado a cabo por el paciente a lo largo de casi un año de terapia psicológica.

Fuera ya de monografía publicamos un breve artículo de Montserrat Rebés sobre la posición del terapeuta en la terapia de pareja y el texto de Mayte Miró leído en el acto de homenaje celebrado en Barcelona a Vittorio Guidano, fallecido el 31 de agosto de 1999 en Buenos Aires. Con la inclusión de estos artículos, el total de páginas excede el que es habitual en un número simple, sin coste adicional para nuestros subscriptores.

INDICE GENERAL AÑO 1999

Nº 37 LA PSICOTERAPIA EN LA ERA POSTMODERNA

PENSAMIENTO POSMODERNO CONSTRUCTIVO Y PSICOTERAPIA

Luis Botella, Meritxell Pacheco y Olga Herrero

UN ENFOQUE POSTMODERNO Y CONSTRUCCIONISTA SOBRE LA SALUD MENTAL Y LA PSICOTERAPIA

Isabel Caro

EL POSTMODERNISMO COMO UNA FORMA DE HUMANISMO

Kenneth J. Gergen

¿UNA PSICOTERAPIA SIN FUNDAMENTOS? LA HERMENÉUTICA, EL DISCURSO Y EL FIN DE LA CERTIDUMBRE

John Stancombe, Susan White

¿NO HABRA LLEGADO LA HORA DE DE-CONSTRUIR EL CONSTRUCTIVISMO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA?

Maureen O'Hara

PSICOTERAPIA: ASPECTOS METODOLÓGICOS, CUESTIONES CLÍNICAS Y PROBLEMAS ABIERTOS DESDE UNA PERSPECTIVA POSTRACIONALISTA

Vittorio Guidano

COMENTARIO DE LIBROS

Por Jaume Sebastián Capó

Nº 38/39 DISFUNCIONES Y TRASTORNOS SEXUALES

LA TERAPIA SEXUAL

Hermínia Gomà Quintillà

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Gloria Frigola

TRATAMIENTO DE EXPOSICION EN UN CASO DE FOBIA SEXUAL

Salvador Alario Bataller

TRATAMIENTO DE UN CASO DE VAGINISMO

Núria Tió i Rotllan

EL VAGINISMO COMO UNA CUESTIÓN DE BARRERAS EMOCIONALES

Elena Mariscal

PERSPECTIVAS DE LA TEORÍA DE CONSTRUCTOS PERSONALES EN TERAPIA SEXUAL: RECONSTRUCCIÓN DE LA ERECCIÓN Y ELABORACIÓN DE LA EYACULACIÓN

David A. Winter

PSICOTERAPIA SEXUAL HOLONICA DE PAREJA

Mario Zumaya, Eusebio Rubio, César Velasco T. y Sara K. Bridges

LAS PARAFILIAS SEXUALES

Mark Muse

CONCEPTUALIZACION, EVALUACION Y TERAPIA DE LA PAIDOFILIA: ILUSTRACION DE LA APLICACION DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A UN TRASTORNO PAIDOFILICO

Salvador Alario Bataller

Nº 40 LA CONSTRUCCIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

LA IDENTIDAD DE GÉNERO

María Jayme Zaro

COMPONENTES BASICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Milton Diamond

PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO EN LOS CASOS DE TRANSEXUALIDAD

Cristina Garaizabal Elizalde

EL INDIVIDUO, EL CUERPO Y EL TRANSGÉNERO

José Antonio Nieto

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE HOMOSEXUALIDAD EGODISTONICA

Salvador Alario Bataller

UN CASO DE REORIENTACIÓN SEXUAL EN EL CICLO MEDIO DE LA VIDA

Manuel Villegas y Luigi Turco

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA EN LA TERAPIA DE PAREJA

Montserrat Rebés

VITTORIO F. GUIDANO, EN HOMENAJE

Mayte Miró Barrachina

LA IDENTIDAD DE GÉNERO

María Jayme Zaro

Facultad de Psicología (UB). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

P. de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. E-mail: mjayme@psi.ub.es

Traditionally human sex differences has constituted the base upon to articulate some differences between men and women that go beyond the contents biophysiologicals and so to determine in some degree their existence. Such differentiation is an effect from a double construction, sociocultural and psychological, whose contents define that which at present is understood by gender. The sociocultural component is the responsible of the reality's categorisation upon a duality of opposites, masculinity vs. femininity, nourished by stereotypes and articulated in roles than on is transmitted lengthways the socialisation process since the individual's birth. The psychological component refers to the active construction that everyone perform about this sociocultural message, learning what means to be woman or men and how to behave consequently. This process defines individual's gender identity, at core of self: how each person has understood their sex and how attribute him some characteristics and some contents. That do him to identified, at last, with a masculinity and/or femininity unique with respect the others humans beings, but simultaneously in congruence with social expectancies. In this paper on detail too the importance of socialisation's agents in the transmission of gender identity.

Key words: Sex, Gender, Identity, Socialisation and Stereotypes.

Al igual que proponen los modelos biológicos en Psicología, podríamos aceptar la existencia de un determinismo basado en lo que la naturaleza nos aporta como especie humana, el sexo. Pero esa predestinación aparente no se refiere a la inmutabilidad rígida que algunos pensadores concedieran al hecho de nacer *hombre* o *mujer*, capaz de justificar destinos sociales diferentes, sino a la consecuente construcción cultural y psicológica que se ha realizado, históricamente, a partir del hecho fisiológico y que ha llevado a configurar una categoría más de diferenciación entre seres humanos, el género. Tal construcción forma parte de nuestra identidad personal y, en la actualidad, la denominamos *identidad de género*.

La distinción entre sexo y género

Sexo y género son dos variables que sirven para clasificar a los seres humanos

en función de unos determinados criterios. Introducido en la década de los años setenta, el término género ha llegado a substituir parcial o totalmente al término *sexo* con el objeto de clasificar así las diferencias de contenido sociocultural y psicológico que las personas manifiestan más allá de la realidad biológica. El reconocimiento de estos contenidos que superan lo fisiológico fue promovido inicialmente desde los movimientos culturales que surgieron en los setenta, especialmente el de liberación femenina, que planteó una reflexión general sobre el tradicional papel de la mujer en la sociedad y la estructura familiar, reflexión extensible a los roles de género en general. Hay que tener presente que el enorme avance económico y tecnológico que ha tenido lugar en la sociedad occidental durante los últimos años del siglo XX, junto con la difusión de informaciones desde unos medios de comunicación virtuales, ha propiciado la consolidación de una transformación progresiva en la manera con que entendemos a hombres y mujeres; transformación que, en el futuro, llegará a afectar incluso al propio contenido del género.

Aunque *sexo* y *género* sean dos términos que se utilizan para categorizar a los seres humanos (Ross, 1987), no se refieren al mismo fenómeno, aunque a veces se utilicen como sinónimos pues, como destaca Fernández (1996), su diferenciación es compleja y en ocasiones, da lugar a confusiones. Tal y como la entendemos, la variable *sexo* hunde sus raíces en el fenómeno biofisiológico del dimorfismo sexual, y en este sentido no tiene una sino múltiples definiciones que dependen del nivel de análisis en que nos situemos. Money y Ehrhardt (1972), señalan varias de sus facetas: cromosómico, gonadal, hormonal, morfológico.... Rhoda Unger, en un artículo de 1979, definió doblemente el *sexo* como variable biológica y como variable social, lo que nos remite a experiencias psicológicas diferenciales entre hombres y mujeres como consecuencia del hecho biológico, pero que trascienden su dotación biológica.

Esta doble perspectiva ponía de manifiesto un aspecto que no quedaba suficientemente contemplado en el contenido semántico del *sexo*, y es la realidad sociocultural en la que tiene lugar, siendo este el espacio que se ha pretendido cubrir con el término *género*. Con éste se describen todos aquellos componentes del *sexo* que son resultado de prescripciones culturales sobre lo adecuado, psicológica y socialmente, para hombres y para mujeres respectivamente, reforzando de este modo las categorías masculina y femenina y el sistema de roles de género. No hay que olvidar que hombres y mujeres pasan por distintas experiencias de socialización durante la infancia, experiencias que darán un contenido a la categoría psicosocial del *sexo*, más allá de lo biofisiológico (e.g., Linn y Petersen, 1985).

En consecuencia *sexo* y *género* se han transformado a lo largo de las últimas décadas del siglo XX en categorías psicológicas y sociales, desde el momento en que la doble dicotomía que encierran -masculinidad y feminidad- se entiende más allá del área de los atributos de conducta que la cultura transmite a los individuos y hace referencia a las relaciones sociales que se establecen entre hombres y

mujeres. En este sentido hablamos de significados atribuidos a la doble realidad sexo-género, significados que como todos los construidos por el ser humano, están dotados de un complejo contenido que va transformándose a lo largo del tiempo y entre los diferentes espacios. Como nos recuerdan Hare-Mustin y Marececk (1994), el lenguaje es clave del significado atribuido y es a su través que podemos llegar a describir y comprender ideas, valores, significados al fin. En cierto modo el sexo ha sido construido como una diferencia y el género ha devenido un fenómeno sustentado en lo simbólico y la comunicación, definiendo ese espacio que no abarcaba suficientemente el sexo y que va más allá de las meras diferencias biológicas.

Identidad de género

Si desde un punto de vista biológico -y, concretamente, reproductivo, en tanto que los seres humanos constituimos una especie sexuada-, nacemos dotados de un sexo -macho vs. hembra, hombre vs. mujer-, en sentido estricto no nacemos con un género -masculino vs. femenino- y, a pesar de ello, éste constituye la primera marca cultural que adquirimos. En la actualidad y gracias al desarrollo tecnológico de que disponemos, antes de nacer ya somos no únicamente hombres o mujeres, sino masculinos o femeninos. El momento de asignación del sexo biológico, basado en el examen del aparato genital externo del nuevo individuo, constituye el punto de partida de una predestinación cultural articulada en expectativas sociales, roles y rasgos de personalidad.

Cómo hemos construido y cómo transmitimos la idea del género constituye lo que va a determinar poderosamente cómo nos entendemos a nivel individual y, por tanto, cómo nos construimos a nosotros/as mismos/as. El contenido que la sociedad haya otorgado a lo que entiende por género en cada etapa histórica -y en este sentido podemos entender el género como un instrumento social (Jayme, 1996)- determina definiciones de masculinidad y feminidad respectivamente, cuyo significado va a extenderse no sólo a los individuos sino a todo lo que existe en el seno de la sociedad, constituyendo el proceso que Eleanor Maccoby (1966) denominara «tipificación sexual». En la actualidad, teniendo en cuenta la distinción ya comentada entre sexo y género, sería más adecuado hablar de tipificación de género, especialmente porque dicha tipificación remite directamente a procesos de orden sociocultural, aunque su estructuración se basara inicialmente en el dimorfismo sexual aparente y, por lo tanto, en la variable sexo.

En consecuencia, masculinidad y feminidad, constructos inicialmente referidos a las características propias de hombres y mujeres respectivamente según cada sociedad haya considerado que son deseables y esperables en ellos o ellas, han definido (y prescrito) también la personalidad de los seres humanos en función del sexo: la masculinidad implica reconocerse uno mismo como *ambicioso, seguro de sí mismo, analítico, individualista, independiente, dominante, fuerte, autosuficiente,*

asertivo, firme, dispuesto a arriesgarse... y la feminidad implica identificarse con ser *dócil, dulce, tierno, afectuoso, acogedor, tímido, compasivo, alegre, sensible a las necesidades de los demás, compasivo, leal, preocupado por quien se siente herido, discreto...*¹. La identidad de género constituye, pues, el resultado de un cuidadoso proceso que tiene lugar a lo largo de la socialización y en el marco restrictivo que impone la tipificación antes mencionada, pero haciendo referencia a la subjetividad individual ya que implica haberse identificado en distinto grado con esos contenidos. De tal modo que, formando parte de la identidad personal, la identidad de género refleja cómo la tipificación sexual/de género afecta incluso a nuestro autoconcepto: nacer hombre o mujer cobra así un significado tanto individual como colectivo, más allá de la diferenciación física propia del sexo (cabe recordar que la identidad de género no es sinónima de la identidad de sexo, resultado del juicio que cada individuo hace de su propio cuerpo y que le lleva a identificarse biológicamente con ser hombre o mujer).

Identidad personal

Todo individuo, con independencia de su sexo, desarrolla una particular imagen mental de sí mismo, basada en un modelo de ser humano con el que da sentido a su complejo mundo interior, siendo tal identidad la esencia de la vida cognitiva, afectiva, emocional y conductual. Se trata de un proceso de identificación con ese tipo de persona que permite una autodescripción plena, al tiempo que nos hace ser conscientes de la propia individualidad, del ser diferentes y únicos respecto a los otros individuos que constituyen nuestro grupo social. La interacción con otras personas es, además, esencial en el proceso de consolidación de la propia identidad, en tanto que aprendemos a reconocernos a través de las relaciones que establecemos con los demás. El proceso de autoconocimiento es parejo al del conocimiento del mundo que nos rodea, y en él la identidad personal define un espacio esencial que va adquiriendo forma poco a poco, influida por nuestra percepción de la realidad y a la vez influyendo en ésta.

Por esta razón y especialmente durante los primeros años de vida, desde que nacemos, somos encaminados a la construcción tanto activa como pasiva -guiados por los agentes socializadores- de una identidad personal propia con la que sabemos únicos/as. Iniciado tempranamente, el proceso se extiende a lo largo de todo el ciclo vital, con el punto crítico de la adolescencia, durante la cual ha de generarse definitivamente el hombre o la mujer que guíen conductas, expliquen actitudes y preferencias y den coherencia a toda la existencia del individuo, manteniendo su autoestima (Epstein, 1983).

Pero la identidad personal no viene dada como un accesorio más de todo el equipamiento biológico con que llegamos al mundo; su proceso de construcción se nutre de experiencias y aprendizajes que van adquiriéndose a medida que el contacto con el entorno se va haciendo más y más profundo. Y el entorno no es más

que el producto final de lo que nuestra cultura y sociedad en particular han construido sobre la realidad. Por lo tanto, la identidad personal no está libre de la influencia socio-cultural, razón por la que una parte importante de ella queda definida por los roles sociales; es decir, por la forma con que nos hemos acomodado y participamos en la vida social ejerciendo determinados papeles.

¿Qué lugar ocupa la identidad de género en el complejo entramado simbólico definido por la identidad personal? La estructura básica propuesta para describir esta última sitúa un núcleo o identidad primaria -el yo o self, autoconcepto...- y varias identidades secundarias que se van adquiriendo progresivamente, relacionadas con los roles sociales (y de género en consecuencia), como la profesión, el lugar ocupado en la jerarquía familiar o en el grupo social, etc. La identidad primaria, el autoconcepto, contiene aspectos cognitivos (autoatención, autopercepción, automemoria...) de los que la persona es consciente en algún grado (Fierro, 1995), junto con valores éticos-morales y el género en su vertiente individual, la referida a cómo vive cada individuo su propio género (Sau, 1988). Cada persona, además de ser consciente de sí misma, lo es del hecho de ser un hombre o una mujer², y ello implica conceder a esa vivencia un contenido que trasciende el mero hecho biológico. Desde el mismo momento en que una persona se identifica con ser un hombre empieza a vivir de una forma particular, sintiéndose masculino, adaptando su existencia a lo que significa socialmente esa nueva y definitiva identidad; el mismo proceso, pero con distinto contenido, ocurre en la identificación con ser una mujer y sentirse femenina. Son esos contenidos diferenciales para hombres y mujeres, las respectivas masculinidades y feminidades, las que van a guiar espontáneamente -aunque en realidad todo sea resultado de un complejo proceso de adquisiciones, discriminaciones y consolidaciones respectivas- la interacción de la persona con el medio, cómo percibe e interpreta la información... a modo de un sesgo que actúa desde el mismo núcleo de la identidad personal hacia la percepción de la realidad y la interacción social³.

Desarrollo de la identidad personal y la identidad de género

Tanto la identidad personal como la identidad de género son representaciones simbólicas de subjetividades que van desarrollándose a lo largo del ciclo vital pero manteniendo una base que se construye en los primeros años de vida. Guidano y Liotti (1983) señalan tres etapas básicas en la adquisición de la identidad personal o autoconocimiento, que se dan en interacción con el debido desarrollo cognitivo del ser humano, y que podemos hacer extensibles al desarrollo de la identidad de género, aunque posteriormente expliquemos éste con más detalle. Como todo consiste en un proceso de construcción personal, estas etapas sólo pretenden clasificar hitos comunes del desarrollo y no son, en absoluto, rígidas o normativas.

A) *Primera infancia y edad preescolar* (2 años y medio hasta los 5): se consolidan los cimientos de la identidad personal. El niño o la niña de 2 años, a partir

de sus sensaciones (mundo interno) y del conocimiento de los otros (mundo externo) empieza a distinguir su yo del resto y adquiere la conciencia primigenia de la individualidad. Las personas significativas de su entorno, especialmente progenitores, le ayudan a adquirir la idea de género y llegar a comprender que es un rasgo invariable de la persona, que no se limita a peinados o vestidos. Se es niño o se es niña.

B) *Segunda infancia -niñez- hasta la pubertad*: en principio hay una rigidez en la idea de género. Se aprenden contenidos nuevos que no han de confundirse porque la conducta de género describe exclusivamente al miembro del grupo (masculino o femenino), no puede intercambiarse y transgredir así las normas de género. En este período la identidad de género es un problema esencial que exige un gran esfuerzo, lo que explica que puedan observarse claramente diferencias entre niños y niñas. Así el niño es especialmente presionado para adaptarse a los cánones de la masculinidad y no entrar en el ámbito opuesto, lo femenino. En cambio a la niña se le permiten actitudes masculinas sin que se ponga en duda su feminidad según lo esperado. La etapa concluye alcanzándose una mayor flexibilidad en la idea de género, junto con una mayor apertura hacia la realidad.

C) *Adolescencia* (hasta los 18 años): siendo la adolescencia uno de los períodos más difíciles del ciclo vital, al exigir una readaptación de la persona a su entorno, consecuente a la difícil transformación física que conlleva la pubertad biológica, supone además la adquisición de una identidad personal determinante para el futuro adulto (Erikson la describía como la primera crisis de identidad de la vida). Es una etapa de rebeldía y búsqueda del sí mismo, de autoconocimiento y conocimiento de los demás, con el inicio de las relaciones afectivas con el sexo opuesto y la necesidad de un espacio vital propio, junto con una progresiva desvinculación de los lazos familiares. Exige una plena asunción de los correspondientes roles adultos, aceptando sus ventajas y restricciones, redefiniendo el género: los jóvenes observan claramente como se abren diferentes expectativas para ellos en función de su género.

A lo largo de cada etapa se consolida más la identidad personal, apoyada en una identificación plena con un modelo de individuo determinado. Modelo que irá variando en el tiempo pero que siempre reflejará la dictadura del género, porque la identidad personal no es ajena a la idea que de nosotros/as tiene la sociedad en general, que exige la plena asunción de los roles de género, al haberse entendido este último como el contenedor óptimo de las actitudes, creencias, roles y, en general, estereotipos concebidos entorno a los seres humanos en función de su sexo⁴.

Los estereotipos en la construcción de la identidad de género

Como se ha expuesto, la adquisición de una identidad de género es resultado de la confluencia de un conjunto de factores, cognitivos y emocionales, durante la infancia (Jayme y Sau, 1996). El entorno social parece ser especialmente crítico en

el proceso de la identidad de género, siendo el encargado de transmitir, a través de los agentes socializadores (familia, escuela, medios de comunicación), la información relativa a los roles de género y a los contenidos de la masculinidad y la feminidad. Para Kohlberg (1966) toda persona, en su necesidad de construir una identidad personal, está motivada intrínsecamente a asumir los roles de género que reafirmen y consoliden esa identidad. Money y Ehrhardt (1972) definieron estos roles como todo aquello con lo que la persona expresa el grado con que se siente hombre, mujer o una mezcla de ambos; o lo que es lo mismo, los roles de género serían la expresión pública de la identidad de género, esa vivencia subjetiva y personal que cada individuo ha construido del hecho de ser hombre o mujer (y que por lo tanto se sitúa en el ámbito privado). Así los roles definen y actúan las dos áreas en que se ha estructurado la realidad humana e informan de las conductas, actividades, intereses... socialmente aceptables para los hombres en contraposición a las mujeres.

Las fuerzas de la socialización de los roles de género se articulan a través del conocimiento de los estereotipos de género, que comienzan a percibirse a una edad muy temprana, posiblemente desde el momento en que se inicia la discriminación de género. Se aprenden en el curso de la interacción social y reflejan la bipolarización de la realidad en función del género. Se ha comentado anteriormente que en la primera etapa de la vida ambos progenitores constituyen la principal fuente del aprendizaje de género de niños y niñas, no sólo como modelos que imitar, puesto que con el trato que dispensan a sus hijos/as pueden comunicar expectativas diferenciales en función del género de éstos/as. El hecho de vestir diferente a niños y niñas, elegir distintos colores para ellos y ellas, asignarles tareas diferentes y comprarles juguetes claramente tipificados en función del género, es la mejor forma de transmitir el contenido de la masculinidad y la feminidad socialmente aceptados mediante estereotipos consensuados por la mayoría y cuyo criterio de verdad reside precisamente en dicho consenso.

Deaux y Lewis (1984) estructuraron los estereotipos de género en cuatro grandes categorías que reflejan la magnitud de la tipificación sexual/de género en nuestra sociedad:

a) Estereotipos referidos a rasgos de personalidad; el ejemplo más claro es el de dar por supuesta la expresividad emocional en la mujer (tendente al desbordamiento) y autocontrol en el hombre. Otros rasgos son también dicotómicos y, por tanto, opuestos: pasividad-actividad, sumisión-dominancia, dependencia-independencia, intuición-raciocinio, inseguridad-seguridad en sí mismo, etc.

b) Estereotipos referidos a conductas de rol: las mujeres cuidan a los enfermos, hacen pasteles, adornan la casa... mientras que los hombres realizan las reparaciones de la casa (electricidad, carpintería, mecánica...) o se ocupan del coche.

c) Estereotipos referidos a profesiones, según los cuales se ha repartido el mercado laboral en función del género, sustentando así la tradicional división

sexual del trabajo. Estos estereotipos remitían a las mujeres a profesiones asistenciales (enfermeras, maestras...) y las alejaban de posiciones de responsabilidad y dirección; en la actualidad este tipo de estereotipos ha sido muy criticado pero persisten, sin embargo, las desigualdades de género en el trabajo, traduciéndose en discriminación salarial y en el acceso a determinados puestos laborales.

d) Estereotipos referidos a la apariencia física; sometidos a cambios según la estética que domina en cada etapa histórica, mantienen sin embargo la dicotomía del género con claras raíces en el dimorfismo sexual: las mujeres han de ser delicadas, sensuales, de voz suave, cabello largo, más o menos curvilíneas... y los hombres altos, musculosos, de voz grave... en cualquier caso las modas y la economía imponen los criterios.

Una particularidad de los estereotipos de género es que nos demuestran no sólo la existencia de características vinculadas al género sino de su deseabilidad: todo individuo socialmente adaptado debe identificarse con ellas porque es lo que la sociedad -el grupo- espera de él. Este mensaje es el que desde el inicio reciben tanto niños como niñas, y cuyo contenido va a asentar las bases de las respectivas identidades de género. También es cierto que los estereotipos (y no sólo los referidos a la apariencia) van modificándose a lo largo del tiempo; pero en el caso de la personalidad podemos observar la pervivencia de ciertos rasgos tradicionales para hombres vs. mujeres, que nutren las respectivas identidades de género. Por ejemplo, según los resultados de una investigación en curso de la autora (iniciada en 1999) con un cuestionario de masculinidad-feminidad-androginia administrado a una muestra de más de 300 estudiantes de Psicología de segundo ciclo, las mujeres se identificaron más que los hombres (diferencia estadísticamente significativa) con ser *afectuosas, sensibles a las necesidades de los demás, comprensivas, deseosas de consolar al que se siente lastimado, cariñosas, tiernas, dulces y les gustan los/as niño/as*, reconociéndose como más *indecisas, inseguras, dependientes e influenciables* que los hombres. Por su parte los hombres se identifican más que las mujeres (diferencia también estadísticamente significativa) con ser *seguros de sí mismos, hábiles para dirigir, dispuestos a arriesgarse, independientes, autosuficientes, competitivos, atléticos, racionales, de personalidad fuerte* y se reconocen como más *individualistas, materialistas, rudos y fríos*. En cambio, los siguientes rasgos carecen, en la actualidad, de una connotación de género discriminadora: *analítico/a, reflexivo/a, maduro/a, amigable, generoso/a, cooperador/a, enérgico/a, dominante, ambicioso/a, autoritario/a, sumiso/a, pasivo/a, conformista*. De esta manera se evidencia una progresiva apertura y flexibilización de los contenidos de la identidad de género (según rasgos de personalidad) que implica cómo se va aproximando la forma con que hombres y mujeres se entienden a sí mismos en una sociedad cambiante en la que están desapareciendo las concepciones opuestas de la masculinidad (espacio público) y la feminidad (espacio privado). Pero, como indican las diferencias significativas antes mencionadas,

la transformación tecnológica en la que se sustentan los cambios es más rápida que la correspondiente a la idea de género en nuestra sociedad.

Adquisición y desarrollo de la identidad de género

El proceso de adquisición se estructura a lo largo de unas etapas: asignación del género, discriminación del género, identificación de género y flexibilidad de género (Sánchez, 1996). A lo largo de cada una se concede un gran peso a la transmisión de los estereotipos de género por medio de los agentes socializadores.

A) Asignación de género

La asignación se inicia en el momento en que se asigna un sexo, es decir, al nacer (e incluso antes, en la etapa de desarrollo fetal). Como ya se ha comentado con anterioridad, la asignación del sexo, hombre vs. mujer, era tradicionalmente resultado exclusivo del examen de los genitales externos en el momento de nacer. En función de dicho examen se *asignaba* un sexo y, automáticamente, el individuo quedaba adscrito a un género, masculino o femenino⁵. A partir de este momento, casi virtual en la actualidad, el proceso de socialización se ponía en marcha y, con él, la transmisión del género. Es evidente que el género no forma parte de nuestra dotación biológica y, aún así, su asignación a nuestra propia identidad es casi innata. Lo primero que se pregunta al conocer un bebé es su sexo y, a partir de ahí, se le atribuyen unas características estereotipadas, muchas veces falsas, acordes con el género. Los estudios experimentales nos demuestran que apenas existen diferencias de sexo comportamentales antes de los veinticuatro meses, pero tampoco físicas y, aún así, el conocimiento del sexo actúa como una variable estímulo que nos hace conceder al individuo una serie de características estereotipadas propias del género al que pertenece.

Deaux y Major (1987) recogen estas observaciones en una teoría situacional según la cual el sexo actúa como una variable estímulo al generar expectativas diferenciales respecto a niños y niñas. En este punto el papel de los progenitores es especialmente importante; el estudio de Rubien et al. (1970) es un clásico ejemplo de esta primera forma de transmitir el género: entrevistaron a treinta progenitores dentro de las veinticuatro horas después del nacimiento de su hijo o hija y hallaron que los progenitores de los niños y los de niñas empezaban a ver a sus recién nacidos con claras diferencias de sexo. Los que tenían hijas decían que sus bebés eran más pequeños, tiernos y delicados que los niños, los cuales eran vistos como más fuertes, firmes y mejor coordinados (acentuando las diferencias los padres respecto a las madres). Una medida objetiva del tamaño y estado de los bebés demostró que no había diferencias de sexo, así que parece que las percepciones paternas estaban influidas por expectativas basadas en los estereotipos de género.

B. Discriminación de género

A partir de la asignación del sexo y el género, la sociedad va a encargarse de transmitir al nuevo individuo los contenidos e informaciones correspondientes a su

género; va a ser, así, tipificado, siendo necesario para ello consolidar una identidad de género que dote de experiencias, simbolismos y significados propios. La sociedad posee un conjunto de expectativas preestablecidas respecto a la conducta de sus miembros, y ejerce presión para asegurar que el desarrollo y evolución de un niño sea distinto al de una niña. Según aumente la capacidad motriz del bebé, juntamente con el desarrollo del lenguaje, aumentará la influencia de los progenitores educando, intentando canalizar las conductas de sus hijos o hijas de acuerdo con su género, y así se mantendrá hasta que estos consoliden la idea de género. Inicialmente las diferentes identidades se sustentarán en diferencias evolutivas: en el niño se observa una mayor independencia motriz que le posibilita la realización de conductas de exploración; en la niña, un anterior desarrollo de la capacidad verbal, que le permite desarrollar tempranamente la capacidad de comunicación interpersonal.

Money y Ehrarhdt (1972) destacaron la existencia de un período crítico en la construcción de la identidad de género, comprendido entre la adquisición del lenguaje y aproximadamente los cuatro años, durante el cual se están asentando las bases de la identidad de género. Se aprende entonces a discriminar el género, pero a modo de etiquetaje. Eso significa que ya saben cuál es su sexo/género si se les pregunta, y saben cuál es el de las otras personas, aunque no supone todavía comprender qué es el género, puesto que se basan en indicios externos tales como la ropa, el cabello o el maquillaje, y según varíen éstos entenderán que también varía el género de las personas.

Sin embargo en este período se ejercitan conductas asociadas al rol de género correspondiente; especialmente en el ámbito de los juegos donde se observa una tendencia a segregarse por sexos (Sánchez, 1996), mayor en los niños debido a que, a lo largo de todo el proceso de socialización, son más presionados a desarrollar una correcta identidad de género en términos de masculinidad. Money y Ehrarhdt sostienen que antes de este período crítico, aproximadamente hasta los veinticuatro meses de edad, es posible cambiar la identidad de género del individuo porque ésta aún no se ha consolidado (por ejemplo, en casos de error en la asignación sexual: un individuo biológicamente hombre pero que al nacer se confunde con una niña y empieza a ser criado como tal, puede reasignarse al género acorde con su sexo sin que ello, según las investigaciones de los autores citados, deje secuela psicológica alguna, siempre que sea dentro de ese período crítico). De hecho poco antes de la finalización de tal período se empiezan a observar conductas acordes con los roles de género, como en la preferencia aparentemente espontánea de juegos tipificados.

C. Identificación de género

Durante esta etapa, hacia los cinco o seis años se logra lo que Kohlberg (1966) denominara *constancia de género*, al comprender que el sexo/género es algo invariable a lo largo del tiempo o de las situaciones, y que no depende por tanto de aspectos externos a la persona tales como el vestido. Este período coincide con el

establecimiento de la identidad personal, el conocimiento y sentido psicológico del sí mismo pero como masculino, femenino o ambos. La identidad de género sería, para el autor citado, resultado de la evaluación cognitiva que el niño y la niña hacen, respectivamente, de la realidad y siendo en este período de consolidación especialmente susceptibles a la influencia del entorno social en que viven.

Si en la etapa anterior empezaban a percibirse los estereotipos de género, en la presente van entendiéndose y aprendiendo. La discriminación de conductas basadas en masculino vs. femenino obliga a una identificación con una de ambas posibilidades y un rechazo infantil de la otra: autoconocimiento de sí mismo y autovaloración positiva (con discriminación de «lo otro», lo diferente, como peor). Kohlberg ya destacó la importancia de este aspecto, el tender a valorar positivamente como mejor lo propio, lo acorde con el yo, que en el egocentrismo característico de la infancia se traduce por una exaltación de lo propio. En palabras de Money y Ehrhardt (1972), para los niños lo relativo a las niñas está codificado cerebralmente como negativo (malo), y lo inverso ocurre para las niñas. Esta especie de inhibición cognitiva ante lo correspondiente al género opuesto podría explicar también el aumento de segregación por pares que se observa a lo largo de la infancia, así como la preferencia por ambientes tipificados según el propio género y, cómo no, por juguetes también tipificados. Al contrario de lo que sucede en la siguiente etapa, ahora se observa una rigidez extrema en la forma de entender el género (lo que hacen los niños no lo hacen las niñas, y viceversa, incluso cuando hay informaciones que lo contradicen y que, en consecuencia, deben ser negadas).

D. Flexibilidad de género

Esta fase (que transcurre entre los siete y los once años) se caracteriza porque se llega a entender que los contenidos de masculinidad vs. feminidad aprendidos y con los que el niño o la niña se identifican no son normas de comportamiento (actitudes, preferencias, rasgos de personalidad...) inmodificables; que esos dos ámbitos dicotómicos aprendidos a través del estereotipo de género no son inquebrantables, aunque se entienda como más adaptativo no transgredir los ámbitos respectivos. Esto es especialmente cierto para los chicos que siguen recibiendo una presión mayor para conformarse al modelo masculino; pero de esta manera se les está facilitando el proceso de identificación de género. Al no permitírseles transgresión alguna hacia el ámbito femenino y haber entendido que socialmente el suyo es el modelo valorado, ven su propio desarrollo como una línea recta (reconocen un único modelo valioso: el suyo, el masculino) en la que han aprendido a anular todo vestigio femenino estereotipado que hubiera en sí mismos. Esto se traduce en el desarrollo de rasgos que impliquen ejercer un férreo control de las emociones, o actitudes como la proyección al espacio público mediante una orientación hacia el logro, no hacia las personas. Pero a la vez conlleva el sacrificio de los sentimientos o, como mínimo, su cuidadosa ocultación, con el esfuerzo y/o sufrimiento que pueda implicar en aquellos hombres que se identifican, íntimamente, más con

rasgos estereotipadamente femeninos (en términos de sensibilidad u orientación a las personas) que con los masculinos.

Para las chicas es diferente, pues desde la primera infancia se les ha permitido una cierta transgresión al ámbito masculino sin que ello afecte a su identidad de género o dicho de otro modo, sin que externamente se cuestione su supuesta feminidad. Su identificación con el modelo femenino conlleva, sin embargo, una paradoja, y es el conocimiento de que lo femenino (articulado globalmente por una orientación hacia las personas y la capacidad asistencial, ocupando un espacio privado, oculto, donde poder desarrollar el mundo de la subjetividad, las emociones y los sentimientos) está infravalorado socialmente respecto a lo masculino y, aún así, ha de aceptarse como parte de la propia identidad. Posiblemente por ello las chicas recurren menos al grupo de iguales y buscan como modelos a mujeres adultas; en cambio entre los chicos se observa una mayor segregación de pares que asegura la transmisión de los contenidos de su género y la rígida diferenciación respecto a los del otro género.

Como ya se ha dicho con anterioridad, la adolescencia, período que cronológicamente sucede al de la flexibilidad de género, supondrá una nueva búsqueda de la identidad de género, nutrida ahora por una mayor capacidad cognitiva y nuevos conocimientos del mundo y del sí mismo, que implican el descubrimiento de la sexualidad, la importancia de las relaciones interpersonales y la afectividad y el progresivo abandono de la familia como núcleo de referencia exclusivo. E inevitablemente, un reajuste en la propia imagen corporal que obliga a reconocer un cuerpo distinto gracias a los cambios puberales, y que implica una nueva forma de relacionarse con los demás que exige una mayor atención a la apariencia física. La entrada en la vida adulta exige haber consolidado una identidad personal y de género con las que asumir los diferentes roles y situaciones que vayan sucediéndose a lo largo del ciclo vital.

Transmisión de la identidad de género

Todo el proceso de adquisición y consolidación de la identidad de género se establece a lo largo del proceso de socialización, a través de estereotipos, roles, y la consecuente construcción subjetiva que cada persona realiza de las informaciones de género, dándoles un contenido psicológico propio. La transmisión de tales informaciones, como se ha comentado, se sustenta en los agentes socializadores. Además de la familia, la escuela, los grupos de amigos/as y los medios de comunicación se encargan de difundir los contenidos psicosociales inherentes a la cultura.

A). Escuela

Más allá del modelo educativo, la escuela, como espacio común donde realizar diferentes actividades, ha constituido, después de la familia, el agente socializador por excelencia, especialmente vinculado al género. Decía Sandra Acker en 1995

que el género constituye «un principio organizador mayor, aplicado a uniformes, asignaturas curriculares, prácticas administrativas, actividades del aula e incluso al uso del espacio dentro y en los alrededores de la escuela» (p. 122). En este contexto con la transmisión del género se establecen pautas diferenciadoras que delimitan las posibilidades individuales, donde lo general es lo masculino y lo particular, lo femenino. En el análisis de los contenidos curriculares impartidos en la escuela mixtas, se ha observado que la herencia cultural transmitida excluye a la mujer de la Historia y el saber general, careciendo de citas sobre mujeres que hayan contribuido a la evolución de la sociedad (los que se citan, en todo caso, refieren actos tipificadamente masculinos, como la gesta de Juana de Arco). De este modo se ha estado ofreciendo a los niños modelos masculinos con los que identificarse (desde sabios a héroes, artistas o políticos), mientras que las niñas han de identificarse con el modelo femenino estereotipado sin que se les ofrezcan referentes relevantes en los que basarse y aprender.

La actitud de los/as docentes también contribuye a la transmisión del género en la escuela. La investigación presentada por Marina Subirats y Brullet en 1988 puso de manifiesto cómo en general los y las docentes atienden más a los niños respecto a las niñas en la escuela secundaria, tanto para premiarlos como para castigarlos, darles más indicaciones a la hora de realizar una tarea o promoviendo su participación en la dinámica del aula. La consecuencia es que de este modo se incentiva más a los niños, dándoles la oportunidad de entrenar un conjunto de habilidades sociales muy necesarias en el desempeño adulto, como la asertividad. Al mismo tiempo se fomenta la pasividad femenina pues las niñas, ante la mayor intervención de sus compañeros, interiorizan un papel secundario y permiten que los niños ocupen los espacios centrales, tanto simbólicos como reales, y controlen la actividad cotidiana de la escuela. De este modo no se hace sino repetir lo que nos indican los estudios transculturales: es común atender más a niños que a niñas, interactuar más sociablemente con las niñas, enfatizar la búsqueda de éxito y la autonomía en los niños e incluso utilizar diferentes expresiones verbales (contenido emocional para las niñas, de acción para los niños). Hay que recordar que el lenguaje, construido y articulado en relación a lo masculino como lo normativo, se ha encargado de ocultar «lo femenino» y acentuar de esta manera las diferencias de las mujeres respecto a la norma, los hombres.

B). *Amistades*

Las amistades también constituyen un agente de socialización importante. Dentro de los grupos, segregados tempranamente en función del género, se aprenden y refuerzan las normas culturales y la propia identidad. Los niños forman grupos amplios donde prevalece el individualismo a través del ejercicio de rasgos de masculinidad estereotipados (lo importante son los propios logros). Los grupos femeninos, mucho más reducidos, dan importancia a las relaciones personales como lo prioritario, con lo que desarrollan rasgos y habilidades necesarias para su

manejo, como la empatía o la capacidad de expresión de emociones y sentimientos. En los juegos infantiles se comprueba esta diferente dinámica: los masculinos son más competitivos y violentos, buscan el éxito, la exploración del espacio, acentuando la independencia y la confianza en uno mismo. Los juegos femeninos son más tranquilos, tienden a reproducir roles adultos donde explorar lo interpersonal en el espacio privado (jugar a las casitas, a las familias...). Los intentos por hacer participar a niños y niñas en un mismo juego suelen resultar difíciles; como dice Eleanor Maccoby (1990), las niñas, identificadas con rasgos necesarios en las relaciones interpersonales, se aburren con los niños que no responden a sus intentos de manipulación y éstos, por su parte, optan por un despliegue de actividad y confrontación que contrasta con la actitud más reposada de las niñas.

C). *Juguetes*

Los juguetes constituyen posiblemente una de las formas más obvias de transmisión de la masculinidad/feminidad tradicionales, así como la mejor manera de ejercitar los roles adscritos al género. No deja de ser sorprendente que incluso poco antes de los tres años se constata una preferencia, aparentemente espontánea, por juguetes tipificados de acuerdo con el propio género; preferencia que va acusándose a lo largo de la primera infancia especialmente. Como se ha podido comprobar en la campaña de regalos navideños de 1999 (basta ojear cualquier catálogo), persiste la oferta de juguetes tipificados y sigue siendo aceptada por niños y niñas como un refuerzo más a su identidad de género que exige, como se ha dicho, asumir roles. Los juguetes «para niños» proponen actividades de construcción a partir del ensamblaje de piezas, ofreciendo una diversa posibilidad de modelos, todo lo cual estimula la creatividad, la habilidad espacial, el dominio del espacio... Otros juguetes estimulan la competitividad (como las carreras de coches en miniatura), el dominio e incluso la conquista, con la dosis de agresividad y confrontación que todo ello exige (armas de todo tipo, equipos, muñecos luchadores, naves espaciales... los mismos nombres de los juguetes remiten a «acción», «misión», «piloto»: control absoluto de la situación). En cambio, los juguetes «para niñas» que podemos encontrar en la actualidad siguen situando a éstas en el ámbito de los roles tradicionales femeninos: el rol de madre, a través no sólo de muñecos con cada vez de más funciones y con los que se aprende a cuidar niños pequeños (alimentar, limpiar...), sino de accesorios como sillitas, cunas, ropitas... auténticas réplicas de las reales. El otro gran rol femenino parece ser el de ama de casa o, al menos, responsable de su mantenimiento (sorprende la cantidad de juguetes que enseñan a cuidar el hogar: desde la clásica escoba en miniatura, a carritos de limpieza, tablas de planchar, lavadoras...) y, por supuesto, pasando por el rol de cocineras. Y se mantiene, evidentemente, el rol de «feminidad» entendida como el culto al físico y la belleza aparente: un juguete clásico es el tocador, junto con maletines de joyas, maquillaje, peluquería...: la mujer femenina -la niña- ha de ser bella, y ello exige un disfraz cotidiano que se aprende tempranamente como un juego.

D.) *Medios de comunicación*

Los medios de comunicación (radio, prensa, TV, cine, Internet...) constituyen especialmente desde los últimos años del siglo XX, con el desarrollo de las redes de comunicación virtual, un potente medio de difusión de los contenidos de la socialización que, en la actualidad carece prácticamente de fronteras. Como agentes socializadores se reconoce que presentan modelos de hombres y mujeres, dan definiciones sociales y difunden estereotipos, dando a conocer y manteniendo -o rechazando- conductas. De entre los diversos medios destaca la publicidad, especialmente la presentada a través de la TV, medio al que niños y niñas dedican algunas horas cada día. El objeto de todo mensaje publicitario es el de informar sobre un determinado producto y, así, persuadir al público receptor de que con su adquisición ganará algo (bienestar, éxito, estatus, placer...). ¿Qué modelos de hombres y mujeres encontramos en el conjunto de anuncios televisivos hoy en día? Hay que aceptar que en los últimos veinticinco años estos modelos han variado, y que lo que hoy niños y niñas ven y desean imitar implica esa apertura en los estereotipos de género que antes comentábamos.

En general los anuncios refuerzan dos valores sociales tradicionales: juventud-atractivo físico y poder adquisitivo; y en función de dichos valores nos presentan modelos de hombres triunfadores, con estatus social, con poder adquisitivo; jóvenes ejecutivos, atractivos e irresistibles por el hecho de poseer un determinado objeto, o incluso aparentes perdedores que gracias al producto de venta automáticamente tienen estatus. Pero también el hombre de familia, responsable, dinámico, atractivo y feliz; el padre tierno y cariñoso con un bebé en brazos, que expresa libremente sus sentimientos. En cambio, los modelos femeninos en publicidad siguen explotando el recurso de la mujer tradicional, esposa y ama de casa, preocupada por su familia; o la futura mamá, entendiéndose la maternidad como el inexcusable fin de la mujer joven. Y, ante la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral en puestos más complejos y mejor pagados, se está introduciendo el modelo de mujer libre, segura de sí misma, independiente, fuerte... pero a la vez muy «femenina» (seductora, frágil, delicada, atractiva...).

Un análisis de anuncios de TV realizado entre 1995 y 1999 por la autora indica que aproximadamente el 90% de los anuncios son narrados por una voz masculina, la que aconseja con seguridad qué producto es mejor o seduce con el fin de vender, la voz de la autoridad. Aunque en el último año se ha observado una cierta tendencia a presentar anuncios mudos, sólo con música de fondo y en ocasiones, texto, la voz masculina sigue estando presente en todos los sectores del mundo publicitario: alimentación, ropa, seguros, música, colonia... mientras que la voz femenina se reserva para productos de higiene femenina, de bebés, algún tipo de maquillaje o de ropa interior.

Series de TV, películas y programas diversos refuerzan también los modelos tradicionales de masculinidad y feminidad, aún aceptando los progresivos cambios

que van introduciéndose, y surten de modelos estereotipados a las nuevas generaciones, cuyo aprendizaje se basa en gran medida en los mecanismos de la imitación. Pero la identidad de género, tal y como se ha expuesto con anterioridad, será siempre resultado de una construcción psicológica y, en este sentido, activa, por parte de la persona, que dará un significado particular a todos esos rasgos y roles con los que ha llegado a identificarse bajo las influencias de los diversos agentes socializadores.

El momento actual indica que masculinidad y feminidad dejarán de ser dos ámbitos separados, que los roles de género perderán parte de su contenido dicotomizador, como resultado de una tendencia igualadora que acerca a hombres y mujeres en respuesta a un cambio sociocultural y que, es de esperar, incidirá directamente en la construcción de la identidad de género. No obstante, mientras seamos una especie sexuada, será difícil que el género pierda su carácter determinista, especialmente en lo referido a la reproducción y los consecuentes roles y rasgos de personalidad adscritos a la experiencia de ser madre/padre.

Tradicionalmente las diferencias de sexo han constituido la base sobre la que articular unas diferencias entre hombres y mujeres que trasciendan lo biofisiológico y determinen en mayor o menor medida su existencia. Dicha diferenciación es resultado de una doble construcción, sociocultural y psicológica, cuyos contenidos definen lo que en la actualidad se entiende por género. El componente sociocultural es el responsable de categorizar la realidad en una dualidad de opuestos, masculinidad vs. feminidad, nutrida de estereotipos y articulada en roles que se han transmitido generacionalmente a lo largo del proceso de socialización desde el nacimiento. El componente psicológico refiere la construcción activa que toda persona realiza de ese mensaje sociocultural y le enseña qué es ser hombre o mujer y cómo ha de comportarse. Este proceso define la identidad de género del individuo, en el núcleo del autoconcepto: cómo ha entendido su sexo y cómo le ha atribuido unas características y unos contenidos que le hacen identificarse, al fin, con una masculinidad y/o feminidad únicas respecto al resto de seres humanos, pero a la vez congruente con las expectativas sociales. En el presente artículo se destaca, además, la importancia de los agentes socializadores en la transmisión de la identidad de género.

Palabras clave: *Sexo, Género, Identidad, Socialización, Estereotipos*

Referencias bibliográficas

- Acker, S. (1995). *Género y educación*. Madrid: Ariel.
- Deaux, K. y Lewis, L.L. (1984). Structure of gender stereotypes: interrelationships among related behavior. *Psychological Review*, 94, 369-389.

- Fierro, A. (1995). Persona, individu i personalitat. En *Psicologia de la Personalitat*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Guidano, V. y Liotti, R. (1983). El constructivismo en la relación terapéutica. En Mahoheny, M.J. y Freeman, A. (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Hare-Mustin, R.T. y Marecek, J. (1994). *Marcar la diferencia*. Barcelona: Herder.
- Jayme, M. (1996). Identidad personal y de género. V Jornadas de coeducación como marco para educar. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE.
- Jayme, M. y Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género*. Barcelona: Icaria.
- Kohlberg, L. (1966). Análisis de los conceptos y actitudes infantiles relativos al papel sexual desde el punto de vista del desarrollo cognitivo. En Maccoby, E.E. (Ed.), *Desarrollo de las diferencias sexuales*. Madrid: Marova.
- Money, J. y Ehrhardt, A.A. (1972). *Man & Woman- Boy & Girl*. John Hopkins Univ. Press.
- Ross, A.O. (1987). *Personality. The scientific study of complex human behavior*. New York: Holt, Rinehart & Wiston.
- Rubin et al. (1970). Social and cultural influences on sex role development. The eye of the beholder. Parent's views on sex of new borns. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 512-519.
- Sánchez, A. (1996). El desarrollo del sexo como variable estímulo durante la infancia. En Fernández, J. (Coord.), *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- Sau, V. (1988). Reflexiones sobre la discusión teórica sobre el doble concepto de sexo-género. *II Jornadas para una educación no sexista*. Zaragoza: Instituto de la Mujer.
- Subirats, M. y Brullet, C. (1988). *Rosa y Azul. La transmisión de estereotipos en la infancia*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Unger, R.K. (1979). Toward a definition of sex and gender. *American Psychologist*, 11, 1085-1094.

Notas del texto:

- ¹ Rasgos extraídos del Inventario de Roles Sexuales de Sandra Bem (BSRI, 1974). Se trata de un clásico cuestionario para medir masculinidad, feminidad y androginia, bajo el supuesto de que todos los seres humanos podemos identificarnos, y expresar, rasgos tipificados como masculinos y como femeninos a la vez (androginia psicológica). Este cuestionario, base de la mayoría que se han diseñado con posterioridad en la última década, consta de 60 rasgos de personalidad, como los citados, y pide a la persona que indique en que grado se identifica con ellos -cree que le definen-, respondiendo en una escala de 1 a 7. Fue incluido en un artículo básico, La medida de la androginia psicológica, donde la autora, por primera vez y desde la psicología, reclamaba la necesidad de ir más allá de una concepción bipolar y unidimensional de la masculinidad-feminidad, entendiendo que los rasgos de personalidad implícitos en el constructo son propios tanto de hombres como de mujeres. En todo caso, todo reside en haberse identificado con todos ellos sin caer en la marca restrictiva de la tipificación sexual, ganando así una mayor flexibilidad conductual y bienestar psicológico (caso de las personas andróginas).
- ² Se puede desarrollar una identidad de género masculina o femenina con independencia del propio sexo biológico y, por supuesto, de la orientación sexual. Las personas que denominamos transexuales, se hayan sometido o no a

un proceso de reasignación corporal acorde con su identidad de género, son prueba de ello.

- ³ Se han formulado teorías que explican el funcionamiento del género a nivel cognitivo, como la conocida teoría del esquema de género de Sandra Bem, formulada en 1974; o la de Jane Spence que relaciona identidad de género con cognición. En cualquier caso, todas coinciden en situar el contenido de la identidad de género, dentro de la identidad personal, como un elemento cognitivo que guía en cierto modo el procesamiento de información de los seres humanos.
- ⁴ La tipificación social en función del género no es exclusiva de la sociedad occidental; encontramos referencias de ella en culturas muy diversas, con independencia de su tamaño. Ello no significa que masculinidad y feminidad hayan recibido los mismos contenidos que en nuestra sociedad, así en algunas sociedades se ha constatado una inversión tanto de roles como de rasgos de personalidad tipificados sexualmente, tal y como refieren los clásicos trabajos de Margaret Mead (e.g., *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*).
- ⁵ La asignación de sexo no ha estado exenta de errores, como ha sucedido en aquellos casos en que, por algún tipo de síndrome ontogénico (e.g., feminización testicular o insensibilidad a los andrógenos durante el desarrollo ontogénico), los genitales externos presentan un aspecto ambiguo. Han sido varios los casos en que a un individuo con sexo genético masculino se le ha asignado, por tal razón, un sexo femenino y, en consecuencia, ha desarrollado una identidad de género femenina, o viceversa. Problemas médicos que hayan conducido a una exploración más profunda del paciente, o la ausencia de una pubertad acorde con el género, han puesto de manifiesto el error cometido. Caso aparte lo plantean las personas conocidas como hermafroditas, dotadas de ambos sexos.

COMPONENTES BASICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Milton Diamond

Department of Anatomy, John A. Burns School of Medicine, Univesity of Hawai
1951 East-West Road, Honolulu, HI 96822 (USA)

Full understanding of any person's sexuality requires consideration of at least five components or levels of character, behavior and biology. These components are easily kept in mind with the mnemonic PRIMO: gender Patterns, Reproduction, sexual Identity, sexual Mechanisms, and sexual Orientation.

Key words: sexuality, heterosexuality, homosexuality, intersexuality, transexuality, sociocultural determinants.

INTRODUCCIÓN

El término homosexual se utiliza generalmente del mismo modo en que se emplean los atributos profesor o carpintero para describir a alguien; en otras palabras, le otorgamos la función de designar la principal característica de la persona. Por el contrario, pocas veces se describe a alguien como heterosexual, excepto en contextos específicos. El término homosexual o transexual expresa la característica básica de un individuo mientras que el término heterosexual se considera demasiado limitado para una descripción análoga. De hecho, caracterizar a alguien como homosexual, transexual o heterosexual también es una descripción limitada, pero, en el primer caso, a diferencia del segundo, el resto de la descripción carece de importancia. Coloquialmente se suelen utilizar expresiones tales como: «esta chica es un marimacho», o «éste es un mariquita», o «es muy macho».

A pesar de formar parte del habla cotidiana, estos términos también forman parte del vocabulario técnico de la psicología y sexología. En estas disciplinas, sin embargo, tienen un significado específico que, a su vez, limita su uso. Para definir de forma completa los rasgos y el perfil sexual de un individuo se necesitan palabras apropiadas a cada contexto. Un individuo no es únicamente un homosexual, un transexual o un heterosexual. Esta simple descripción no hace justicia a la gran variedad del género humano o a la sofisticación del análisis sexológico.

Para una comprensión global y completa de la sexualidad de una persona se deben considerar como mínimo cinco componentes de la personalidad, del comportamiento y de la biología. Estos componentes se pueden recordar fácilmente mediante el mnemotécnico PRIMO: Patrones de género, Reproducción, Identidad sexual, Mecanismos sexuales, y Orientación sexual.

DEFINICIONES

a) Patrones de género

Los patrones de género, el género o el rol de género, aunque diferentes, están relacionados con la orientación y la identidad. El género, los patrones de género y el rol de género se refieren a cómo actúa una persona durante su vida cotidiana. Reflejan la idea de la sociedad relativa a cómo se deben comportar y tratar a los niños y niñas, hombres y mujeres. El rol sexual es el resultado de la propia predisposición biológica y/o la manifestación de la imposición de la sociedad. Los términos **macho** y **hembra** son de tipo biológico mientras que los términos **chico** y **chica**, **hombre** y **mujer** son de tipo social. Los patrones de género van directamente relacionados con la sociedad en la que uno vive y puede que tengan que ver mucho o poco con la biología (Gagnon & Simon, 1973). Los varones, término que en el uso coloquial suele preferirse al de “macho”, puede que vivan como mujeres, por ejemplo, y que las hembras vivan como hombres: un varón puede educarse como un niño, pero puede llegar a vivir como una mujer y viceversa.

Términos tales como mariquita, marimacho, y macho forman parte también del vocabulario del género. A una chica con un físico e intereses asociados generalmente a los chicos se la llama “marimacho”, mientras que a un chico con aficiones y rasgos considerados afeminados se le denomina “mariquita”. En la mayor parte de las sociedades se acepta más a las marimachos que a los mariquitas. La fuerza social constriñe a menudo a las hembras a comportarse como chicas y a los varones como chicos, tal como se supone que deben actuar. El reconocimiento del *status* de una persona en la sociedad se identifica como identidad de género.

b) La identidad sexual

La identidad sexual se refiere a cómo un individuo se considera a sí mismo, como **varón** o **hembra**, independientemente de cómo es considerado por la sociedad. Esta convicción interna puede reflejar o no la apariencia externa o el rol de género que impone la sociedad o que uno desarrolla y prefiere. Por lo general la identidad de género y la identidad sexual van de acuerdo y son indistintas. Estas distinciones, sin embargo, adquieren mayor importancia en el transexualismo y la intersexualidad. Al transexual, así como al resto de individuos, se le identifica inicialmente por su anatomía sexual. Aunque su educación sigue las pautas marcadas por la sociedad (si es varón se le educa como a un hombre y si es hembra como a una mujer), su auto-imagen es, sin embargo, precisamente la del sexo

opuesto. El rol de género e identidad de género que se espera de ellos no coincide con su propia autoimagen, con su identidad sexual. De este modo, la apariencia externa entra en conflicto con la imagen mental que tienen de sí mismos (Benjamin, 1996; Bolin, 1987; Docter, 1990; Green & Money, 1969). Un individuo intersexuado es aquel que tiene características congénitas físicas tanto de varón como de hembra (por ejemplo, un individuo puede tener a la vez un ovario y un testículo; puede tener una configuración cromosómica XX -hembra- pero tener un falo masculino; otro puede ser XY -varón- y en vez de tener pene tener vagina). Los individuos intersexuados se identifican generalmente como varones o hembras, pero en pocas ocasiones como intersexuados (Diamond, 1999). Los transexuales no tienen ningún tipo de rasgos anatómicos del sexo opuesto aunque ocasionalmente pueden poseer características intersexuales

c) La orientación sexual

La orientación sexual se refiere a la preferencia relativa al sexo de la pareja. Los términos homosexual, heterosexual y bisexual son los que se utilizan para determinar estas características. Sería mejor utilizar estos términos como adjetivos, en vez de sustantivos, y aplicarlos a los comportamientos en lugar de a las personas. En el lenguaje común hablamos de alguien como homosexual o heterosexual, incluso nos referimos a nosotros mismos como tales. En estos casos, el término **homosexual** se aplica a aquellos cuyas actividades sexuales sólo las llevan a cabo con individuos del mismo sexo. El término **heterosexual** se refiere a los individuos cuyas parejas sexuales son del sexo opuesto. Finalmente, el término **bisexual** se aplica a quienes mantienen relaciones sexuales con individuos de ambos sexos (Diamond, 1993a). A lo largo de la vida, los individuos pueden cambiar su orientación. Se puede, por ejemplo, ir de la actividad e identificación como heterosexual, a la de bisexual y finalmente a la de homosexual.

Es preferible usar los siguientes términos: *androfilico*, *ginecofilico*, y *ambifilico* para describir a quien se prefiere como pareja (*andro* varón; *gyneco* hembra; *ambi* ambos, *filico* amor). El uso de estas palabras evita tener que especificar el sexo del individuo y se centra en el de la pareja. Estos términos son de gran utilidad cuando se trata de transexuales o transexuados.

La propia identidad sexual es un aspecto de la vida relacionado tangencialmente con la orientación sexual. Un transexual o intersexuado puede tener una inclinación androfilica, ginecofilica o ambifilica. En el habla común, el individuo se “identifica” como homosexual o considera su “identidad” como heterosexual. El uso de estos términos tiene tanto un sentido gentilicio como descriptivo. Es como si dijera que es de París o que es católico o judío.

Para una mayoría género, identidad, y orientación van de acuerdo. El varón típico se considera (se identifica) como tal, actúa de un modo masculino -una combinación de conductas determinadas biológica y socialmente-, la sociedad lo

trata como a un varón, y prefiere mantener interacciones sexuales con hembras. Una hembra típica se ve a sí misma como tal, actúa de forma femenina -también una combinación de conductas determinadas biológica y socialmente- la sociedad la considera una hembra, y prefiere mantener interacciones sexuales con hombres. Las variaciones ocurren cuando un individuo prefiere mantener relaciones de tipo sexual con alguien del mismo sexo o cuando un hombre se ve a sí mismo como a una mujer (**varón transexual**) o cuando una mujer se ve a sí misma como a un hombre (**hembra transexual**), o cuando un individuo intersexuado elige desarrollar ambos aspectos tanto el femenino como el masculino. En algunas culturas solamente se considera homosexual aquel que es penetrado (pasivo) mientras que el que penetra (activo) se sigue considerando heterosexual (Carrier, 1980).

d) Los mecanismos sexuales y la reproducción

Los otros componentes de la vida sexual son los Mecanismos sexuales y la Reproducción. Muchas veces los problemas o dificultades con estos componentes son la causa de la búsqueda de ayuda profesional.

Los Mecanismos sexuales son factores psicológicos inherentes que estructuran las características relevantes de la relación erótico-sexual; particularmente el juego sexual y el coito. La erección del pene y la lubricación de la vagina de la mujer son bien conocidas como mecanismos de la excitación sexual. La eyaculación masculina es otro mecanismo distintivo. La impotencia, la eyaculación precoz o tardía son problemas comunes asociados a los mecanismos masculinos. La anorgasmia o la libido baja son problemas relativos a los mecanismos sexuales femeninos.

La Reproducción, tanto en su aspecto psicológico como en su aspecto social y cultural, es otro componente de la sexualidad que cabe tener en cuenta. Los hombres aportan el esperma y las mujeres los óvulos y generalmente ambos desean tener descendencia. La infertilidad, sin embargo, es un hecho en una de cada seis parejas.

La satisfacción de muchas parejas durante el coito y el juego sexual depende en gran medida de cómo funcionen sus mecanismos. Aunque éstos no ejercen ninguna influencia sobre la orientación e identidad sexual, sí afectan el cómo uno se interpreta a sí mismo en términos de género (sobre su masculinidad o feminidad). Del mismo modo, cuando alguien es infértil, esto no tiene ningún efecto sobre su orientación o identidad sexual; sin embargo, puede influenciar la propia visión de su feminidad o masculinidad. La edad ejerce también una influencia evidente sobre los mecanismos sexuales y la reproducción. Estos componentes actúan de forma diferente según si se es joven, adulto o mayor. En este artículo, sin embargo, no vamos a extendernos más sobre los mecanismos sexuales, ni la reproducción.

Un **varón heterosexual** se ve a sí mismo como un hombre, vive como un hombre, se comporta como un hombre, disfruta de su pene, y prefiere mantener relaciones sexuales con una mujer. Un **varón homosexual** también se considera un

hombre, se desenvuelve frecuentemente como un hombre, vive como un hombre, y también disfruta de su pene, pero prefiere mantener relaciones sexuales con otro hombre. Por el contrario el **varón transexual** se ve como una mujer, prefiere vivir como una mujer, quiere cambiarse el pene por una vagina, y quiere tener pechos. El transexual puede ser *androfilico*, *ginecofilico* o *ambifilico*. Cuando es androfilico sus relaciones sexuales con otros hombres pueden considerarse heterosexuales ya que él se considera mujer. Ningún varón homosexual querría cambiar su pene por una vagina; éste es, sin embargo, uno de los deseos del **varón transexual**. Y a la inversa para una **mujer transexual**, aunque debido a problemas quirúrgicos no siempre podrá optar la implantación de un pene y escroto que sustituyan a su vagina, normalmente querrá disminuir sus pechos y que la menstruación desaparezca, ya que esto le recuerda constantemente lo que piensa que no es (Benjamin, 1966; Bolin, 1987; Docter, 1990; Green & Money, 1969).

Los **individuos intersexuados** son tan variados que no hay descripción que valga para todos. Una de las condiciones más comunes que se da entre las mujeres es la hiperplasia adrenal congénita (CAH). Una mujer con CAH se desarrolla como una chica con ademanes masculinos y tiene un clítoris alargado. Educada como una chica se ve generalmente como tal. Otra condición muy común es el síndrome de Klinefelter. En este caso el individuo tiene un cromosoma 46-XXY y tanto el pene como los testículos son pequeños. Educados como chicos la mayoría de ellos se consideran como tales, pero a menudo tienen una libido muy baja y muestran algunas características femeninas.

El **travestismo** es un fenómeno relacionado con la orientación e identidad de género. El término travestido se utiliza generalmente para determinar a aquellas personas que les gusta vestirse con la ropa del sexo opuesto. La mayoría de los travestidos son hombres y heterosexuales. Si son androfilicos se les denomina "*drag queens*". Los motivos para el travestismo son varios. Para algunos representa una satisfacción erótica, para otros es una expresión de un componente de su personalidad. Para algunos es la respuesta a un impulso que ni ellos ni la ciencia comprenden. Igual que a la mayoría de hombres heterosexuales, a la mayoría de los homosexuales no les gusta el travestismo. Los transexuales sí que se transvisten ya que forma parte del camino hacia el sexo al cual ellos creen que pertenecen. Los individuos travestidos a menudo expresan deseos de cambiar su identidad de género (Diamond, 1992; Docter, 1990).

Dos nuevos términos han aparecido en este tipo de léxico, transgénero y androginia. Representan aspectos tanto de la identidad de género como sexual. Un **individuo transgénérico o andrógino** es aquel que considera que la expresión pública de su género o sus sentimientos privados se han construido socialmente o son innatos, pero nunca los manifiesta. Muchos de estos individuos renuncian a cualquier dicotomía femenino-masculina, y en su vida privada, mezclan características que se consideran masculinas o femeninas.

DATOS ESTADÍSTICOS

No hay acuerdo respecto a la dimensión que representan estas categorías dentro de la población. Que el 10% de los varones de un país son homosexuales, es un dato que se cita con mucha frecuencia. Sin embargo no es una estimación exacta (Diamond, 1993b). Este porcentaje es una extrapolación de la obra original de Kinsey *et. al.* (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1984; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953). Desgraciadamente, sus estudios no se basaron en muestras aleatorias. Más tarde han aparecido otras muestras más representativas de los Estados Unidos, Gran Bretaña, los Países Bajos, Francia, Japón, Tailandia entre otros. Si consideramos los patrones de la actividad sexual basados sólo en la atracción sexual, el 5% sería una aproximación más precisa de la proporción de hombres exclusiva o casi exclusivamente homosexuales. Los varones bisexuales representarían entre un 3% y 4% de la población. En el caso de las mujeres estos porcentajes se ven reducidos a la mitad. (Diamond, 1993b).

Kinsey estableció una escala de siete puntos (de 0 a 6) para describir con exactitud las acciones de los individuos. A aquellos cuyas actitudes son exclusivamente homosexuales o casi se le otorga un 6 o un 5. En el polo opuesto de la escala se le otorga un 0 al que es exclusivamente heterosexual o un 1 al que lo es casi exclusivamente. Los grados intermedios se adjudican teniendo en cuenta que se aplica un 3 al individuo que prácticamente tiene la misma proporción de encuentros con el propio y diferente sexo (Kinsey *et al.*, 1948). Para incluir a los que desean algo diferente de lo que hacen, consideró simultáneamente la orientación de las fantasías de los individuos. Una mujer que mantiene exclusivamente relaciones sexuales con su marido puede que siempre imagine que lo hace con una mujer (K=6). Un prisionero puede mantener una relación homosexual mientras imagina un encuentro heterosexual (K=0). Con estos datos se calcula el término medio entre la puntuación del comportamiento y de las fantasías. Los comportamientos transexuales (Benjamin, 1966) y travestidos (Docter, 1990) también se han clasificado para poder reflejar mejor todos los tipos de individuos pertenecientes a estas categorías. La escala de Benjamin tiene 6 niveles desde el Tipo 1 (Travestido-Pseudo) al Tipo 6 (Travestido-Alta Intensidad).

Se calcula que uno de entre 25.000 a 50.000 individuos es transexual (Docter, 1990), siendo los transexuales varones (hombre(mujer) el doble o hasta cinco veces más que las transexuales (mujer(hombre)). En muchas culturas se considera más ventajoso en términos económicos o de *status* social, ser hombre que mujer, por eso se comprende con facilidad el deseo de cambio de mujer a hombre. Sin embargo, no se acepta o comprende lo contrario: hombres que quieran ser mujeres o los individuos que elijan vivir como intersexuados o transgénicos.

Los individuos intersexuados son más comunes: uno de cada 100 a 200, y uno de entre mil o dos mil individuos tienen genitales ambiguos. (Blackless *et al.*, en prensa). A pesar de que representan una mayor proporción, los intersexuados pasan

más desapercibidos. Probablemente no experimentan tantos problemas en su quehacer diario como los transexuales, ya que les es más fácil adaptarse al comportamiento femenino o masculino. También puede explicar su invisibilidad el estigma asociado a esta condición.

Esta discusión sobre los porcentajes también tiene implicaciones sociopolíticas. Algunos homófobos y activistas gays piensan que cualquier individuo implicado en alguna actividad homosexual tiene que considerarse homosexual. Los bisexuales son individuos precavidos que, por diferentes razones, prefieren no ser identificados como homosexuales. Tanto homosexuales como heterosexuales otorgan un significado político a los porcentajes. Estas proporciones tienen tanto implicaciones políticas como epidemiológicas. Afectan las leyes que se aprueban o temas sociales o médicos, tales como la investigación y tratamiento del SIDA o si los individuos manifiestamente homosexuales pueden ser aceptados en grupos políticos, religiosos o militares.

Últimamente los individuos intersexuados se han hecho notar un poco más y también piden que se tengan en cuenta sus problemas y necesidades particulares. Esto se debe a su deseo de acabar con el tratamiento quirúrgico impuesto -así lo consideran- a los niños intersexuados (Diamond, 1999). Los menos políticamente activos son los travestidos. Esto se debe a que viven sus vidas en privado y piden o esperan poco de la sociedad. Los andróginos o transgenéricos son difíciles de cuantificar ya que se mezclan con la población femenina y masculina.

SUBCULTURAS

El término "*homosexual*" se refiere a un comportamiento privado, el término "*gay*" se asocia a un comportamiento público asociado con una subcultura (Hunt, 1977). Muchos homosexuales expresan abiertamente sus preferencias y se les identifica por sus actividades y ciertas particularidades. Los hombres son afeminados y las mujeres adoptan una pose masculina que pueden ser tanto la expresión natural del propio individuo como códigos formalizados que los identifican como miembro de un grupo. Muchas de las señales utilizadas para mostrar interés sexual son iguales para homosexuales que para heterosexuales (por ejemplo, el contacto visual). Sin embargo los homosexuales utilizan ciertos códigos para diferenciarse de los heterosexuales: ciertos usos del tono de voz, posturas, gestos o palabras, frecuentar los bares de ambiente gay, saunas o parques.

La aceptación de la homosexualidad, así como su manifestación, ha variado con el tiempo y lugar. Aunque en los años 90 parece que en el mundo occidental hay una gran aceptación de la homosexualidad, esto no implica que el número de homosexuales fuera menor en el pasado. La transexualidad se ha hecho más evidente gracias a las nuevas técnicas quirúrgicas. La intersexualidad se viene manifestando desde hace solo unos 6 años. A la mayoría de los intersexuados no se les reconoce como tales.

Los transexuales tienen también su subcultura diferente. Cualquier ciudad grande tiene sus bares, sitios de reunión, actividades y tradiciones.

Igual que las otras manifestaciones PRIMO, el comportamiento ambifílico también se manifiesta más ahora que en el pasado y se habla de él de un modo más abierto. Tampoco se sabe, sin embargo, si actualmente se da con más frecuencia. Los bisexuales se relacionan más con los homosexuales que con los heterosexuales, pero normalmente se engloban en su propia categoría. Tal como han hecho las lesbianas, quieren que se les considere a parte del grupo homosexual, con unos intereses y necesidades diferenciadas (Blumstein & Schwartz, 1977, 1983).

Las lesbianas, que coinciden en muchas de sus reivindicaciones con las de los homosexuales varones, manifiestan algunas necesidades específicas. Por ejemplo, no les gusta que se les estereotipe. Tal como en el caso de los transexuales, intersexuados o individuos de cualquier otra orientación o identidad, las lesbianas pueden ser femeninas o adoptar posturas masculinas, conservadoras o liberales, devotas o ateas, darle importancia al orgasmo o no, promiscuas o monógamas, atractivas o feas. También tienen un abanico más amplio de razones que les empujan a querer identificarse con su comunidad (Gonsiorek, 1980; Martin & Lyon, 1972). Algunas lo hacen por razones políticas, hecho que no se da en el caso de los hombres, transexuales o intersexuados.

LAS RAÍCES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

Las fuerzas interactivas que motivan un tipo de comportamiento no son siempre claras. ¿Por qué a algunos les resulta fácil seguir las normas y doctrinas sociales mientras que para otros es muy difícil? Nadie puede explicar por qué la mayoría de la población es heterosexual y una minoría homosexual. Cuando un individuo nace intersexual, no se sabe por qué se hace transexual. Sin embargo los estudios apuntan a una predisposición genética que interactúa con el entorno social. Los genes (con las subsiguientes influencias endocrinas) establecen una tendencia, una predisposición, con la cual el individuo se enfrenta a la sociedad. Estas fuerzas, junto con las características individuales físicas, influyen la orientación, identidad y comportamiento sexual (Diamond, 1965; 1976; 1979; 1993b; 1999). Sin embargo hay otros puntos de vista que consideran que la biología no juega un papel tan importante (e.g., Gagnon & Simon, 1973; Reiss, 1986).

La prueba más sólida hasta hoy en día de que la orientación sexual tiene un componente genético es resultado de los estudios realizados con familias de gemelos. Los estudios más clásicos en esta área fueron realizados en los años 50 por Franz J. Kallmann (Kallmann, 1952a; 1952b; 1963) con 40 parejas de gemelos monozigóticas y 45 de dizigóticas en las cuales, como mínimo, uno de los gemelos reconociera ser homosexual. Kallman encontró, sin ninguna excepción, que si uno de los gemelos idénticos (monozigóticos) era homosexual también lo era su hermano. En el caso de los no-idénticos (dizigóticos) los gemelos desarrollaban una

conducta similar a la mayoría de la población masculina en lo que se refiere a preferencias sexuales. Kallman también descubrió que si un miembro de una pareja monozigótica tenía un cinco o seis en la escala de Kinsey, la probabilidad de que su hermano también lo fuera era de más del 90%. Kallman también constató que si los hermanos diferían en esta puntuación sólo lo hacían de uno o dos puntos.

El trabajo de Kallmann no fue fácilmente aceptado (Julian, 1973). En los años 50 y 60 se consideraba que el comportamiento humano era el resultado de la construcción social o la propia voluntad, más que una predisposición genética. La obra de Kallmann competía con la de Kinsey, que consideraba la orientación sexual como un producto de la situación social y la educación. El hecho de que los resultados de Kallmann fueran tan perfectos también provocó escepticismo. Posteriormente aparecieron toda una serie de estudios que mostraban que las parejas monozigóticas no coincidían en la homosexualidad (e.g., Davison, Bierley & Smith, 1971; Green & Stoller, 1971; Heston & Shields, 1968; Perkins, 1973; Zuger, 1976), y todas las teorías que sostenían el componente genético como origen de la homosexualidad perdieron su apoyo.

Esta perspectiva se mantuvo hasta los años 80. Los nuevos estudios, sin embargo, indican un mayor componente biológico en la orientación sexual. En un conjunto de estudios, Richard Pillard y sus colegas (Pillard, Poumadere & Carretta, 1982; Pillard & Weinrich, 1986) examinaron 186 familias en las cuales como mínimo alguno de sus miembros fuera homosexual. Establecieron un grupo de individuos “índice” heterosexuales como variables de control. Los investigadores indagaron la orientación sexual de los hermanos. El resultado fue que si una familia tenía un hijo que era homosexual, el 20% o el 25% de sus hermanos también era homosexual. Si el hermano “índice” era heterosexual la probabilidad de que alguno de los otros hermanos fuera homosexual solo ascendía del 4 al 6%. Elke Eckert *et al.* (Eckert, Bouchard, Bohlen & Heston, 1986) llegaron a resultados similares con el estudio de seis parejas monozigóticas de gemelos que habían crecido separados, en las cuales, al menos, uno de los miembros era homosexualmente activo. Un reciente estudio de Bailey y Pillard (1991) corrobora estos resultados. De una muestra de 110 parejas de gemelos comprobaron que el 52% de los gemelos idénticos de homosexuales eran también andrófilicos, contra un 22% de los gemelos no-idénticos, y sólo el 11% en el caso de los hermanos adoptivos. Los resultados obtenidos de una muestra de 61 pares de gemelos por Witham, Diamond y Martin (1993) son similares: una concordancia del 65% para los gemelos idénticos y un 30% en el caso de los no-idénticos. A pesar de que los resultados de los estudios divergen sensiblemente, demuestran que la composición genética es un elemento considerable de la orientación sexual. También existe una gran concordancia en el caso de la homosexualidad de las mujeres (Whitam *et al.* 1993). Sin embargo, cuando las parejas no coincidían la divergencia en la escala de Kinsey era mayor. Podía darse el caso de que uno estuviera en un extremo (seis) y el otro en el otro

(cero). Porqué los gemelos idénticos que comparten la misma información genética y educación, pueden llegar a ser tan distintos es algo que todavía no puede explicarse. Tienen que haber otros factores que interactúen.

Ray Blanchard *et al.* están llevando a cabo otro estudio de familias. En este caso demuestran un efecto del orden de nacimiento sobre la homosexualidad masculina: los hermanos menores tienen más probabilidades de ser homosexuales que los mayores. Por el contrario, la homosexualidad femenina parece no tener ninguna relación con el orden de nacimiento. Se han formado hipótesis respecto a un tipo de respuesta inmunológica durante el embarazo de los últimos hijos, así como un fenómeno del RH (Blanchard, 1997; Blanchard & Sheridan, 1992; Blanchard & Zucker, 1994; Blanchard, Zucker, Cohen-Kettenis, Gooren & Bailey, 1996; Blanchard, Zucker, Siegelman, Dickey & Klassen, 1998). Cabe mencionar el trabajo de Hall y Kimura (1994). Estos investigadores demuestran que las huellas dactilares de la población masculina androfílica difieren de las de la población ginecófilica. Ya que estos dibujos se forman antes del nacimiento, se deduce que no hay ninguna fuerza social involucrada.

Hoy en día, el interés por los estudios sobre el cerebro y los genes ha aumentado sustancialmente. Algunos estudios de los Países Bajos y los Estados Unidos indican que las estructuras cerebrales de los homosexuales difieren de las de los heterosexuales. Los holandeses F. Swaab y M.A. Hofman (1990) han descubierto que la región del cerebro llamada núcleo supraquiasmático es más grande en los hombres androfílicos que en los ginecófilicos, y Simon, mientras que Le Vay de los Estados Unidos ha descrito una región del hipotálamo (núcleo intersticial del hipotálamo anterior) menor en los hombres homosexuales y mujeres que en los hombres heterosexuales (Le Vay, 1991; 1993). William Byne ha verificado estas diferencias masculinas y femeninas (1999). Todavía queda por examinar el cerebro de las lesbianas. Otros estudios también han descubierto distintas áreas del cerebro que son diferentes en los hombres y mujeres y que estas diferencias están asociadas tanto con las funciones reproductoras como con las no reproductoras (Allen & Gorski, 1992; Allen, Hines Shryne & Gorski, 1989; Collaer & Hines, 1995; Hines, 1993; Hines, Chiu, McAdams & Bentler, 1992).

Las voces más críticas con estas investigaciones señalan que no se indaga acerca de las causas, la identidad y comportamiento común de la heterosexualidad. Esto no es cierto. El desarrollo y comportamiento normal han sido extensamente estudiados. Para muchos investigadores, la homosexualidad y la heterosexualidad son dos caras de la misma moneda; el estudio de las fuerzas del desarrollo de un tipo de comportamiento ayuda a entender el otro. Los siguientes estudios ejemplifican casos en los cuales el componente biológico de la heterosexualidad se impone por encima del condicionamiento social que representa una educación orientada a la mujer pero que recibe un hombre, incluso cuando esta educación se complementa con tratamientos de estrógenos.

Hay un caso espectacular ampliamente conocido por la literatura científica como el caso John/Joan. Es el caso de un niño que accidentalmente se quemó el pene. A partir de este momento (17 meses) sus padres le educaron como a una niña. A pesar de todos los esfuerzos de la familia para que Joan se adaptara a su situación, ésta se rebeló (Diamond, 1982). Tan pronto como le fue posible, Joan empezó a vivir como un hombre (seudónimo John) y se hizo la cirugía para eliminar sus pechos - pechos que se habían desarrollado gracias a la administración de estrógenos- y crear un pene. John se identificó como un varón ginecófilico con claras actitudes y gestos masculinos. Ahora vive como un hombre casado con niños adoptados (Colapinto, 1997; Diamond & Sigmundson, 1997).

El trabajo de J. Imperato-McGinley también ilustra casos similares (Imperato-McGinley, Guerrero, Gautier & Peterson, 1974; Imperato Mc-Ginley & Peterson, 1976; Imperato-McGinley, Peterson, Gautier & Sturla, 1979). Entre un grupo de la población de la República Dominicana se descubrió que algunos hombres habían nacido sin pene, debido a un capricho genético. Los padres creyeron que sus hijos eran niñas y las educaron como tales. Sin embargo, esta condición genética les hizo desarrollar en la pubertad su pene y escroto. A pesar de haber estado educados como niñas desde la cuna, 17 de 18 de estos adolescentes prefirieron vivir como varones heterosexuales. Educarles como niñas destinadas a casarse con un hombre influyó muy poco en su orientación o identidad sexual adulta. Rösler *et al.* (Kohn, Lasch, El-Shawwa, Litvan & Rösler, 1985; Rösler, 1992; Rösler & Kohn, 1983) descubrieron resultados similares con hombres nacidos en Gaza y educados como niñas e incluso en mis propias investigaciones he encontrado casos similares. Otros investigadores, e.g. (Méndez *et al.*, 1995; Mendonca *et al.*, 1996) encontraron en México y Brasil hombres que habían nacido con el fenotipo femenino y que habían sido educados como mujeres. Estos casos refuerzan el argumento que la orientación e identidad sexual se deben más a una predisposición prenatal inducida que sólo a la educación social. Referente a los casos más recientes, se ha argumentado que los padres de estos niños sabían con antelación que iban a cambiar el sexo del niño y por eso no constituyen una prueba válida de la cuestión educación-predisposición genética (Gooren, Fliers & Courtney, 1990; Herdt, 1990). Este argumento vale para los últimos casos estudiados, pero no lo es en los casos anteriores a la asociación con la medicina moderna.

INFLUENCIAS LEGALES Y SOCIALES

Actualmente más que la dicotomía naturaleza vs. cultura, se aboga por una interacción entre ambas fuerzas. Las reglas, códigos, tradiciones e ideales de la sociedad -el entorno- también interactúan en la estructuración del comportamiento de un individuo. Estas influencias modifican y ejercen a favor o en contra de cualquier sesgo de comportamiento inherente. Así pues, el concepto más aceptado hoy en día por la comunidad científica es el de un conjunto de efectos que

interactúan (Diamond, 1965; 1979; 1992; 1993a; Binstock & Kohl, 1996; Ellis, 1996; Unger & Crawford, 1992): *Predisposición genético-endocrina + Influencias Sociales = Comportamiento*.

De aquí se deduce una cuestión fundamental. Si la educación sólo tiene un papel secundario en el proceso de estructuración de la identidad de una persona, ¿cómo llega a saber una persona qué y quién es? Esto se logra comparándose con los otros. Todos los niños tienen en común que se comparan con los otros a medida que van creciendo (Goldman & Goldman, 1982). Al hacerlo, de forma consciente o inconsciente, analizan sus sentimientos interiores y sus preferencias de comportamiento en comparación con las de los compañeros. Uno de los análisis más cruciales que alguien hace es “a quién me parezco y a quién no me parezco.”

Consideremos cuatro escenarios diferentes: desarrollo típico; desarrollo de un individuo transexual; desarrollo de una persona transexuada; desarrollo de un individuo a quien le han cambiado el sexo. Los niños normales se ven como los otros niños o niñas, sus intereses y comportamientos son similares, y aceptan con facilidad su etiqueta sexual. No tienen ninguna razón para cuestionar sus identidades. Su comportamiento e intereses no tienen nada que ver con sus genitales. Estos niños pueden darse cuenta de las diferencias genitales, pero normalmente no entienden que son cruciales para clasificar el género o identidad; cabello largo, vestidos, y comportamientos son las típicas señales que los niños utilizan para discernir los hombres de las mujeres (Goldman & Goldman, 1982).

El varón transexual también se compara con los otros y se da cuenta de que es diferente de los otros. Al principio esto le confunde pero a nivel básico reconoce que sus intereses son diferentes de los de sus compañeros del mismo sexo. Sin entender dónde o cómo se desarrollan estos sentimientos sabe que es diferente de los otros niños y se ve como a un “no-niño”; algo raro. Con el tiempo se da cuenta que se parece más a las niñas, pero la presencia de los genitales le confunde. Los padres, profesores y los otros le llaman “niño” y quiere creerles o al menos no decepcionarles. La discordancia entre lo que es y lo que cree que es o quiere ser no le deja considerar otra opción que la de continuar viviendo como un niño. Después de un gran esfuerzo mental y con gran temor, el varón transexual llega a la siguiente conclusión: “el sentimiento de ser una mujer y querer vivir como tal es desbordante. Debo intentar vivir como una mujer y ser la mujer que creo ser y debería ser”. Por lo tanto intenta vivir como lo haría una mujer. Al principio es sólo la forma de vestir. Más tarde quiere operarse los genitales y sustituirlos por una vagina e incrementar el volumen de los pechos. Generalmente todas estas revelaciones suceden durante la pubertad, pero no es hasta la época adulta, cuando las condiciones sociales y económicas lo permiten, que ocurre la transformación. La imagen inversa a esta transformación es el camino que sigue la mujer transexual.

El individuo intersexuado experimenta una secuencia de desarrollo algo diferente. Con el crecimiento, el niño intersexuado se compara con los otros y se da

cuenta de las diferencias. Con un grado de flexibilidad que no tienen ni el niño típico ni el transexual, el transexuado intenta ajustarse y “encajar”. Frecuentemente, sin embargo, éste es un proceso difícil y el cuerpo y la mente entran en conflicto; especialmente si sus genitales no concuerdan con lo que él cree que es. El individuo intenta llegar a una solución. Con gran dificultad y dolor psíquico, el intersexuado se integra en la sociedad identificándose como un hombre, mujer o intersexuado.

Por último cabe considerar al niño que ha sido castrado y renombrado como una niña. Este individuo también se compara con los otros y se da cuenta de que es diferente de las otras niñas. Al principio esto le confunde pero reconoce que sus intereses no son iguales a los de las otras chicas. Sin llegar a entender dónde y cómo se han desarrollado estos sentimientos sabe que es diferente de las otras niñas y se ve como a una “no-niña”; como algo extraño. Con el tiempo se identifica como a un niño pero la falta del pene le confunde. Los padres, médicos y todos los otros le llaman “chica” y quiere creerles. La discreción que normalmente conlleva su cambio de sexo no le deja otra opción que considerar seguir viviendo como una chica. Ya que el pensamiento le parece extravagante incluso para él, pocas veces lo comenta con sus padres o si lo hace estos parecen ignorar sus sentimientos. Después de darle muchas vueltas llega a la siguiente conclusión: “si no soy una chica y no soy “eso” entonces seré seguramente un chico”. A partir de este momento se identifica como un chico y desea implantarse un pene para desarrollarse como un hombre. También, como en el caso de los transexuales, estas revelaciones le ocurren durante la pubertad, pero la transformación no llegará hasta que las condiciones le sean más favorables.

Para cada individuo los cinco componentes PRIMO del perfil sexual de una persona se evalúan para integrar de la mejor forma posible las necesidades personales con las capacidades. Esto es un compromiso que inmiscuye las fuerzas genético-endocrinas y las condiciones sociales y culturales y las relaciones interpersonales (Diamond, 1979; 1995; 1997; 1999). La resolución de estas fuerzas concurrentes puede dar lugar a individuos intersexuados educados como un sexo que posteriormente se identifiquen con el opuesto o que vivan con aspectos de ambos. Lo mismo puede ocurrir con los individuos a quienes se les ha cambiado el sexo de pequeños o a los transexuales.

Las restricciones legales, generalmente reflejo de las actitudes sociales, pueden modificar el comportamiento escogido. Cualquier comportamiento homosexual, transgénico o divergente es difícil o imposible si las sanciones legales, culturales o sociales contra esta actividad son suficientemente fuertes. En algunas sociedades islámicas existen prohibiciones estrictas contra cualquier expresión sexual pública, incluso besarse en público o mostrar partes descubiertas de los brazos o piernas. El castigo para estas ofensas menores puede ser la cárcel o la flagelación. En el caso del comportamiento homosexual se llegan a aplicar largas penas de cárcel e incluso la pena de muerte. Los liberales pakistaníes y algerinos

están llevando a cabo una lucha para abolir la pena de muerte en caso de homosexualidad y el adulterio. En estos países es prácticamente imposible observar conductas homosexuales o transexuales en público ya que representaría peligro de muerte.

No existe ninguna cultura en la cual se anime, se propicie o se prefiera la relación homosexual adulta. Existen, sin embargo, algunas sociedades en las cuales la relación sexual con el mismo sexo entre niño-adulto se fomenta. Estas relaciones sexuales entre el mismo sexo no representan, sin embargo, el tipo de actividad sexual preferido, ya que no son consecuencia de deseos eróticos. Este es el caso de los Kaluli de Nueva Guinea donde todos los chicos son penetrados analmente por los hombres (Schiefenhovel, 1990). Entre los Sambias de Nueva Guinea los chicos estimulan el pene de los adultos para obtener su semen (Herdt, 1984; Herdt & Davidson, 1988). En estas culturas se cree que estas prácticas permiten la transmisión de la masculinidad de los hombres a los chicos. Cuando estos chicos llegan a la edad viril, a pesar del “entrenamiento” sexual que han tenido, empiezan a mantener relaciones eróticas heterosexuales. Hay muchas culturas que muestran comportamientos que serían considerados sexuales en el mundo occidental pero que no tienen ningún contenido erótico en estas sociedades en cuestión (ver e.g., Diamond, 1990; Herdt & Davidson, 1988).

En algunas tradiciones, las actividades homosexuales o travestidas fueron aceptadas con ecuanimidad e incluso se consideraban prácticas de los dioses. En el Mahabharata, el poema épico hindú clásico sobre el bien y el mal, el dios Krishna se considera ambifílico; en un episodio se viste como una mujer y tiene la primera experiencia sexual con el primer hijo de Artun, el gran guerrero. Hay otros dioses hindúes que son abiertamente gays. En muchos de los jefes de las islas habían tenido amantes de ambos sexos (Diamond, 1990; Malo, 1951).

Otra consideración más prosaica pero no por eso menos importante que afecta a los transexuales, intersexuados o individuos castrados es cómo cambiar los documentos legales que confirmen su nuevo *status*. En algunas jurisdicciones estos cambios son difíciles o prácticamente imposibles de obtener. Parece una desatención a uno de los derechos humanos civiles más importantes: el derecho a vivir sexualmente tal como uno desea protegido por la ley.

EL SIGNIFICADO DE SER DIFERENTE

Para algunas personas, ser diferente es una decisión consciente. Para otros no es ninguna elección. Son diferentes de nacimiento o debido a hechos sobre los cuales no han podido ejercer ningún control. Y la sociedad los rechaza o acepta según sus mitos culturales, creencias y códigos. Desde un punto de vista general, hay muchas similitudes entre las culturas en cuanto a sus reacciones, pero también existen diferencias dramáticas. No es una cuestión de lo correcto versus lo que está mal, sino sobre lo diferente. En cualquier sociedad puede producirse una respuesta

neutral, una reacción a un peligro percibido, o una percepción de que es un regalo de los dioses y que requiere un agradecimiento especial (Diamond, 1992).

El amplio campo de los comportamientos sexuales puede asemejarse a una cena de recepción de las Naciones Unidas. Pero mientras que los que aprecian las diferentes experiencias gastronómicas por sus matices sutiles pueden obtener el título de gourmet, la sociedad es menos tolerante con los que estiman las diferentes experiencias sexuales. Esto ocurre incluso cuando los participantes son adultos y actúan voluntariamente, llevando sus asuntos en privado. Debido al desarrollo de las ideas sobre la libertad personal e individual, existe una mayor esperanza para la tolerancia y aceptación de dichas diferencias.

Para una comprensión global y completa de la sexualidad de una persona se deben considerar como mínimo cinco componentes de la personalidad, del comportamiento y de la biología. Estos componentes se pueden recordar fácilmente mediante el mnemotécnico PRIMO: Patrones de género, Reproducción, Identidad sexual, Mecanismos sexuales, y Orientación sexual.

Palabras clave: sexualidad, heterosexualidad, homosexualidad, transexualidad, intersexualidad, determinantes socio-culturales.

Traducción: Ariadna Villegas i Torras

Referencias bibliográficas:

- ALLEN, L.S., & GORSKI, R.A. (1992). Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 89 (Aug.), 7199-7202.
- ALLEN, L.S., HINES, M., SHRYNE, J.E., & GORSKI, R.A. (1989). Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *The Journal of Neuroscience*, 9 (2), 497-506.
- BAILEY, J.M., & PILLARD, R.C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48 (December), 1089-1096.
- BENJAMIN, H. (1996). *The Transsexual Phenomenon*. New York: The Julian Press, Inc.
- BLACKLESS, M., CHARUVA STRA, A., DERRYCK, A., FAUSTO-STERLING, A., LAUZANNE, K., & LEE, E. (In Press). How Sexually dimorphic Are We. *American Journal of Human Biology*.
- BLANCHARD, R. (1997). Birth order and sibling sex ratio in homosexual versus heterosexual males and females. *Annual Review of Sex Research*, 8 (4), 27-67.
- BLANCHARD, R., & SHERIDAN, P.M. (1992). Sibling size, sibling sex ratio, birth order, and parental age in homosexual and nonhomosexual gender dysphorics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (1), 40-47.
- BLANCHARD, R., & ZUCKER, K.J. (1994). Reanalysis of Bell, Weinberg, and Hammersmith's Data on Birth Order, Sibling Sex Ratio, and Parental Age in Homosexual Men. *American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1375-1376.
- BLANCHARD, R., ZUCKER, K.J., COHEN-KETTENIS, P.T., GOOREN, L.J.G. & BAILEY, J.M. (1996). Birth order and sibling sex ratio in two samples of Dutch gender-dysphoric homosexual males. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 495-514.

- BLANCHARD, R., ZUCKER, K.J., SIEGELMAN, M., DICKEY, R., & KLASSEN, P. (1998). The relation of birth order to sexual orientation in men and women. *Journal of Biosocial Science*, 30, 511-519.
- BLUMSTEIN, P., & SCHWARTZ, P. (1977). Bisexuality: Some Social Psychological Issues. *Journal of Social Issues*, 33 (2), 30-45.
- BLUMSTEIN, P., & SCHWARTZ, P. (1983). *American Couples*. New York: William Morrow.
- BOLIN, A. (1987). In *Search of Eve: Transsexual Rites of Passage*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey.
- BYNE, W. (1988). *Re INH#3*. Paper presented at the Roger Gorski Symposium, UCLA.
- CARRIER, J. (1980). Homosexual behavior in cross-cultural perspective. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal*. New York: Basic Books.
- COLAPINTO, J. (1997). The true story of John/Joan. *Rolling Stone*, (December 11), 54-58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72-73, 92, 94-97.
- COLLAER, M.L., & HINES, M. (1995). Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development. *Psychological Bulletin*, 118 (1), 55-107.
- DIAMOND, M. (1965). A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior. *Quarterly Review of Biology*, 40, 147-175.
- DIAMOND, M. (1976). Human sexual development: biological foundation for social development. In F. A. Beach (Ed.), *Human Sexuality in Four Perspectives* (pp. 22-61): The John Hopkins Press.
- DIAMOND, M. (1979). Sexual Identity and Sex Roles. In V. Bullough (Ed.), *The Fourniers of Sex Research* (pp. 33-56). Buffalo, N.Y.: Prometheus.
- DIAMOND, M. (1982). Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 181-185.
- DIAMOND, M. (1990). Selected Cross-Generational Sexual Behavior in Traditional Hawaii: A Sexological Ethnography. In J. Feerman (Ed.), *Pedophilia: Biosocial Dimensions* (pp. 422-443). New York: Springer-Verlag.
- DIAMOND, M. (1992). *Sex Watching: Looking into the World of Sexual Behavior*. London: Prion Press, Multimedia Books, Ltd.
- DIAMOND, M. (1993a). Some Genetic Considerations in the Development of Sexual Orientation. In M. Haug, R.E. Whalen, C. Aron & K.L. Olsen (Eds.), *The Development of Sex Differences and Similarities in Behavior* (Vol. 73, pp. 291-309). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- DIAMOND, M. (1993b). Homosexuality and Bisexuality in Different Populations. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 291-311.
- DIAMOND, S. (1995). Biological Aspects of Sexual Orientation and Identity. In L. Diamant & R. McNulty (Eds.), *The Psychology of Sexual Orientation, Behavior and Identity: A Handbook* (pp. 45-80). Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- DIAMOND, M. (1997). Sexual Identity and Sexual Orientation in Children with Traumatized or Abiguous Genitalia. *Journal of Sex Research*, 34, 199-222.
- DIAMOND, M. (1999). Pediatric Management of Ambiguous Genitalia and Traumatized Genitalia. *Journal of Urology*.
- DIAMOND, M., BINSTOCK, T., & KOHL, J.V. (1996). From fertilization to adult sexual behavior: Nonhormonal influences on sexual behavior. *Hormones and Behavior*, 30 (December), 333-353.
- DIAMOND, M., & SIGMUNDSON, H.K. (1997). Sex Reassignment at Birth: Long Term Review and Clinical Implications. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151 (March), 298-304.
- DOCTER, R.F. (1990). *Travestites and Transsexuals: Toward a Theory of Cross-Gender Behavior*. New York: Plenum Press.
- ECKERT, E., BOUCHARD, T., BOHLEN, J., & HESTON, L. (1986). Homosexuality in Monozygotic Twins Reared Apart. *British Journal of Psychiatry*, 148, 421-425.
- ELLIS, L. (1996). A discipline in peril: Sociology's future hinges on curing its biophobia. *American Sociologist*, 27, 21-41.
- GAGNON, J.H., & SIMON, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Origins of Human Sexuality*. Chicago: Aldine.
- GOLDMAN, R., & GOLDMAN, J. (1982). *Children's sexual thinking: A comparative study of children aged 5 to 15 years in Australia, North America, Britain, and Sweden*. London, England: Routledge & Kegan Paul.
- GONSIORREK, J.C. (1980). What health care professionals need to know about lesbians and gay men. In M.J. et al. (Ed.), *Psychological factors in health care*. Lexington, MA: D.C: Heath.
- GOOREN L., FLIERS, E., & COURTNEY, K. (1990). Biological Determinants of Sexual Orientation. In J. Bancroft (Ed.), *Annual Review of Sex Research* (Vol. 1, 175-196). Lake Mills, Iowa: The Society for the Scientific Study of Sex.

- GREEN, R., & MONEY, J. (1969). *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore, MD: The John Hopkins Press.
- HALL, J.A.Y., & KIMURA, D. (1994). Dermatoglyphic asymmetry and sexual orientation in men. *Behavioral Neuroscience*, 108 (6), 1203-1206.
- HERDT, G. (1990). Mistaken Gender: 5-Alpha reductase hermaphroditism and biological reductionism in sexual identity reconsidered. *American Anthropologist*, 92, 433-446.
- HERDT, G.H. (1984). Ritualized homosexual behavior in male cults of Melanesia, 1962-1983: An Introduction. In G. H. Herdt (Ed.), *Ritualized homosexuality in Melanesia* (pp. 1-82). Berkeley: University of California Press.
- HERDT, G.H. & DAVIDSON, J. (1988). The Sambia "turnim-man": sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohermaphrodites with 5-alpha- reductase deficiency in Papua New Guinea. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 33-56.
- HINES, M. (1993). Hormonal and neural correlates of sex-typed behavioral development in human beings. In M. Haug, R.E. Whalen, C. Aron & K.L. Olsen (Eds.), *The Development of Sex Differences and Similarities in Behavior* (131-149). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- HINES, M., CHIU, L., MCADAMS, L.A., & BENTLER, P. (1992). Cognition and the corpus callosum: verbal fluency, visuospatial ability, and language lateralization related to midsagittal surface areas of callosal subregions. *Behavioral Neurosciences*, 106 (1), 3-14.
- IMPERATO-MCGINLEY, J., GEURRERO, L., GAUTIER, T., & PETERSON, R.E. (1974). Steroid 5a reductase deficiency in man: An inherited form of pseudohermaphroditism. *Science*, 186, 1213-1215.
- IMPERATO-MCGINLEY, J., & PETERSON, R.E. (1976). Male Pseudohermaphroditism: The Complexities of Male Phenotypic Development. *American Journal of Medicine*, 61, 251-272.
- IMPERATO-MACGINLEY, J., PETERSON, R.E., GAUTIER, T., & STURLA, E. (1979). Male pseudohermaphroditism secondary to 5-alpha-reductase deficiency: a model for the role of androgens in both the development of the male phenotype and the evolution of a male gender identity. *Journal of Steroid Biochemistry*, 11(1B), 637-645.
- JULIAN, J. (1973). *Social Problems*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- KALLMANN, F.J. (1952a). Twin and sibship study of overt male homosexuality. *American Journal of Human Genetics*, 4, 136-146.
- KALLMANN, F.J. (1952b). Comparative twin study on the genetic aspects of male homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 115, 283-298.
- KALLMANN, F.J. (1963). Genetic aspects of sex determination and sexual maturation potentials in man. In G. Winkour (Ed.), *Determinants of Human Sexual Behavior* (pp. 5-18). Springfield: Charles C. Thomas.
- KINSEY, A.C., POMEROY, W.B., & MARTIN, C.E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia and London: W.B. Saunders Company.
- KINSEY, A.C., POMEROY, W.B., MARTIN, C.E., & GEBHARD, P.H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia and London: W.B. Saunders Company.
- KIPNIS, K., & DIAMOND, M. (1999). Pediatric Ethics and the Surgical Assignment of Sex. *The Journal of Clinical Ethics*, 9 (4), 398-410.
- KOHN, G., LASCH, E.E., EL-SHAWWA, R., LITVAN, Y., & RÖSLER, A. (1985). Male pseudohermaphroditism due to 17B-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency (17-BHSD) in a large Arab kinship. Studies on the natural history of the defect. *Journal of Pediatric Endocrinology*, 1 (1), 29-37.
- LEVAY, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253 (August), 1034-1037.
- LEVAY, S. (1993). *The Sexual Brain*. Boston: MIT Press.
- MALO, D. (1951). *Hawaiian Antiquities* (2nd ed.). Honolulu: Bernice P. Bishop Museum.
- MARTIN, D., & LYON, P. (1972). *Lesbian/woman*. New York: Bantam.
- MENDEZ, J.P., ULLOA-AGUIRRE, A., IMPERATO-MCGINLEY, J., BRUGMANN, A., DELFIN, M., CHAVEZ, B., SHACKLETOON, C., KOFMAN-ALFARO, S., & PEREZ-PALACIOS, G. (1995). Male pseudohermaphroditism due to primary 5 alpha-reductase deficiency: variation in gender identity reversal in seven Mexican patients from five different pedigrees. *Journal of Endocrinological Investigation*, 18 (3), 205-213.
- MENDONCA, B.B., INACIO, M., COSTA, E.M., ARNHOLD, I.J., SILVA, F.A., NICOLAU, W., BLOISE, W., RUSSEL, D.W., & WILSON, J.D. (1996). Male pseudohermaphroditism due to steroid 5a-reductase 2 deficiency. Diagnosis, psychological evaluation, and management. *Medicine*, 75 (2), 64-76.

- PILLARD, R., POUADERE, J., & CARRETTA, R. (1982). A Family Study of Sexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 11 (6), 511-520.
- PILLARD, R., & WEINRICH, J. (1986). Evidence of Familial Nature of Male Homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, 43, 808-812.
- REISS, I.L. (1986). *Journey into Sexuality: An Exploratory Voyage*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- RÖSLER, A. (1992). Steroid 17B-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency in man: An Inherited form of male pseudohermaphroditism. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 43 (8), 989-1002.
- RÖSLER, A., & KOHN, G. (1983). Male pseudohermaphroditism due to 17B-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: studies on the natural history of the defect and effect of androgens on gender role. *Journal of Steroid Biochemistry*, 19 (1), 663-674.
- SCHIEFENHÖVEL, W. (1990). Ritualized Adult-Male/Adolescent-Male Sexual Behavior in Melanesia: An Anthropological and Ethological Perspective. In J.R. Feierman (Ed.), *Pedophilia – Biosocial Dimensions* (pp. 394-421). New York: Springer-Verlag.
- SWAAB, D.F. & HOFMAN, M.A. (1990). An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research*, 537, 141-148.
- SMITH, T.W. (1991). Adult sexual behavior in 1989: Number of Partners, Frequency on intercourse and risk of AIDS. *Family Planning Perspectives*, 23 (3), 102-107.
- UNGER, R., & CRAWFORD, M. (1992). *Women & Gender: A feminist psychology*. New York: McGraw Hill.
- WITHAM, F., DIAMOND, M., & MARTIN, J. (1993). Homosexual Orientation in Twins: A report on 61 pairs and three triplet sets. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 187-206.

PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO EN LOS CASOS DE TRANSEXUALIDAD

Cristina Garaizabal Elizalde

Psicóloga del Programa de Transexualidad de la Clínica Isadora de Madrid

Transsexualism must be considered in the light of new definitions and prospects developed by surgical advances that permit genital changes. These anatomic alternatives question their psychological and social significance in contrast to the traditional perspectives that consider this phenomenon as an error of nature.

Key words: *transsexualism, genital changes, surgery.*

INTRODUCCIÓN

En casi todas las sociedades conocidas han existido personas que se vestían con ropa considerada como del sexo contrario y que, incluso, desarrollaban trabajos o se relacionaban socialmente como si fueran de un sexo diferente al que marcaba su biología. Ahora bien, la problemática de la persona transexual -tal y como se da hoy en nuestra sociedad- debe ser considerada al calor de las nuevas definiciones y de expectativas que se abren a partir de los avances médico-quirúrgicos que posibilitan la realización de operaciones de cambio de genitales. La existencia de transexuales en otras culturas nos sirve para ver que no estamos ante un “capricho postmoderno” y, obviamente, los estudios transculturales pueden ayudarnos a entender mejor cómo se construye la identidad de género en relación con una cultura dada. Ahora bien, las vivencias de las personas transexuales aquí y ahora tienen poco que ver con lo que les puede suceder a los fa’afafine de Samoa o a los seguidores del culto de Yellamma al sur de la India. Y para entenderlas es necesario recurrir a las definiciones modernas de la transexualidad, ya que este término como tal es de reciente creación, apareciendo por primera vez en los años 50 y popularizándose en la década de los 60, al calor de los avances médico-quirúrgicos.

El mismo propósito que lleva este artículo es deudor de esa medicalización de la transexualidad que se da actualmente en nuestras sociedades occidentales. ¿Por qué es necesario abordar los problemas del diagnóstico? Es más ¿realmente es

necesario diagnosticar a las personas transexuales?, ¿con qué objetivo?. ¿Se hace igualmente necesario diagnosticar a los hombres o las mujeres “verdaderos”?

Si me planteo este tipo de preguntas no es por un mero ejercicio literario, sino porque considero que muchas de las situaciones que viven las personas catalogadas como transexuales no dejan de ser variables posibles del desarrollo de la identidad de género. Desarrollo que no sería considerado patológico ni disfórico (“disforia de género” es el concepto utilizado actualmente en el DSM-IV para referirse a la transexualidad), si la conceptualización de los géneros en masculino y femenino, de manera dicotómica y sin *continuum*, no fuera tan normativa como lo es en las sociedades occidentales.

La transexualidad es vista y conceptualizada como una “anormalidad” porque estamos en una sociedad que considera que existe “un sexo verdadero” -como dice Foucault- y que es aquél que viene determinado por la biología. Como los estudios transculturales demuestran, esta idea es una exigencia de las sociedades modernas que no siempre ha existido de la misma manera. Dice Foucault en el escrito. El sexo verdadero:

“Las teorías biológicas de la sexualidad, las concepciones jurídicas sobre el individuo, las formas de control administrativo en los Estados modernos han conducido paulatinamente a rechazar la idea de una mezcla de los dos sexos en un solo cuerpo y a restringir, en consecuencia, la libre elección de los sujetos dudosos. En adelante, a cada uno un sexo y uno solo. A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o, incluso, simplemente ilusorios (...). Desde el punto de vista del derecho, esto implica evidentemente la desaparición de la libre voluntad de elegir.” (2)

Las conceptualizaciones tan rígidas que se hacen de los géneros (entendiéndolos como polaridades alternativas) es fundamental para entender el rechazo que sufren las personas que manifiestan roles, aptitudes o deseos que son atribuidos socialmente al sexo contrario. Asimismo, las concepciones subyacentes a los géneros y al proceso de adquisición de la identidad de género constituyen uno de los principales problemas del diagnóstico de la transexualidad y de su propia definición.

En un primer momento la transexualidad, tal y como la definió el endocrino estadounidense Harry Benjamin en 1954, era vista como una “enfermedad” que no podía ser “curada” por psicoterapia y que por lo tanto exigía la adecuación del cuerpo a la convicción psicológica de pertenencia al género opuesto al sexo biológico. Las discusiones sobre la legalidad o no de las operaciones de cambio de sexo ocuparon los principales debates científicos de esta primera época, deteniéndose bastante poco en profundizar sobre la propia transexualidad. Con la popularización de las intervenciones de cambio de sexo, fundamentalmente en EEUU, la

literatura médica profundiza en la propia definición de transexual así como en el diagnóstico, la etiología y el tratamiento de ésta.

Aquí en el Estado español las operaciones de cambio de sexo son un fenómeno muy reciente. Hasta la reforma del Código Penal de 1983 eran consideradas como mutilaciones graves y perseguidas penalmente. Por otra parte, con el gobierno socialista y siendo ministra de sanidad Angeles Amador, las intervenciones de cambio de sexo quedaron explícitamente excluidas de la lista de prestaciones de la sanidad pública..

En la actualidad, únicamente el Servicio Andalucía de Salud las tiene incluidas entre sus prestaciones sanitarias, gracias a un reciente Decreto del Parlamento de Andalucía. Ante este panorama, lógicamente, casi todas las intervenciones de cambio de genitales se realizan en las clínicas privadas, no existiendo legislación que unifique cómo deben desarrollarse éstas. Los protocolos utilizados en los cinco centros que se sabe que realizan este tipo de intervenciones (dos en Madrid y el resto en Zaragoza, Valencia y Barcelona) son diversos y, en lo que yo conozco, en los foros médicos, psiquiátricos o sexológicos apenas se ha iniciado la discusión sobre estos asuntos.

En la Clínica Isadora de Madrid se inicia el Programa de Transexualidad en 1994 a partir de la demanda de un colectivo de transexuales que tenían contactos con la cátedra de Transexualidad de la Universidad Libre de Amsterdam. Para ello se monta un equipo profesional multidisciplinar que pueda abarcar todo el proceso de transexualización. Los protocolos que se siguen son los definidos por la Asociación Internacional “Harry Benjamin”. Dichos protocolos son los siguientes:

- Información sobre el proceso y los protocolos que rigen en la Clínica Isadora.
- Visita con la psicóloga que constata que efectivamente se trata de un caso de transexualidad. Esta constatación está basada en los criterios del DSM-IV:

Persistente disconformidad e inadecuación respecto al propio sexo anatómico.

Persistente preocupación durante al menos dos años por deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias del propio sexo y por adquirir las del otro sexo.

La persona ha alcanzado la pubertad.

Esta preocupación no es debida a una enfermedad mental como, por ejemplo, la esquizofrenia.

- Una vez constatado esto se da paso a la terapia hormonal y se continúa con el apoyo terapéutico.

- Terapia Hormonal durante al menos 1 año y medio o 2 previo a la intervención de cambio de genitales. Durante esta fase pueden realizarse otras intervenciones de cambio de características sexuales como la mastectomía o la histerectomía.

- La intervención de cambio de genitales

LA DECISIÓN SOBRE QUIÉN PUEDE OPERARSE

El papel atribuido al profesional de la psicología, tanto en la literatura médica, en la jurisprudencia, así como por parte del propio colectivo transexual que acude a la clínica suele ser el de decidir si se puede acceder o no a la operación, según se reúnan los requisitos que determinen quién es “verdadero” transexual y quién no lo es. Desde mi punto de vista la idea de atribuir al profesional de la psicología el poder de decisión sobre la operación es errónea por diferentes motivos.

Por un lado, porque no existen pruebas diagnósticas objetivas ni fiables que determinen quién es verdaderamente transexual. De hecho casi todos los protocolos están basados en las condiciones que Stoller (uno de los teóricos de la transexualidad) definía como imprescindibles en su libro *Sex and Gender*, escrito en 1968. Estas condiciones eran:

- Ser afeminado.
- No haber pasado por etapas de masculinidad ni haberse considerado hombre.
- Haber expresado la feminidad desde etapas tempranas.
- No dar valor al pene.
- No haber estado casado ni tener hijos.
- No tener delirios.

Desde mi punto de vista estos criterios adolecen de partir de una idea excesivamente determinista y monolítica de la identidad de género. Las teorías explicativas del proceso de adquisición de género en las personas transexuales son discusiones abiertas que distan mucho de haber llegado a conclusiones comunes. Si bien, en casi todas ellas parece existir una confusión teórica y metodológica entre rol de género e identidad. Esta confusión ha llevado a que muchas veces se utilicen como pruebas diagnósticas escalas de feminidad y masculinidad ancladas en estereotipos de género absolutamente desfasados hoy en día (véase, como ejemplo, la escala de M-F del MMPI). El diagnóstico que podemos hacer, por lo tanto, es más para excluir cualquier patología que pueda ser agudizada bien por el tratamiento hormonal o por la intervención de cambio de genitales que para demostrar quién es “verdadero” transexual. Lo cual no significa que nuestra función acabe aquí, como más adelante explicaré.

En segundo lugar porque atribuir ese poder de decisión a los profesionales de la psicología implica reforzar el poder que, en general, todos nosotros tenemos para interpretar y crear realidades compartidas con las personas que acuden a nosotros. La buena disposición, las ganas de la persona transexual de “cooperar” para conseguir el “visto bueno” para la intervención les lleva muchas veces a la construcción de “biografías adecuadas”, escondiendo y camuflando la propia historia de manera que ésta resulte adecuada a los criterios previamente definidos por la clínica. En definitiva, la relación está mediatizada por una serie de implícitos que oscurecen -cuando no ocultan- las particularidades de la historia individual.

Todo ello dificulta la labor de acompañamiento y apoyo terapéutico. Cuando se ve al terapeuta más como juez, en cuya manos está la decisión sobre la intervención quirúrgica, es prácticamente imposible la creación del clima de confianza necesario e imprescindible para cualquier relación terapéutica.

Por todo ello, me parece importante que la decisión última sobre la intervención esté en manos de la personal transexual y no de los profesionales médicos o psicólogos. Tan sólo, en caso de existencia de una patología contraria a la intervención ésta debe ser claramente desaconsejada por nosotros. Si no hay patologías y nos encontramos ante la fuerte convicción de la necesidad de ser sometidos a la intervención de cambio de genitales, debemos aspirar -como profesionales- a que esta determinación sea lo más responsable posible y esté basada en márgenes de libertad más amplios, de manera que la operación no sea tanto una necesidad imperiosa y obligatoria, como una opción tomada después de poder valorar otras opciones posibles.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO

Al calor de mi experiencia en la Clínica Isadora de Madrid he podido constatar que las personas que acuden demandando la intervención de cambio de genitales pueden encontrarse en fases muy diferentes del proceso de transexualización.

Por una parte, acuden personas transexuales que se encuentran en fases muy avanzadas del proceso (se manifiestan socialmente de manera permanente según el género deseado y están con tratamiento hormonal) y que desean la intervención quirúrgica como forma de culminar un camino empezado años atrás. Ante estos casos, además de excluir cualquier patología y de confirmar a través de la historia personal que nos hallamos ante un caso claro de transexualidad, lo más importante suele ser aclarar las expectativas que la operación despierta en estas personas.

La idea de que la operación significa un “volver a nacer” suele darse frecuentemente entre un sector de la población transexual. Esta idea lleva aparejada la negación de la historia anterior, historia plagada, generalmente, de ambigüedad y sufrimiento. Para muchas personas transexuales esta negación es frecuentemente imposible hacerla de manera fehaciente, pues, independientemente de la edad en la que se operen, existe siempre una historia anterior de vinculaciones y experiencias vividas que no puede ser borrada de un plumazo. Además, aun cuando esto fuera posible, no es, precisamente, un elemento que refuerce la autoafirmación personal y contribuya a la construcción de una identidad propia integrada, con una cierta línea de continuidad. Por el contrario, para conseguir esto último es necesario reconciliarse con uno o una misma y con su pasado, y esto no puede hacerse negando una parte del mismo, sobre todo cuando es vivido con vergüenza y como una “lacra”, como algo que debe ocultarse forzosamente, o mejor olvidarse.

Pretender iniciar una nueva vida totalmente distinta de la anterior después de la operación, es no tener en cuenta que el género no es el único elemento que

configura nuestra identidad personal, sin negar, por ello, que para todo el mundo en nuestras sociedades sea un elemento importante en su construcción y particularmente para aquellas personas que han sufrido por no adecuarse a lo prescrito socialmente. Tampoco en él pivota toda nuestra existencia. Que el entorno social niegue formas particulares de desarrollo de la identidad de género que no sean las que acaban pudiendo ser clasificadas como hombre o mujer, tiene, frecuentemente, serias repercusiones. Especialmente para las personas transexuales que sufren grandes presiones, que provocan que su vida acabe girando alrededor del género, convirtiéndolo en el elemento organizador de su identidad y sus experiencias. Pero la experiencia de vivir lleva aparejada la conjunción de muchos factores y significa desarrollar toda una serie de predisposiciones y características que, si bien tienen una relación con los géneros, no necesariamente se deducen de ellos. Posponer, como hacen algunas personas transexuales, el desarrollo personal y de la propia vida para después de la operación significa depositar en ésta unas expectativas exageradas que sólo acarrearán inadecuaciones, angustias y depresiones post-operatorias.

En otros casos las personas que acuden al Programa de Transexualidad lo hacen sin haber empezado el proceso. En estos casos lo más importante es el diagnóstico. Pero éste debe ser entendido, en muchos casos, como un proceso a través del cuál la persona va definiendo su propia identidad.

A veces nos encontramos con personas que tienen una clara conciencia de pertenencia al género opuesto al que socialmente marca su biología. Poder determinar sin prejuicios qué significa esto, en qué se manifiesta y qué instrumentos diagnósticos son los más adecuados es una tarea no exenta de dificultades. Desde mi punto de vista, el elemento fundamental a considerar es la convicción personal de pertenencia a un género y la necesidad de ser considerado socialmente como tal. Elementos tales como la orientación sexual o las características y aptitudes personales que tan frecuentemente acompañan las definiciones teóricas que se hacen de lo masculino y lo femenino deben ser sometidas a una mirada crítica. Primero, porque responden al sistema de géneros patriarcal, puesto en cuestión por el feminismo y por los cambios que se han dado en nuestras sociedades. Pero, también, porque podemos caer en el error de exigir a las personas transexuales una reproducción fidedigna de los rasgos más estereotipados de la masculinidad o la femineidad, rasgos que a estas alturas la mayoría de hombres y mujeres biológicos ya no reproducen y que se ha demostrado que no son precisamente una garantía para el desarrollo de una buena salud mental (ver estudios de Sandra Bem sobre la androginia para profundizar en esto).

Otra parte de la población que acude a la Clínica Isadora sin haber empezado el proceso de transexualización lo hace presentando una gran confusión sobre su identidad. La literatura clínica existente sobre estos temas (en los que se entrecruzan el género, el sexo y las prácticas sexuales) acostumbra a diferenciar muy claramente las categorías diagnósticas de travestismo y transexualidad. Sin pretender cuestio-

nar en este artículo la existencia de estas categorías, sí que me parece necesario tener en cuenta que, en la práctica, estas categorías no son tan estancas, cerradas e impermeables entre sí como la perspectiva clínica pretende demostrar. La riqueza y variedad de la experiencia humana difícilmente puede ser encerrada en los estrechos márgenes que estas categorías establecen. La vida de muchas personas que acuden al Programa de Transexualidad está llena de momentos de dudas y de confusión. Confusión que, en algunos casos, se va aclarando después de haber pasado por colectivos de lesbianas, de homosexuales o de travestis.

Asímismo estamos asistiendo últimamente a una presencia cada vez mayor de transexuales masculinos (3) (a diferencia de la literatura clínica sobre el tema trato como transexual masculino a aquella persona que teniendo un sexo biológico femenino se siente hombre y a la inversa con las transexuales femeninas). Entre otros motivos por las expectativas que despierta la posibilidad de ser intervenidos quirúrgicamente con mayores garantías que antaño. Frecuentemente acuden al programa en una fase muy temprana del descubrimiento de su “diferencia”, llenas de dudas sobre su identidad. En algunos de estos casos la resolución del conflicto no está dada de antemano, ni responde a una historia personal (como la que se define como propia de los transexuales) ni mucho menos a características intrínsecas de la persona. Por el contrario, las ideas que la persona tenga sobre la homosexualidad y la transexualidad (en algunos casos se considera más aceptable ser transexual porque se tiene la idea de que responde a causas biológicas, mientras que la homosexualidad se vive más como opción y, en otros, es lo contrario); los referentes personales y sociales; la identidad sexual de la pareja con quien se relacionen (me he encontrado a veces con personas que quieren un cambio de sexo porque sus parejas –de su mismo sexo- tiene una fuerte identidad heterosexual), y otros muchos factores de orden social suelen jugar un papel más importante en la definición personal que la propia dinámica interna. Ayudar a clarificar cuál es el deseo y la convicción personal íntima de quien acude a nosotros es una tarea a la que frecuentemente solemos enfrentarnos los profesionales de la psicología y que para que, en estos casos, sea fructífera es necesario despojarnos de esquemas mentales cerrados y pretendidamente seguros y atrevernos a ahondar en las vicisitudes del deseo haciéndonos cargo de las incertidumbres que ello conlleva.

Un último aspecto que quiero señalar es que tenemos que ser conscientes que no todas las personas que se transexualizan e inician el tratamiento hormonal desean llegar a la operación de cambio de genitales. Suelen personas que no sienten aversión hacia su genitalidad y que piensan que la operación puede suponerles perder parte del placer y del deseo sexual que experimentan. Desde mi punto de vista, esta posibilidad es tan legítima como la contraria y debe ser respetada por parte de los profesionales que debemos apoyar este deseo y ayudar a la persona a autoafirmarse en ello frente a las posibles incomprendiones y discriminaciones que, con toda probabilidad, sufrirá.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Espero que estas reflexiones, fruto de mi experiencia profesional, mis lecturas, y, sobre todo, mis relaciones personales, amistosas con gentes transexuales y mi participación en diferentes colectivos, sean de algún interés para quienes lo lean. Igualmente deseo que puedan servir de acicate para un intercambio de ideas y opiniones sobre la transexualidad, debate del que, en mi opinión, estamos muy necesitados en nuestra profesión.

He intentado plasmar a lo largo de este artículo las lagunas e interrogantes que el diagnóstico de la transexualidad suscita. El poco tiempo que llevamos los profesionales con esta experiencia, las elaboraciones teóricas excesivamente deudoras de viejos prejuicios sobre los géneros y la existencia de grupos organizados de transexuales que están revisando las definiciones que, desde la clínica, se han hecho de la transexualidad, todo ello colabora a que la realidad sea bastante más compleja y contradictoria que lo que a veces parece. Poder intervenir sobre ella de manera que ayudemos a mejorar la calidad de vida y la salud de miles de personas discriminadas y, en muchos casos, angustiadas por su identidad de género, implica abrir vías de debate entre los profesionales, pero un debate que, en parte, para ser realmente fructífero debe contar también con las organizaciones de transexuales pues en ellas se mueven muchas personas transexuales que no acuden a las Clínicas, entre otras cosas, porque no viven mal su transexualidad. Contar con ellas es imprescindible para conocer la realidad transexual de una manera más abierta y amplia que lo que permite la perspectiva estrictamente clínica y poder, así, reflexionar sin prejuicios.

La problemática actual de la transexualidad debe ser considerada a la luz de las nuevas definiciones y expectativas que se abren a partir de los avances médico-quirúrgicos que posibilitan la realización de operaciones de cambio de genitales. Estas alternativas anatómicas plantean de forma acuciante la cuestión de su significación psicológica y social frente a una perspectiva más tradicional que las considera un error de la naturaleza.

Palabras clave: *transexualismo, cambios genitales, cirugía.*

Referencias bibliográficas:

FOUCAULT, M. *Introducción a la historia de Herculine Barbin*. Editorial Revolución

EL INDIVIDUO, EL CUERPO Y EL TRANSGÉNERO

José Antonio Nieto

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Universidad Nacional de Educación a Distancia, Ciudad universitaria

28040 - Madrid

*Taking advantage of the 25th anniversary of the publication of *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality* and, in particular, of the concept of sexual scripts, we show as individuals, specifically transgenderists, construct their experiences, their lives. It is emphasized the transgender body construction; its autonomy, which is contrasted with the point of view of the medical concept of transsexuality. The emic dimension and the autobiographies are given significance.*

Key words: individual, body, autobiography, transgender

En este año, 1999, en que se celebra el 250 y el 100 aniversario del nacimiento de Goethe y Borges respectivamente, no está de más recordar que también se cumple el 25 aniversario de la publicación de “*Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*”. En este libro, sus autores, John H. Gagnon y William Simon, marcan un itinerario, de comprensión de la sexualidad, hasta entonces ignorado. *Sexual Conduct* es una obra fundacional. Seminal. De sus fuentes y de aportaciones teóricas posteriores, elaboradas por Gagnon y Simon, de forma conjunta o individualmente, se han beneficiado un nutrido grupo de sociólogos, antropólogos, estudiosos de género y feministas. Y también psicólogos y culturalistas.

Vinculados al Instituto Kinsey, pero insatisfechos con la línea cuantitativa de sus investigaciones, ponen especial énfasis en entender y analizar la sexualidad desde un punto de vista constructivista. Su sociología sexual incide en los individuos y en los significados que éstos dan a sus actos. Culturalizan la sexualidad o, si se quiere, precisando conceptualmente, rechazan las presunciones naturalistas, entonces imperantes. Rompen con los postulados que hacen de la heterosexualidad la única norma rectora de la conducta sexual. Muestran y airean el componente erótico, hasta el momento silenciado. Símbolo e interacción subjetiva, base del interaccionismo simbólico, cobran protagonismo. Sientan las bases de los llamados

sexual scripts, concepto fundamental que desarrollan sucesivamente. En fin, al lector interesado le remito al análisis retrospectivo que Gagnon y Simon han hecho de *Sexual Conduct* y lo que esta obra significó en 1974, año de publicación (en Schneider y Nardi 1999).

No obstante, quiero recordar, por su interés intrínseco, en que consisten los *sexual scripts*. Nadie mejor que el propio Gagnon (1990, pp.5-6) para recordarlo. En síntesis, los *scripts* engloban la comprensión de la sexualidad en cinco apartados. Uno: la conducta sexual está determinada histórica y culturalmente. Dos: el significado de la conducta sexual reside en la lectura de las actividades corporales de los individuos. Tres: la ciencia sexual, en igual medida, también viene determinada histórica y culturalmente. Cuatro: la organización de la sexualidad, en todos sus aspectos –adquisición, mantenimiento y desaprendizaje—, se da en el interior de la estructura social y la cultura. Cinco: el género y la sexualidad son manifestaciones expresivas, formas de conducta aprendida; se relacionan de forma diferente, según las culturas.

Por lo demás, los *sexual scripts* se manifiestan en tres ámbitos o niveles diferentes: nivel intrapsíquico, nivel interpersonal y nivel de cultura. El nivel intrapsíquico representa los contenidos de la vida mental del actor social. En parte es producto de la cultura y de la interacción social y en parte se manifiesta con independencia. El nivel interpersonal es el que opera en el sujeto al relacionarse con otros actores sociales. Marca la interacción social y constituye la base de los patrones del comportamiento social. El nivel de cultura, el escenario cultural, puede considerarse como el “manual de instrucciones” que rige la vida en sociedad (Gagnon, pp.9-10).

De todo lo anterior me interesa resaltar la importancia que se concede al individuo como sujeto de pensamiento, acción e interrelación. Al cuerpo que reflexiona, actúa y se relaciona social y culturalmente con otros cuerpos que gozan de las mismas características. Resalto su significación porque el tándem individuo/cuerpo es pieza clave para, según mi criterio, entender el transgenerismo y, sobre todo, a los transgeneristas. Para Bockting, psicólogo vinculado al *Program in Human Sexuality* de la Universidad de Minnesota (programa que, por cierto, permite a los transgeneristas expresar el género de elección sin necesidad de sufrir cirugía genital –véase Kessler 1998, p.123), que sigue fielmente los tres niveles donde se manifiestan los *sexual scripts*, la conceptualización y expresión de la(s) identidad(es) transgenerista(s), la emergencia de una nueva conciencia transgénica que supone cambios en los distintos ámbitos, implica, a su vez, un cambio de paradigma en la comprensión del transgénero (Bockting 1997, p.48).

Socioculturalmente, los transgeneristas retan el esquema del sistema binario de género, sistema que rechazan. Interpersonalmente, en lugar de ocultar su identidad, la manifiestan externa y públicamente en su entorno cotidiano: familia, amigos y lugar de trabajo (en distinta forma). Intrapsíquicamente viven la identidad

transgénica de manera afirmativa y experiencialmente la viven de forma liberadora. Además, encuentran apoyo en una creciente comunidad transgénica.

INDIVIDUO Y CUERPO

La tradición que hace del individuo centro y de sus acciones fuerza liberadora tiene raíz filosófica. Para Hegel la libertad viene encarnada en la autonomía del acto individual; para Nietzsche la escapatoria a la opresión estriba en la acción del individuo crítico. Herman (1998, p.447), refiriéndose al humanista liberal, señala que “la raza, la clase y el género no determinan el rumbo de la sociedad y la historia, sino que operan en la superficie de la historia. Las verdaderas fuerzas del cambio radican en las elecciones que hacemos como individuos, las acciones que ellas ponen en movimiento y sus consecuencias para los demás. El producto más característico de la tradición humanista occidental es el individuo libre y autónomo”. A tenor de lo dicho el transgenerista, en su acción, como individuo encarnaría la “verdadera fuerza del cambio” y en cuanto transgresor, que rechaza el sistema binario de géneros, operaría en la “superficie de la historia”. Actuando, por un lado, en superficie y, por otro, en profundidad, el transgenerista no admitiría la imposición de ningún otro que no fuera él mismo. Toda otra imposición distinta a la suya propia, que se distancie de su existencia, se considera tiranía. Así, el transgenerista hace de su biografía centro. Como individuo entiende su vida centralmente; hace de ella eje central, por encima de cualquier otra autoridad. Es el presente del futuro que visiona Amin Malouf, en el que “el individuo será su propia patria”.

Partiendo de esta tradición filosófica y liberadora, por un lado, y asistiendo, por otro, a la visualización del hundimiento del referente estructural religioso, de la religión como fundamento existencial y ontológico, el individuo desprovisto de las “certezas” que le vienen dadas y que se sitúan fuera de su encarnación, busca acomodo en su propio cuerpo. El cuerpo incrementa su cotización simbólica. El mapa corporal se hace capital en una doble acepción: como fondo de riqueza e inversión y como referente de expresión del ego. Sobre todo en cuerpos desposeídos de otros tipos de capital: económico e intelectual, por ejemplo. Si a la ausencia de fe en postulados salvíficos incorpóreos, se añade la desconfianza en las grandilocuentes manifestaciones terrenales de la política y la incertidumbre de entenderse a sí mismo en términos de identidad determinista (permanente, estable, nítida, sobreimpuesta), nos quedamos sólo con el cuerpo, del que hacemos refugio. El cuerpo, en el mundo moderno, para muchos estudiosos, posibilita una base firme para reconstruir un sentido del ego en el que poder confiar. Así, el transgenerista confía más en su propia raíz individual, que le permite hacer de su cuerpo una construcción autoimpuesta, autodirigida, que en un diseño sobreimpuesto, sobredirigido.

La cultura se forja en la interacción de los cuerpos. Polimorfos y diferentes cuerpos, con múltiples voces. Algunas sobredimensionadas. Otras silentes, pero

que no quieren residir en la omisión. Quieren ser escuchadas y no como concesión graciosa de la autoridad. Como voces provistas de derechos, a respetar. A airear en términos inequívocamente equitativos, en relación a otros derechos, otras voces. La cultura transgenerista, en este sentido, no comparte, equitativamente, con otras voces culturales, más integradas, el marco social. Si la homogeneidad cultural es una ficción, la definición de cultura como espacio, usos y elementos a compartir es una quimera, elucubración teórica o pura hipocresía. Más afín a la realidad es entender la cultura en el sentido manifestado por algunos autores, Tierney, McDermott y Varenne, por ejemplo, como un proceso de “martilleo” corporal. Cuerpos que se “martillean” unos a otros y en su hacer esculpen el mundo. El transgenerista quiere esculpir.

Un tropel de egos que parten en distintas direcciones, a veces opuestas, forman la identidad múltiple y plural, o, lo que es lo mismo, las diferencias entre los individuos. Al igual que casi mil millones de personas, un sin fin de lenguas, al menos seis religiones con millones de seguidores y las simbólicas vacas que obstruyen el tráfico en Bombay, Calcuta, Delhi o Madrás forman una nación que se (nos) presenta como India.

El individuo, como actor social y como sujeto discerniente práctico, ajeno a la polémica de psicólogos, sociólogos o antropólogos, siempre ha sido autoprodutor de vida (es decir, de riqueza y de miseria) y parte del engranaje social (unas veces utilizando a los demás y otras utilizado). Es el científico, social o clínico (también individuo, por cierto), quien, en ese “martilleo” cultural, constructor de mundos, enfoca y desenfoca (y también (des)enfoca, es decir, simultánea el ver y el no ver, el enfocar y el desenfocar) a otros individuos. En suma, el científico, en su hacer, es quien encuadra (y, si se me permite la expresión, pone en cuadro) y desencuadra. Al mismo tiempo, el juego de imbricaciones entre el científico y el sujeto sometido a análisis se entiende como un conjunto de haces con sentido, es decir, con “lógica de acción práctica”, en la parla de Bourdieu. Además es consentido, es decir, tolerado institucionalmente y (con tendencia a ser) aceptado individualmente. Sin embargo, como ya se anticipó, cosas que tenían sentido, han dejado de tenerlo. Parece que el individuo ha perdido el sentido de aceptación de ciertos modelos, para encontrarlo en pautas de expresión individual no sometidas a rígidos protocolos. Produciéndose en el proceso tal transformación de sentido que gradualmente hay un mayor número de voces discrepantes, un mayor índice de recepción activa y un mayor abandono del sometimiento acrítico. Recepción activa quiere decir recibir lo emitido, para, una vez mejor o peor procesado, volverse a emitir. Pero no como un mero eco. Diferenciadamente. De forma que lo que antes el científico percibía como un hacer sin sentido (es decir, incoherente, anómico, contradictorio, atolondrado...) del sujeto, actuando en la praxis para enderezarlo, para conseguir su corrección, contando para ello con el consentimiento del individuo, también ha sufrido alteraciones. No porque desde la perspectiva de la cirugía el hacer individual

anómico se contemple de forma integradora. Sí porque el sujeto de atención clínica, el transgenerista, muestra distanciamiento en relación a esa óptica que le entiende como ser pasivo. De hecho, el sujeto de interés clínico que antes ocultaba su identidad, ahora la hace pública, cargando de sentido, con “lógica de acción práctica”, su proceder. En otras palabras, el sujeto engranado en lo social y empapado en su cosmos (próximo y distante) se “abstrae” del mismo para proyectarse subjetivamente, cada vez con más fuerza. Hace concreto lo abstracto (en la medida que puede). La comunidad transgénica encierra opciones varias. El transgénero es una de ellas. La transexualidad otra. A su vez, el transgénero y la transexualidad engloban individualidades concretas y diferenciadas. Lo biográfico cobra mayor sentido. El individuo quiere sentir la cualidad. Del sentido de cantidad ya se encargarán los demás, cada vez que le incorporen (dándole cuerpo numérico, cardinal; haciéndole adjetivo numeral, tantas veces como se le sustrae substantivamente, ontológicamente) en una estadística, tendencia, contabilidad, nación o colectivo.

UNIVERSO E INDIVIDUO

Dictum: no hay individuo sin cuerpo. El cuerpo es el individuo. La conducta sexual se expresa, pues, por medio de la individualidad corporal. Pero la individualidad que los cuerpos registran es algo más que una referencia ensimismada o una tautología. Si sólo fuera ensimismamiento o doblete tautológico nunca se llegaría a trascender la doble hélice de la autorreferencia. En este sentido, exclusivo, hablar de individualidad corporal sería redundante. Como si habláramos de cuerpos corpóreos. Así, sustantivo y adjetivo pierden su condición gramatical diferenciada. Los cuerpos individuales, de esa forma, pierden su carne, se desencarnan. Devienen coraza, concha y caparazón, de una carne que se ignora, a la que no se distingue. En suma, de una carne “desprendida”. A la que se encierra entre las paredes duras del caparazón para que no se oxigene, para que se asfixie.

La individualidad corporal, por el contrario, es un proceso de encarnación. No es mera rigidez anatómica. Los cuerpos son un *continuum* de encarnaciones vivas. Son resultado de una anatomía pasada por el filtro de la evolución, la historia, la existencia, el contexto y el eje nuclear de las redes simbólicas. En estos cuerpos, la sexualidad es una explosión de significados divergentes. El esqueleto recubierto de carne es una anatomía de encarnación imperceptiblemente flexible. En el presente es una encarnación que habla y razona, canta y argumenta, llora y ríe. Con capacidad para vaticinar eventos. En el pasado, ese esqueleto y su carne configuraba la anatomía del tetrápodo.

De igual forma que los cuerpos de ahora proceden de y son precedidos por la evolución, la interpretación corporal nos dice que son productos de la historia. En consecuencia, la representación corporal y con ella la expresión sexual difieren con las épocas. La representación que nos viene dada por medio de esencias fijas e

inmutables, que naturaliza la fisicalidad corporal, haciendo de la misma lectura natural de los cuerpos, rigidez perdurable; que universaliza intencionalmente su proyección interpretativa; que no distingue a los cuerpos de los individuos, siendo éstos los que dan sentido singular al cuerpo, haciendo de unos y otros entes gramaticales indiferenciados; en definitiva, la representación que ignora la complejidad de la existencia corporal, en relación a otros cuerpos individualizados, en una época determinada, es una representación corporal alicorta, reduccionista. Una ficción, porque no hay una y sólo una representación corporal. Y, por ende, tampoco hay una sexualidad. Una ficción, acaso necesaria, para la medicina, pero ficción al fin y al cabo. Una ficticia naturalidad interpretativa de los cuerpos, de los individuos. Un ideal médico. De la misma forma, *mutatis mutandis*, que “el ideal de una Roma esencial y perdurable era una ficción necesaria para los romanos” (Sennett 1997, p.104). Una visión reduccionista que constriñe los cuerpos a un mero organigrama anatómico y fisiológico.

Además, la individualidad corporal toma mayor sentido cuando, sin dejar de ser autorreferente, se relaciona con otras individualidades corporales. Cuando se incrementa la indicación referencial. El individuo con su cuerpo mira y observa a otros cuerpos. Con los que a veces y no con todos entra en relación.. Esto sucede en sociedad y las sociedades cambian. Y también los individuos que las integran. Y sus sexualidades. En última instancia, al igual que no hay individuo sin cuerpo, no hay sociedad sin individuos. La individualidad corporal sexuada es la unidad de entendimiento sexual. Los individuos, insertos en sociedad, no son simples atlas anatómicos. Hay otras variables que configuran sus cuerpos: la etnia, el género, la clase social, la edad, la religión, las leyes, las costumbres, la cultura. Variables que enriquecen la erótica de los cuerpos, por su diversidad, y expanden las fronteras de la sexualidad, llevando sus límites más allá del atlas genital, más allá de unos apéndices, a manera de península, llamados penes y unos entrantes, a manera de golfo, llamados vaginas. Variables que hacen de los cuerpos realidades diversas, que los transforman y modifican. Cuerpos dóciles y acomodaticios, pero también cuerpos transgresores, forman parte de la realidad. Realidad cambiante en sí misma y en comparación con otras realidades. “El cuerpo es una realidad que cambia de una sociedad a otra” (Le Breton 1999, p. 67).

Difícil empeño y más difícil consecución, cuando desde la medicina se intenta universalizar los cuerpos dolientes, los cuerpos que sufren. La globalización de las terapias médicas correctoras topan con la existencia corporal, que sobrepasa, por razones de cultura, la indexicalidad dada por la fisiología y la anatomía. Es más, la existencia corporal, a veces, toma formas de resistencia. Hay resistencia corporal, cuando los individuos se niegan a recibir tratamiento médico. El 16 de julio de 1999, los medios de comunicación españoles publicaban el caso de una joven británica de 15 años que se negaba a ser sometida a un trasplante de corazón, al considerar que no la haría feliz. “La vida ya no sería la misma” .No obstante, un órgano,

configurado jurídicamente, y, por tanto, con trazos que van más allá de las líneas anatómicas, y con el poder decisorio que la sociedad le confiere, el Tribunal Supremo de Londres, impuso su criterio obligando a que el trasplante se llevara a efecto.

Por último, hay fisuras y quebrantos en la propia universalización de los tratamientos cuando, por razones ocultas de cicatería económica, no se da al cuerpo sufriente los cuidados que los protocolos universalizantes legitiman. Éste sería el caso, también recogido en los media españoles, de la señora que, al entender que su cáncer no era debidamente tratado, abandona la Seguridad Social y acude al Hospital General de Navarra. Posteriormente la factura del Hospital se pasó a la Seguridad Social para que fuera atendida. Me ahorro señalar la cadena de demandas y recursos interpuestos que por su prolijidad me harían desviar del objetivo del artículo.

TRANSGÉNERO

La representación ideal de la transexualidad forma parte del patrón universalizante de la medicina. La construcción de “tipos ideales”, uniformes, por medio de la práctica quirúrgica de reasignación de sexo, es la mediatización intencionada desde la clínica para “estabilizar” cuerpos dolientes, sufrientes. Y también, en sentido laxo, considerados humillantes, por y para lo cual se les estigmatiza. Individuos que se encuentran atrapados en cuerpos soportes erróneos, equivocados. Cuerpos que siendo suyos no pertenecen a sus propietarios. Cuerpos que tienen que ser reencarnados. No místicamente. En su sentido médico. En el sentido clínico de remodelación, de transformación. De conversión y reasignación de sexo, para que la equivocación corporal deje de existir. Así, clínicamente nace un neosexo. Y una neopersona, que elimina la disparidad existencial anterior entre pertenencia, por un lado, y acarreo personal de la propiedad corporal, por otro. Del neosexo se hace el “sexo verdadero”. De esta forma, la persona que se era anteriormente, antes de la reasignación, e, interiormente, dentro del cuerpo, y que los genitales impedían su exteriorización, ahora, acomodándose al neosexo, puede orearse, manifestarse públicamente. Conviene advertir, sin embargo, que esta idea de transmutación médica, que, de la diversidad compleja de variables, hace uniformidad simple, genital, tiene sus excepciones. El hecho de reducir lo complejo a simple es reconocido abiertamente por algún médico. El famoso cirujano de Casablanca, Georges Burou, al que años atrás se acudía casi en forma de “peregrinación transexual”, con más de 700 reasignaciones de sexo en sus espaldas, hace hincapié en la superficialidad de la operación de cambio de sexo. “Yo no transformo hombres en mujeres. Transformo genitales masculinos en genitales de aspecto femenino. Todo lo demás está en la mente del paciente”. Palabras de Burou (Raymon 1979, p. 10).

La transformación del cuerpo con técnicas quirúrgicas, sin dejar de ser una vía

de acceso a la mutabilidad genital corporal, se ha visto comparada recientemente con otro tipo de transformaciones. Esto es, con la transformación de la idea que se tiene del cuerpo. El cambio de la “idea corporal”, de idea que se impone clínicamente a idea autosostenida corporalmente, conlleva la transformación del “tipo ideal”. El hecho de tener ovarios o testículos no es determinante para la configuración del género. El atlas anatómico-genital es una pieza más de un engranaje corporal más amplio. La lectura individualizada y personalizada que se hace de esa amplitud corporal admite, además, la transformación de la idea del sistema binario de géneros. No sólo admite la transformación, postula el rechazo del sistema (Nieto, en prensa). De forma que se concibe y se practica el transgénero, sin pasar por la transexualidad, sin exponerse a la cirugía genital transformadora de la reasignación de sexo. El transgenerismo de la mujer con pene o el varón con vagina no es transitorio, en el sentido de ser preoperativo, de estar a la espera de la cirugía transformadora. Es un transgenerismo autoaceptado que rechaza la operación. Este transgenerismo en Estados Unidos ha ido incrementándose progresivamente en los tres últimos lustros. Fundamentalmente, por tres razones (Nieto 1998, p.29). Primera, por la interpretación que la comunidad transgénica hace de la lectura de sus cuerpos. Interpretación que incide más en los aspectos *emic* del *continuum* transgénero, que en los aspectos *etic* de la polarización del binario de géneros. Que hace centro simultáneamente en la pluralidad y la individualidad. Y en los individuos plurales. Segunda, por el cierre de clínicas. Por discrepancias profesionales, por declaraciones públicas de afectados que durante años habían sufrido en silencio errores médicos, que se presentaban a los colegas como logros exitosos - caso John/Joan, por ejemplo (véase Diamond y Sigmundson 1997, Colapinto 1997)- y, finalmente, por desvinculación creciente de las Clínicas de Identidad de Género al entorno de las Universidades. Tercera, por el interés progresivo que el transgenerismo despierta en las ciencias sociales, cuya metodología y técnicas, como es sabido, difieren de las de la clínica.

El padre fundador de la etnometodología, Garfinkel, en un estudio sociológico pionero, cuando interpreta a la transexual Agnes es consciente de que sus palabras se enunciarán de forma distinta, según el contexto en que se pronuncien, afirmando que el significado de las mismas también diferirá en la medida en que ese mismo contexto que las escucha cambie (Garfinkel 1967). Desde el punto de vista de la “teoría razonada”, Ekins viene a coincidir con la afirmación anterior. «El enfoque centrado en los encuentros doctor-paciente imposibilita la exploración sistemática de los entornos sociales, fuera de la clínica o de la sala de consulta, de los *cross-dressers* y de quienes desean cambiar de sexo” (Ekins 1998, p.162). En suma, las metodologías, técnicas y teorías científico sociales muestran las limitaciones del modelo médico, poniendo en evidencia el marco deficitario en que se encuentra instalado. Déficit que los transgeneristas norteamericanos han venido padeciendo. Su cuerpo ha sido un cuerpo encarnado por las carencias y los déficits del modelo

médico de la transexualidad, (per)seguidor de estereotipos. Ante esto, los transgeneristas han optado por revelarse y mostrar su proceder émico.

El hecho de que en España el transgenerismo sea un movimiento incipiente, a diferencia de Estados Unidos, hay que entenderlo desde el punto de vista de la incidencia de la información en la dinámica del proceso. Transexuales y transgeneristas obtienen información, del fenómeno que les concierne, básicamente de cuatro fuentes (Devor 1997): literatura profesional médica, reportajes periodísticos, informes de otros transexuales y transgeneristas que les han precedido en la experiencia subjetiva y la retroalimentación física y emocional de sus amantes (cuando éstos son también transexuales o/y transgeneristas).

Aquí, estas fuentes o no están desarrolladas o, por el contrario, lo están en exceso. La profesión médica, desde la perspectiva asistencial, incide frontalmente en la transexualidad, pero en cuanto cuerpo profesional generador de teoría y literatura no se caracteriza precisamente por su dinamismo. Los escritos médicos, equivalentes a lo que pueden representar las distintas aproximaciones de Blanchard, Docter, Green o Stoller, por citar sólo algunos autores, aquí, son inexistentes. Además, la mayor parte de estos escritos en inglés no están traducidos al castellano. En consecuencia, la referencia médica se hace central, por una vertiente, la cirugía, y sesgada y deficiente, por la vertiente teórica.

En lo que respecta a los reportajes periodísticos, hay que decir que están sobresaturados de banalidad. Son simples, triviales, faltos de rigor, reiterativos. Inciden en la explicación biológica. Omiten explicaciones socioculturales. De facto, son altavoces de la visión médico-clínica. Apuestan por la transexualidad y silencian el transgenerismo. Otras veces, se refieren al transgénero sin mencionarlo expresamente. Realzan lo frívolo y espectacularizan lo *freak*. Lo transgénico se presenta, sobre todo en televisión, como fenómeno que se mueve entre la fascinación y el horror, la atracción y el rechazo, la teratofilia y la teratofobia. Como fenómeno de barraca de feria. Versión actualizada de la “mujer barbuda”. En cuanto a los informes émicos que trascienden al público, en general a través de los media, abundan más los que inciden en la medicalización de la transexualidad, que los que inciden en la experiencia transgenerista que critica el sistema dual/bipolar de género.

Rubin (en prensa) muestra cómo en los primeros encuentros de los endocrinólogos con los prototransexuales de los años treinta, éstos eran comparados con los intersexuales, llamándoseles “hermafroditas psíquicos”. Invocar excluyentemente, en el umbral del 2000, las razones biológicas de la transexualidad y omitir la construcción sociocultural de la misma, es, pues, invocar explicaciones de hace sesenta años. Razones y explicaciones, por lo demás, pendientes de demostración etiológica. En suma, hay una interpretación, en forma de círculo, en la que la práctica médica, la difusión de los media y los informes subjetivos, retroalimentándose hacen de la transexualidad una lectura biológica, de valores

muy firmes en su convicción, que desconocen o/y censuran el transgénero. Aquí, la práctica médico-quirúrgica de este modelo de interpretación de la transexualidad se extiende más allá de los límites del quirófano, hasta el punto de constituir la principal y, prácticamente única, vía de información de periodistas y transexuales. Éstos la propagan al ignorar otras alternativas. Unos y otros no parece que sigan las palabras de Felix de Azúa, en la columna de El País, del 14 de Julio de 1999: “no hay convicción que no nos haga esclavos y es sano descreer de uno mismo. Nuestras viejas seguridades nos momifican, son ellas las que nos matan”. Sin embargo, no deja de ser significativo que la revista del Colectivo de Transexuales de Cataluña lleve por título “Transgénero”. La “*terra trema*”.

En Estados Unidos existe un número creciente de autobiografías que, reflejando el punto de vista del transgenerista, desmienten el mundo de las convicciones firmes. Rompiendo de raíz los criterios de uniformidad, constituyen un reto a las historias clínicas. Autobiografías que reflejan no sólo la existencia de lo ambiguo y de las ambigüedades de la vida, sino también las formas varias en que se da vida y muerte a las identidades y la configuración anatómica. Muestran el proceso de creación, restricción y destrucción corporal/individual en el marco de la diversidad cultural. Refiriéndose a la intersexualidad, Dreger (1998, p.168) argumenta las razones –perfectamente trasladables al transgénero- que han hecho posible el emerger autobiográfico en la sociedad postmoderna. Para esta autora (Dreger 1998, pp.170-172) los fundamentos se basan en cinco criterios. Primero: la valoración de las voces a las que previamente no se reconocía autoridad alguna. Segundo: el reconocimiento de que no hay una única “verdad” en relación a la vida, la enfermedad o cualquier otra condición. Tercero: el sentimiento, entre los sufrientes, de que sus cuerpos han sido “colonizados” por la medicina, de forma que a los individuos se les impide o dificulta objetar. Cuarto: el concepto moderno del doctor como héroe –estrictamente activo, racional, generoso, entregado, que trata a un paciente pasivo, silencioso y decididamente agradecido- se ha transformado en un concepto postmoderno que reta la desigualdad de poder en la relación médico-enfermo y no admite el mensaje institucional que presenta al médico como taumaturgo con poderes miríficos, como “salvador”. Quinto: la construcción social de conceptos como los de “identidad sexual” y “normal” permite a los intersexuales entender sus propias vidas como experiencias, histórica y culturalmente específicas, y, por consiguiente, no inherentes a la anatomía de sus cuerpos.

Las autobiografías, visión émica donde las haya, en consecuencia, realzan el sentido de la experiencia individual por lo que ésta representa en cuanto manifestación de voluntad libremente expresada. No sometida al “totalitarismo” médico. El conjunto de autobiografías es un conjunto de voluntades libres. No coartan la transexualidad, pero permiten al transgenerista reivindicar lo que le pertenece: sus derechos. No se pliega a la imposición protocolaria de la cirugía genital de la transexualidad. Ésta, también, constituye un derecho, pero no un deber, una

obligación. El transgenerismo, como la transexualidad, es una opción más. La autonomía del individuo, sus derechos, están por encima de los del colectivo que les integra. El actor social, modelado por el transgénero, hace de la libertad de la acción y de la independencia de la decisión prioridad. El transgenerista conserva o moldea su cuerpo de acuerdo a criterios de reflexión propios. Sin aceptar “religiosamente” la invención médica de la transexualidad. Así, el transgenerista, en su autodeterminación, carga de valor, da sentido y significación a la amplia gama de opciones culturales que la sociedad de su época le ofrece. Aquí, el transgénero también debería tener esa opción. Para lo que se requiere más constructivismo social. Más información plural. Teorías más actualizadas. Menos sesgos.

En el artículo se muestra, partiendo de los fundamentos de los sexual scripts, particularmente del significado de la lectura de la expresión corporal, como los individuos, en el caso de los transgeneristas, construyen sus experiencias, sus vidas. Se enfatiza la autonomía individual/corporal del transgénero, en relación a la presentación médica, de contenido uniforme e indiferenciado de la transexualidad. Se realiza la visión emic que caracteriza al relato autobiográfico.

Palabras clave: individuo, cuerpo, autobiografía, transgénero

Referencias bibliográficas

- BOCKTING, W. O. 1997. Transgender Coming Out: Implications for the Clinical Management of Gender Dysphoria, pp.48-52, en Gender Blending, B. Bullough, V. L. Bullough y J. Elias, eds., Prometheus Books.
- COLAPINTO, J. 1997. The True Story of John/Joan, en Rolling Stone, 11 de diciembre de 1997
- DEVOR, H. 1997. Female to Male Transsexuals in Society, Indiana University Press,
- DIAMOND, M. & SIGMUNDSON, H.K. 1997. Sex Reassignment at Birth: Long-term Review and Clinical Implications, Arch. Pediat. Adolescent Med. 151: 298-304.
- DREGER, A. D. 1998. Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex, Harvard University Press
- EKINS, R. 1998. Sobre el varón feminizante: una aproximación de la “teoría razonada” sobre el hecho de vestirse de mujer y el cambio de sexo, pp. 159-191, en Transexualidad, Transgenerismo y Cultura. Antropología, Identidad y Género, José A. Nieto, Comp. Editorial Talasa, .
- GAGNON, J. H. 1990. The Explicit and Implicit Use of the Scripting Perspective in Sex Research, Annual Review of Sex Research, Vol.1: 1-43.
- GARFINKEL, H1984 (original 1967). Passing and the Managed Achievement of Sex Status in an Intersexed Person, part 1, pp. 116-185, en Studies in Ethnomethodology, Polity Press.
- HERMAN, A. 1998. La Idea de Decadencia en la Historia Occidental, Ed. Andrés Bello
- Kessler, Suzanne J. 1998. Lessons from the Intersexed, Rutgers University Press.
- LE BRETON, D. 1999. Antropología del Dolor. Ed. Seix Barral.
- NIETO, J. A. 1998. Transgénero/Transexualidad: de la Crisis a la Reafirmación del Deseo, pp. 11-37, en

- Transexualidad, Transgenerismo y Cultura. Antropología, Identidad y Género. José A. Nieto, Comp., Ed. Talasa.
- NIETO, J. A. (en prensa). (Des)centrando los genitales: los transgeneristas, El Viejo Topo
- RAYMOND, J. G. 1979. The Transsexual Empire, Beacon Press
- RUBIN, H. S. (en prensa). Always Already Men, University of Chicago Press
- SCHNEIDER, BETH E. Y PETER M. NARDI 1999. John Gagnon and William Simon's Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality. A 25 th Anniversary Retrospective by the Authors, Sexualities Vol 2 (1): 113-133.
- SENNETT, R. (1997). Carne y Piedra. El Cuerpo y la Ciudad en la Civilización Occidental. Alianza Editorial

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE HOMOSEXUALIDAD EGODISTONICA

Salvador Alario Bataller

Clínica Psico-Médica, Valencia,

Avda. Blasco Ibáñez, 126, 6º, 28ª - 46022 - Valencia

In this article the treatment of a ego-dystonic homosexual with shame aversion, orgasmic reconditioning and self exposure is described. At the end of 5 years follow-up the patient was much improved, with an important reduction in target problems and an overall adaptation.

Key words: shame aversion, orgasmic reconditioning, exposure, self-exposure, egodystonic-homosexuality.

1. INTRODUCCION

La homosexualidad es un capítulo de la sexualidad humana que ha merecido bastante atención por parte de los especialistas y no solamente por parte de ellos, sino que es un tema respecto al cual cada uno cree poder opinar. La conducta homosexual fue, es y seguirá siendo, muy posiblemente, un tema polémico. Las posturas teóricas que tratan de explicarla son variopintas, al igual que las reacciones emocionales que el fenómeno homosexual despierta en legos y en profanos (v., Alario, 1.992a,b,c).

Lo que en estas páginas interesa es el tratamiento conductual de una de las clases de homosexualidad normalmente reconocidas. En efecto, en diversos manuales y tratados al uso se presentan dos tipos de homosexualidad; a saber: la homosexualidad egodistónica y la homosexualidad egosintónica (Alario, 1.993c, 1.995). De la primera de ellas es de la que nos vamos a ocupar.

Son diversos los objetivos que puede pretender una persona homosexual cuando acude a consulta. Entre estos, puede ser que el sujeto desee disfrutar de relaciones heterosexuales sin abandonar la homosexualidad; también puede buscarse la reafirmación en el propio homosexualismo, eliminando los problemas emocionales y de adaptación social inherentes al proceso de estigmatización y rechazo; asimismo, se puede desear reorientar la preferencia sexual, desde la

homosexualidad a la heterosexualidad normativa. Estas son unas de las varias opciones que se le pueden presentar al clínico. Este, con la participación de su paciente, debe elegir la mejor alternativa posible para el caso en particular (Bancroft, 1.974).

La realidad es que una parte de los homosexuales viven con hondo padecimiento psicológico esta condición, a la vez que desean participar de unas relaciones sociales y sexuales que son consideradas preceptivas en el contexto sexual en el cual viven. En el DSM-III (A.P.A, 1.980), se incluía la categoría diagnóstica de la *homosexualidad egodistónica*. Por lo tanto, ésta era considerada como una verdadera enfermedad mental o cuadro psicopatológico. Por definición, en la homosexualidad egodistónica, la orientación homófila no es deseada por los sujetos, anhelando poder llevar a cabo una vida sexual heterófila, asociándose a ello trastornos emocionales de consideración. La existencia de dicho padecimiento es uno de los factores más importantes a la hora de demandar tratamiento. En el DSM-III-R (A.P.A, 1.987) y en el más reciente DSM-IV (A.P.A, 1.994), la homosexualidad egodistónica ha sido excluida como categoría diagnóstica, por motivos que fueron explicados por el autor en otro lugar (Alario, 1.993b). Por lo demás, este tipo de homosexualismo, es uno de los problemas de orientación sexual que más atención ha recibido desde la terapia de conducta.

Uno de los rasgos característicos de la homosexualidad egodistónica consiste en la queja por parte del individuo relativa a su bajo o inexistente nivel de excitación heterosexual, hecho que interfiere ,a todas luces, a la horade iniciar y mantener una relación sexual con personas de diferente sexo genético; también se presenta una pauta mantenida de excitación homosexual, indeseada por el sujeto y que es venereo de persistente malestar (A.P.A, 1.980). Es suficiente que la excitación homosexual sea intensa y evocada en la fantasía para que se cumpla uno de los requisitos básicos para el diagnóstico pertinente. El autor de estas páginas ha dedicado algunos trabajos al estudio de la homosexualidad, especialmente desde el área terapéutica, centrados en la evaluación y terapia de los dos tipos normalmente aceptados de homosexualidad, la egodistónica y la egosintónica (Alario, 1.991a, 1.992a, 1.993c, 1.995). Una parte importante de estos estudios se ocupa, con bastante pormenor, del estudio de la variante egodistónica del homosexualismo y a ellos puede remitirse el lector, si ese es su deseo, a fin de recabar una mayor información.

Por otra parte y en lo que alude a la vertiente acológica, el tratamiento conductual abocado a la reorientación sexual de la homosexualidad egodistónica subsume la consecución de 4 metas terapéuticas en concreto (Barlow y Abel, 1.976; Santacreu, 1.988, Alario, !.995). A saber:

1. Disminución de la excitación sexual indeseada.
2. Aumento de la excitación heterosexual.
3. Instauración e incremento de las habilidades sociales necesarias para relacionarse con una persona del sexo contrario.

4. Adecuación del rol hombre-mujer, específicamente eliminar las conductas consideradas típicamente femeninas.

Como puede comprobarse, resulta insuficiente eliminar la excitación homosexual y aumentar la heterosexual, por cuanto en muchos casos se observa que el problema queda lejos de estar resuelto. Esto es debido a que el individuo no es poseedor de las habilidades sociales necesarias para iniciar y mantener una relación heterosexual. Del mismo modo, deben abrogarse aquellos comportamiento afeminados o feminoides a fin de consolidar adecuadamente los logros terapéuticos que se deseen alcanzar. Dos autores pioneros de la terapia de conducta, Ullman y Krasner fueron los primeros en señalar la inadecuación de un programa de intervención tendente únicamente al incremento y decremento de excitaciones sexuales específicas, instando la implementación de un programa terapéutico que contemplase los objetivos que arriba hemos comentado (v., Ullman y Krasner, 1.975). Esta sensibilidad ha sido recogida por distintos estudiosos de la sexualidad, en general, y de la homosexualidad en particular y, hoy en día, es una norma terapéutica de seguimiento general (vbgr., Boudreau y Granger, 1.977; Carrobbles y Santacreu, 1.987; Alario, 1.991a, 1.993c, 1.995). En suma, de lo dicho anteriormente, se desprende que la terapia encaminada a reorientar la conducta homosexual en el homosexual egodistónico, será multimodal, es decir, caracterizada por múltiples niveles de intervención y, en consecuencia, con la puesta en práctica de un conjunto dado de técnicas terapéuticas. Una descripción detallada de las técnicas empleadas para alcanzar los objetivos terapéuticos esenciales en el tratamiento de la homosexualidad egodistónica puede encontrarse en Alario (1.991a).

Por otra parte, cuando se lleva a cabo un programa de intervención para eliminar la excitación y comportamiento homosexuales, ha de especificarse la existencia de factores de mal pronóstico, los cuales, por definición, van a impedir o actuarán en contra de la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos. Entre dichos factores de mal pronóstico cabe resaltar los siguientes (Farré Martí et al., 1.983):

La ausencia de experiencias e intereses heterosexuales en el pasado y en el presente.

La edad, dado que a partir de los 35 años resulta más difícil conseguir una modificación de la orientación sexual. A mayor tiempo de existencia del hábito, éste se encontrará más consolidado en el repertorio conductual del sujeto.

3. Las presiones externas, principalmente familiares o legales, cuando el sujeto no desea someterse a tratamiento. Es un caso de coacción y ausencia de motivación, todo lo cual influye muy negativamente en el desarrollo del proceso terapéutico.

4. La asunción de la homosexualidad como característica personal preferente o exclusiva por parte del individuo, sin ninguna intención de cambio. Sería el caso de la homosexualidad egosintónica.

5. La existencia de una depresión, en muchas ocasiones propiciada por la ruptura de una relación de pareja. En este caso, la homosexualidad vuelve a ser aceptada por el sujeto cuando la depresión es adecuadamente tratada.

En cuanto a la terapia de la homosexualidad egodistónica, se han propuesto distintos programas, de los cuales el que se puede considerar más clásico (si bien no ha perdido toda vigencia) es el de Bancroft (1.974) y en el que se basan, en mayor o menor medida, los programas de intervención más recientes. Entre nosotros, hace muy poco, se ha publicado también un programa encaminado a la reorientación de la conducta homosexual, de carácter ecléctico (Musé, 1.994).

En cuanto a los resultados terapéuticos de la modificación de conducta de la homosexualidad, comenzaremos diciendo que no son brillantes; este hecho hizo tomar a un autor como Bancroft una postura verdaderamente pesimista a este respecto (v., Bancroft, 1.974). Empero, deben hacerse algunas matizaciones, asumiendo que el tratamiento del homosexualismo es difícil y muchas veces poco satisfactorio. Como en cualquier tipo de terapia, deben concitarse una serie de recursos clínicos, personales y ambientales para la obtención de buenos resultados y si estos son favorables, se podrá obtener un resultado satisfactorio. No obstante, hace unos años y autores españoles, tras una revisión de los trabajos más relevantes hasta la fecha, llegaron a la conclusión de que la efectividad en la terapia de la homosexualidad era francamente descorazonadora, un 33% aproximadamente como tasa de éxito (Farré Martí et al., 1.983). Como contrapunto, anteriormente Masters y Johnson (1.979), comunicaron una tasa de éxito del 70% que resulta ciertamente asombrosa; pero si observamos detenidamente el reciente informe del Instituto Kinsey (Reisnich, 1.992), vemos que se cifra en el 80% el porcentaje de homosexuales con experiencias pasadas o presentes. Este hecho podría encontrarse detrás de un trabajo que informe un elevado índice buenos resultados, puesto que se intervendría sobre individuos con buen pronóstico. Retrotrayéndonos en el tiempo, también encontramos estudios alentadores en cuanto al éxito terapéutico. En un trabajo se informó de un porcentaje de cambio del 57% (Feldman y McCulloch, 1.971) y en otro se comunicó el 66% (Mellor, 1.972). Este dato contrasta con el 33%, como mucho, de los casos tratados informado en otro estudio ya comentado (Farré et al., 1.983). Tanto Feldman y McCulloch como Mellor pertenecen al denominado «Grupo de Manchester»; pero, aparte de esto, podría ser que en la utilización de la desensibilización sistemática, el hecho de que el terapeuta sea una mujer puede constituir una ventaja para reforzar comportamientos heterosexuales. Cabe pensar que en la exposición sucedería lo mismo. Según esto, la intervención de un terapeuta masculino representaría un factor más de mal pronóstico para el tratamiento de la homosexualidad. Por este motivo, algunos clínicos (v., Farré Martí et al., 1.983) utilizan una combinación de terapeutas de ambos sexos. Uno y otra tendrían cometidos diferentes en el programa de intervención. La terapeuta, entre otras cosas, tendría el papel de elemento reductor de la

ansiedad heterosexual (por exposición y prevención de respuesta) y de modelo de conducta para la interacción sexual, con el debido distanciamiento profesional evidentemente. El terapeuta, por su parte, se erigiría en modelo y consejero del comportamiento y de las técnicas sexuales que el varón emplea con la mujer.

En el siguiente estudio clínico, con un paciente con atributos muy favorables en orden a un buen pronóstico, utilizamos una estrategia de intervención triple. Esta se hallaba integrada por la masturbación programada, la exposición y la aversión por vergüenza. La primera se utilizó para aumentar la excitación heterosexual y la segunda con el objeto de revertir la ansiedad heterosexual (heterofobia); finalmente la aversión por vergüenza se empleó para disminuir la excitación homosexual.

La *masturbación programada*, conocida también como recondicionamiento orgásmico, condicionamiento masturbatorio o entrenamiento masturbatorio es, de entre las técnicas frecuentemente utilizadas, la más directamente encaminada a generar o aumentar la excitación heterosexual (McKay et al., 1.981)

Los trabajos de McGuire et al. (1.965) defendieron la tesis de que, en al menos algunos sujetos, la masturbación empleando fantasías desviadas (condicionamiento masturbatorio) tenía un papel importante en la formación de una determinada orientación sexual a lo largo de la historia individual de aprendizaje. El supuesto básico en esta tesis era que la asociación de imágenes inadecuadas y el placer ínsito a la masturbación y al orgasmo determinarían, en algún grado, la aparición de respuestas de aproximación e interacción en situaciones sexuales inhabituales. Tal hipótesis, que no es más que eso, se ha aducido con cierta frecuencia en un intento de comprender la génesis y mantenimiento de la homosexualidad masculina. En este caso, se trataría de experiencias masturbatorias o de otro tipo sexual en situaciones reales, acompañadas o seguidas de práctica masturbatoria fantaseando con personas del mismo sexo genético. Dichas experiencias podrían sentar las bases e incentivar una futura puesta en marcha del comportamiento homosexual.

Con la masturbación programada se insta al sujeto a que, mientras se masturba, imagine que mantiene una relación heterosexual. Si esto no es posible en un principio, se le anima a que utilice fantasías homosexuales y cambie a un contenido heterosexual en el momento del orgasmo. Con esta manera de actuar, se conseguirá que, gradualmente, la fantasía heterosexual ocupe más tiempo en el proceso masturbatorio, hasta que se imagine totalmente desde el inicio hasta el momento del orgasmo. Con ello se consigue que la excitación sexual y el placer del clímax se asocien a actividades (coitales y no coitales) con una mujer. Se piensa, que a partir de ahí, va a quedar favorecida la aproximación y relación con una persona distinta en cuanto al sexo genético. En otras palabras, con la utilización de la masturbación programada se espera que las imágenes heterosexuales se conviertan en excitantes por sí mismas, aumentando paralelamente la probabilidad futura de aparición de la conducta heterosexual, socialmente prescrita. Veremos que, en la práctica, las cosas son bastante más complicadas y que la estrategia de intervención va a ser usualmen-

te multimodal, con técnicas encaminadas a objetivos diferenciados para la solución posible del caso (Alario, 1.991a).

Existe evidencia que considera la masturbación programada como una técnica excelente por sus resultados satisfactorios, si bien se requiere un mayor número de estudios controlados que constaten de manera irrefutable su utilidad en el tratamiento de trastornos de orientación sexual (Markis, 1.970; Annon, 1.971; Canton-Dhatari, 1.976).

Se ha constatado mediante estudios controlados que la *terapia de exposición* es la alternativa acológica de elección en aquellos trastornos donde la ansiedad es el síntoma predominante (cfr., Marks, 1.987). En términos generales, consiste en persuadir al paciente para que se enfrente a las situaciones temidas y no las evite, como es su costumbre, siguiendo un programa determinado, hasta que desarrolle tolerancia en lugar de miedo (Marks, 1.981). Así mismo, la exposición es la técnica más recomendable para las fobias y aversiones sexuales (Alario, 1.995).

Dijimos *supra* que, en su fundamento, la exposición consiste en el afrontamiento a los estímulos ansiógenos, hasta conseguir un decremento significativo de la respuesta de ansiedad impidiéndose, a la par, las conductas de escape y evitación. Más específicamente, lo que se consigue es la supresión del reforzamiento negativo producido por las conductas de escape y evitación, la habituación del sujeto a los estímulos fóbicos (inocuos objetivamente) y la promoción de una modificación de las expectativas catastrofistas que el paciente tiene ante las situaciones y objetos temidos.

La exposición puede llevarse a cabo de diversos modos: exposición autoaplicada (técnicas de autoexposición o autoayuda), en fantasías (en imaginación), mecanizada (mediante videos o cintas magnetofónicas) e *in vivo* (afrontamiento de situaciones reales). La exposición *in vivo* es la técnica más eficaz para la reversión de los trastornos de ansiedad, tal como se desprende de estudios experimentales rigurosos (Marks, 1.987). Se emplea junto otra técnica denominada *prevención de respuesta* (de escape y/o evitación). En este caso, la prevención de respuesta consistiría en impedir la evitación o el escape de las situaciones evocadoras y no irá centrada en los rituales, como sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo.

La *aversión por vergüenza* ha sido desarrollada principalmente por Wikramasekera (1.976) y Serber (1.972). Esta técnica se asienta en el supuesto de que las experiencias de vergüenza y humillación son aversivas para los sujetos y asociadas a estímulos sexuales indeseados, éstos dejarán de tener, con el tiempo valencia sexual o la misma disminuirá significativamente. Hasta fechas recientes, la aversión por vergüenza no se empleó en homosexuales, sino en exhibicionistas fuertemente motivados, al descubrir el investigador que esta consecuencia resultaba más aversiva que el choque eléctrico (Wikramasekera, 1.976). El tratamiento instaba a que el sujeto narrase sus experiencias sexuales ante un auditorio compuesto por varias personas, algunas de las cuales habían sido objeto de sus actos

exhibicionistas en el pasado. El paciente trataba de narrar los acontecimientos con el mayor realismo posible, pudiendo verbalizar lo que pensaban los otros y comunicar sus reacciones emocionales. Wikramasekera (1.976) postuló que el efecto positivo de la terapia dimanaba no solamente del impacto reductor de la aversión sino que la técnica llevaba a invalidar las fantasías del sujeto en cuanto se perdía el anonimato y el secreto del comportamiento. Solo muy recientemente se ha aplicado la aversión por vergüenza a casos de homosexualidad egodistónica (Alario, 1.993c, 1.995) y de paidofilia (Alario, 1.998, en preparación) en un diseño de caso único donde se utilizó también sensibilización encubierta. El diseño no permitía discriminar la parte del resultado, exitoso a ciencia cierta, que le correspondía a cada una de las técnicas.

Desearía finalizar con una salvedad esta introducción y consiste en insistir en la libre elección del paciente a la hora de recibir el tratamiento. Sea como fuere, también es cierto que se atienden cada vez menos casos de este tipo en consulta, lo cual puede ser positivo en el sentido de que la homosexualidad, variante sexual normal, como la bisexualidad o la heterosexualidad, es cada vez menos conflictiva para las personas que la viven, lo cual representa un motivo menos de sufrimiento para la condición humana. Desde siempre, no obstante, el autor ha ayudado a muchos más homosexuales a aceptar su sexualidad que a modificarla, que constituirían el grupo de los denominados ego-sintónicos, sobre los que quien escribe ha dedicado bastantes páginas en el pasado.

2. ESTUDIO DE CASO

2.1. Método

2.1.1. *Sujeto*

P era un hombre de 27 años, soltero, profesional liberal y que acudió a consulta con el deseo de modificar sus deseos sexuales homófilos que experimentaba desde la adolescencia. No obstante, había tenido en el pasado alguna experiencia heterosexual, si bien sus intereses sexuales iban dirigidos a las personas del mismo sexo genético. Nunca había mantenido una relación homosexual, aunque el deseo de este signo era intenso, amén de persistente. Se masturbaba utilizando siempre una fantasía homosexual y ,en la actualidad, evitaba cualquier contacto con mujeres debido a la fuerte ansiedad que la mera expectativa le provocaba. En el pasado, según dijo, las relaciones heterosexuales que llevó a cabo no le habían resultado plenamente placenteras y las había vivido con un importante nivel de tensión. Su interés homosexual se intensificó notablemente cuando compartió despacho con su socio, unos años mayor que él, heterosexual según comunicó, y hacia el cual experimentaba una fuerte atracción sexual, además de una gran admiración personal y profesional. Desde ese momento las relaciones heterosexuales se le hicieron aprensivas, pero deseaba vivamente poder eliminar su inclinación y llegar a disfrutar de una relación sentimental y sexual con una mujer. El contacto social con

las personas del otro sexo era positivo, siempre y cuando no se terciara la posibilidad de mantener una relación sexual.

Fue el propio paciente quien, con gran motivación acudió a la terapia, pese a que se encontraba profundamente angustiado y porque comenzó hacía poco a tener una relación sentimental con una mujer que le interesaba sinceramente (ella participó activamente en el tratamiento pero, a petición del paciente, solamente se le dijo que, por determinadas experiencias, él tenía una fuerte ansiedad sexual. No se mencionó para nada su tendencia homosexual). Su más grande temor era que se descubriesen sus inclinaciones sexuales y ser objeto de burla por parte de los demás, además de la pérdida de prestigio consiguiente, la pérdida de su novia y la gran decepción que sus padres sufrirían.

2.1.2. Método

Para el presente caso clínico, se desarrolló un diseño de replicación intrasujeto de un sólo componente (A-B ; N=1) para valorar el efecto de las técnicas inhibitoras de la excitación homosexual. Después de la línea base o evaluación pretratamiento (con 3 días de duración), aplicamos la intervención conductual que duró 5 meses, con 2 sesiones semanales de 1h y 30' de duración, además de práctica en el hogar (mecanizada) y en situaciones reales. Para la determinación de los efectos de las técnicas incrementadoras de la excitación heterosexual y para la reducción de la heterofobia (masturbación programada y exposición), se empleó un diseño de línea base múltiple entre situaciones naturales; en el presente escrito, solamente graficaremos los resultados acontecidos con la aplicación de la terapia exposicional. Los controles de seguimiento se llevaron a cabo al año, 2, 3, 4 y 5 años después de haber finalizado la intervención.

2.1.2.1. Evaluación

En la evaluación conductual, se utilizaron los siguientes instrumentos diagnósticos:

1. Entrevistas.
 2. Autorregistros.
 3. Inventario de Personalidad de Willoughby (v., Alario, 1.993a).
 4. Inventario de Miedos de Wolpe y Lang (v., Alario, 1.993a).
- Inventario de Depresión de Beck.

Por otro lado, nuestro paciente poseía unos rasgos muy importantes en cuanto al buen pronóstico terapéutico; a saber: nunca había tenido experiencias homosexuales (se limitaba a la experimentación en fantasía), sí había participado de relaciones heterosexuales (inclusive coitales), tenía menos de 35 años, había decidido recibir tratamiento por sí mismo, poseía las habilidades sociales necesarias para iniciar y mantener una relación con una persona del otro sexo, no mostraba el menor rasgo de afeminamiento y no existía una depresión clínica (solamente un

cuadro depresivo leve).

Junto a la problemática de la orientación sexual, coexistían un conjunto de ansiedades sociales importantes que fueron tratadas en su momento y de manera adecuada. En este escrito, nos limitaremos exclusivamente a exponer los asuntos referentes al área sexual.

A la par que se construía la jerarquía de exposición in vivo (que el paciente tenía que superar con la participación comprensiva y activa de su novia) (tabla 1), se le instruyó para que anotase la frecuencia de deseo sexual homófilo. Después de los 3 días de autoobservación, la línea base quedó establecida con 5 deseos el primer día, 9 el segundo y 7 el tercero. Estos valores se muestran en la figura 1, junto con los datos relativos al efecto del tratamiento sobre esta variable dependiente. Los valores de la línea base múltiple en el diseño correspondiente, se ilustra en la figura 2.

Tabla 1.- Jerarquía de situaciones de exposición in vivo.

Situación	Unidades subjetivos de ansiedad (0-100) usa
1. Cenar con mi novia, sin contacto físico alguno	10
2. Cenando, me coje la mano	20
3. Se la cojo yo a ella	30
4. Besarla en los labios (sin lengua)	40
5. Lo mismo que arriba, pero con lengua	50
6. Estar en la cama desnudos, sin hacer nada	60
7. Acariciándonos el cuerpo, no los genitales	70
8. Ella me toca los genitales	80
9. Yo le acaricio los pechos manualmente	80
10. Le beso los pechos	90
11. Le acaricio la vulva	90
12. me practica una felación	90
13. Hacer el amor	100

2.1.2.3. Tratamiento

La terapia se desarrolló a lo largo de 5 meses, con mucho tesón y esfuerzo por parte de P.

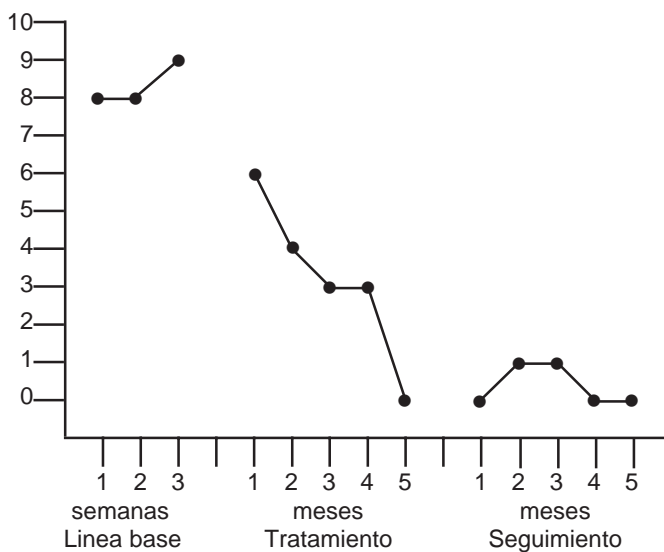
Mientras nuestro paciente aplicaba sin muchas dificultades la técnica de la masturbación programada, se desarrolló la terapia de aversión por vergüenza. Se le presentaron diversas escenas de contenido homosexual (con su socio de compañero). En las escenas de escape, P era sorprendido por su familia o por su novia y se terminaba el estímulo aversivo cuando el sujeto se imaginaba manteniendo una relación sexual con su novia (primero meras caricias, el coito después). Por su parte,

en las escenas de evitación, el paciente se imaginaba pensando en la posibilidad de realizar una relación sexual con el otro varón o yendo a un lugar de encuentro; entonces, pensaba en la vergüenza y humillación que sentiría al ser descubierto y decidía no acudir a la cita (para mayores detalles de esta técnica, puede consultarse Alario, 1.993c).

Las tareas realizadas en las sesiones terapéuticas debían ser complementadas mediante tareas en el hogar y control encubierto. En este sentido, el terapeuta grababa en una cinta magnetofónica las escenas presentadas en clínica al paciente y le instruía para que reiterase en su casa cuanto se había llevado a cabo en la consulta. P realizaba estas prácticas en dos ocasiones diarias, una por la mañana y otra por la tarde.

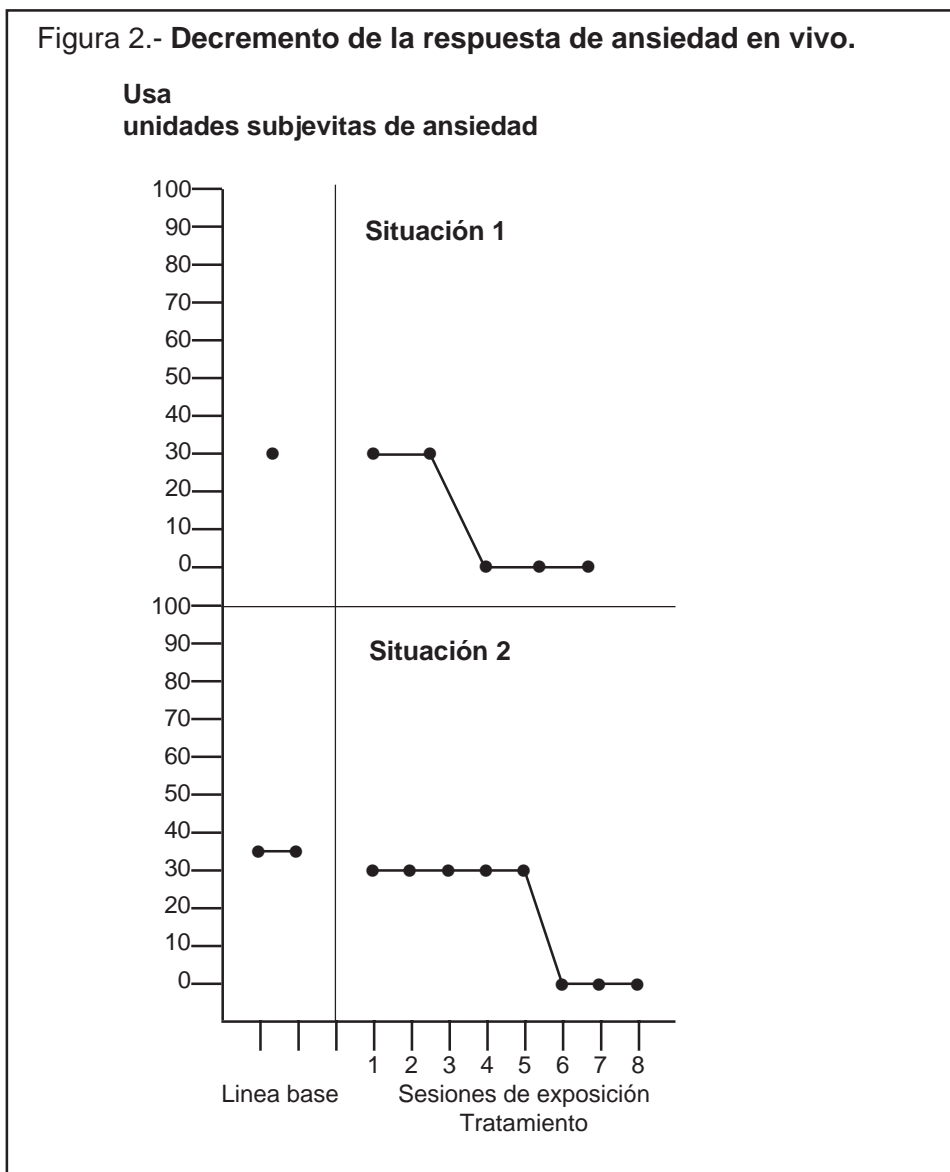
Figura 1.- Disminución de la frecuencia de deseos homosexuales con la intervención conductual.

Frecuencia de deseos homosexuales



En cuanto a la eliminación de la heterofobia, P tenía que enfrentarse a una serie de situaciones previamente establecidas relativas a una interacción sexual real con su novia. Poco a poco, aunque no fácilmente, fueron superándose estas situaciones, hasta que el sujeto pudo llevar a cabo un intercurso normal con su pareja (v., Figura 2). Los pormenores de la aplicación de la terapia de exposición han sido descritos por algunos autores, entre ellos quien escribe (v., Alario, 1.993a).

En la figura 2, se muestra un diseño de línea base múltiple entre situaciones, donde se grafican exclusivamente los datos concernientes a la exposición a las dos primeras situaciones de la jerarquía correspondiente.



2.1.3. Resultados

Con la intervención conductual, se alcanzaron satisfactoriamente los objetivos que juntos, terapeuta y paciente, habían acordado; es decir:.

1. Eliminación de la excitación homosexual (y de los actos masturbatorios asociados).

2. Aumento de la excitación y conductas heterosexuales (coito incluido).

3. Reversión de la heterofobia y de la conducta de evitación vinculada.

Se realizaron controles de seguimiento al mes, 2 meses, 3 meses, 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años y 5 años después de finalizado el tratamiento. Se constató que se mantenía la mejoría alcanzada con la terapia. Cabe mencionar la buena marcha de las relaciones de pareja, a todos los niveles, y un mayor disfrute de sus relaciones sociales y profesionales, tal como comunicó nuestro paciente.

2.1.4. Discusión

El presente caso clínico ilustra la aplicación de un tratamiento conductual en un paciente homosexual egodistónico y no solamente eso, sino que además se patentiza la utilidad del mismo en aquellos casos donde se reúnan una serie de condiciones. Este caso no puede considerarse general de la población homosexual egodistónica, por cuanto reunía una serie de características de buen pronóstico, tales como la existencia de relaciones heterosexuales previas, la ausencia de relaciones homosexuales abiertas, la presencia de adecuadas habilidades sociales para la relación con personas de distinto sexo y la no avanzada edad del sujeto. Empero, el artículo ilustra tópicamente la forma de proceder, desde la terapia de conducta, con ciertos problemas parafilicos y de homosexualidad. Es decir, se trata de pergeñar una estrategia de intervención, plural por definición, con técnicas varias encaminadas a aumentar el comportamiento sexual adaptado y eliminar el problemático, atendiendo también (no en este caso) a los déficits presentes en otras áreas, como masculinidad aparente o capacidad personal para la relación social y sexual con personas de distinto sexo genético.

Son escasas las publicaciones, sobre todo, en castellano donde se apliquen las técnicas elucidadas aquí para problemas de orientación sexual, si bien el autor publicó recientemente unos estudios sobre el particular, donde se incluía el tratamiento de un homosexual egodistónico, aunque con un programa un tanto diferente (Alario 1.993c, 1.995).

En este artículo se describe el tratamiento de un homosexual egodistónico mediante aversión por vergüenza, recondicionamiento orgásmico y exposición in vivo. Después de cinco años de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, con una reducción notable de las conductas problema y una mayor adaptación global.

Palabras clave: aversión por vergüenza, recondicionamiento orgásmico, exposición, autoexposición, homosexualidad egodistónica.

Referencias bibliográficas

- ALARIO BATALLER, S. (1.991a): «Análisis y modificación de conducta de la homosexualidad». Valencia, Promolibro.
- ___ (1.992a): «Aproximaciones teóricas en la investigación de la homosexualidad». Valencia, Promolibro.
- ___ (1.992b): Valoración crítica de las teorías biológicas de la homosexualidad (I). «Cuadernos de Medicina Psicosomática, 20», 48-61.
- ___ (1.992c): Valoración crítica de las teorías biológicas de la homosexualidad (II). «Cuadernos de Medicina Psicosomática, 21», 49-58.
- ___ (1.993c): «Homosexualidad. Aplicación clínica de la evaluación y terapia de conducta en las homosexualidades egodistónica y egosintónica». Valencia, Promolibro.
- ___ (1.995): «Estudio de casos en sexología». Valencia, Promolibro.
- AMERICAN ASSOCIATION COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS (1.980): «Diagnostic and statistical manual of mental disorders». Washington D.C, American Psychiatric Association (DSM-III).
- ___ (1.987): «Diagnostic and statistical manual of mental disorders revised». Washington D.C, American Psychiatric Association (DSM-III-R).
- ___ (1.994): «Diagnostic and statistical manual of mental disorders». Washington D.C, American Psychiatric Association (DSM-IV).
- ANNON, J.S. (1.971): The extension of learning principles to the analysis and treatment of sexual problems. «Dissertation Abstracts International, 32, 6(B)», 3.627.
- BANCROFT, J.H.J. (1.974): «Deviant sexual behavior». London, Oxford University Press.
- BARLOW, D.H. y ABEL, G.G. (1.976): Recent developments in the assessment and treatment of sexual deviations. En «behavior modification: principles, issues and applications» (W.E. GRAIGHEAD et al., eds). Boston, Houghton Miffling.
- BOUDREAU, L. y GRANGER, I. (1.987): Problemas de orientación sexual. En «Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta» (R. LADOUÇER et al., eds.). Madrid, Debate.
- CANTON-DHATARI, A. (1.976): Combined intervention for controlling unwanted homosexual behavior: Part II. «Archives of Sexual Behavior, 25», 116-132.
- CARROBLES, J.A.I. y SANTACREU, J. (1.987): Tratamiento conductual de las variaciones y ofensas sexuales. En «Análisis y modificación de conducta II» (J.A.I. CARROBLES, ed.). Madrid, UNED.
- FARRE MARTI, J.M. et al. (1.983): Abordaje actual de la cuestión homosexual. «Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 10», 139-160.
- FELDMAN, M.P. y McCULLOCH, M.J. (1.971): The application of anticipatory avoidance learning in the treatment of homosexuality. I. Theory, technique and preliminary results. «Behavior Research and Therapy, 2», 165-183.
- MASTERS, W. y JOHNSON, V. (1.979): «Homosexuality in perspective». Boston, Little Brown.
- MARKS, I.M. (1.981): «Cure and care of neurosis». New York, John Wiley & Sons.
- ___ (1.987): «Fears, phobias and rituals». New York, Oxford University Press.
- MARKIS, J.N. (1.970): Orgasmic reconditioning changing sexual object choice through controllably masturbatory fantasies. «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1», 263-271.
- McKAY, M. et al. (1.981): «Thoughts and feeling. The art of cognitive stress intervention». New York, New Harbinger Publications.
- McGUIRE, R. et al. (1.965): Sexual deviations as conditioned behavior. «Behavior Research and Therapy, 2», 185-190.
- MUSE, M. (1.994): «Tratamiento de disfunciones sexuales. Manual terapéutico». Madrid, Tea Ediciones.
- REISNICH, J. (1.992): «Nuevo informe Kinsey». Barcelona, Ediciones Païdo.
- SANTACREU, J. (1.988): Tratamiento de un caso de homosexualidad con entrenamiento en habilidades sociales. En «Aplicaciones clínicas en la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos» (D. MACIA y F.X. MENDEZ, eds.), Madrid, Pirámide.
- SERBER, M. (1.970): Shame aversion therapy. «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1», 213-215.
- ULLMAN, L.P. y KRASNER, L. (1.975): «A psychological approach to abnormal behavior». New York, Prentice Hall.
- WIKRAMASEKERA, I. (1.976): A technique for controlling a certain type of exhibitionism. «Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9», 207-210.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: 933 217 532**

UN CASO DE REORIENTACIÓN SEXUAL EN EL CICLO MEDIO DE LA VIDA

Manuel Villegas y Luigi Turco

Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona
Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035 – Barcelona
E-mail: mvillegas@psi.ub.es

A case of sexual reorientation in the middle of the life span is presented in this article through representative texts of therapeutic process. This process also allows the remission of the agoraphobic symptoms.

Key words: sexual orientation, sexual reorientation, homosexuality, sexual therapy, agoraphobia.

INTRODUCCIÓN

Un caso como el que vamos a comentar en el presente artículo no puede considerarse excepcional, como tampoco es infrecuente que se produzca una demanda de ayuda psicoterapéutica con motivo de una crisis de orientación sexual en el ciclo medio de la vida. A veces se trata de personas, honorables padres o madres de familia, que han llevado una vida bisexual más o menos declarada, o de personas que no habían sospechado lo más mínimo la posibilidad de una tendencia homosexual en sus preferencias sexuales hasta que un encuentro casual con otra pareja del mismo sexo les plantea la cuestión.

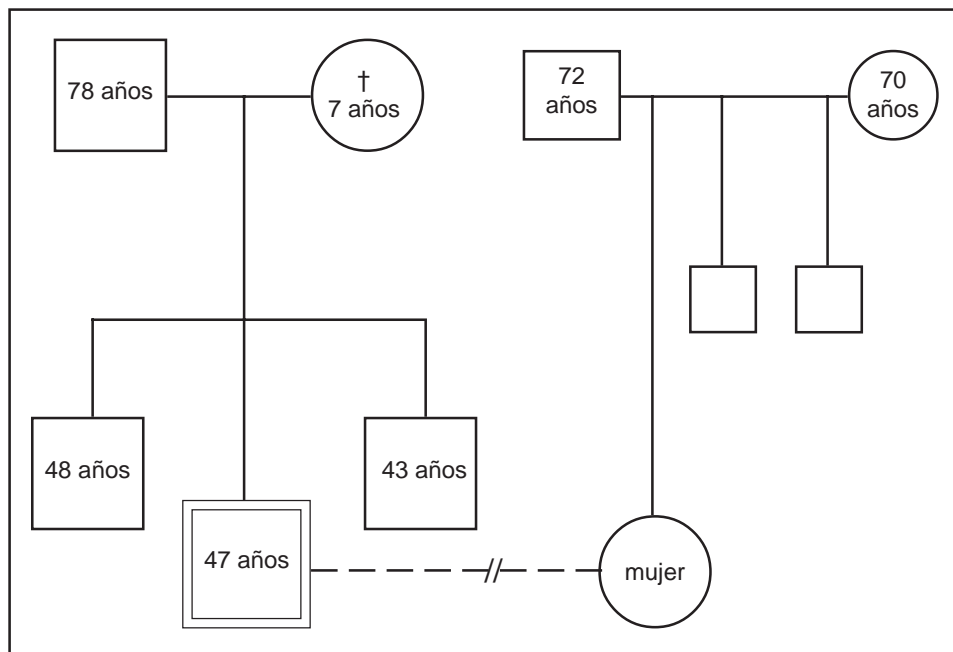
El caso que vamos a considerar presenta, además, la característica de ir acompañado de un trastorno de ansiedad con agorafobia, aparecido inmediatamente después del matrimonio, y que había durado más de 23 años hasta que tales síntomas desaparecen precisamente a raíz de la instauración de una relación homosexual. El seguimiento del caso se llevó a cabo en terapia individual durante unos ocho meses de marzo a diciembre de 1998 en un contexto sanitario de asistencia pública. Se han cambiado todos los nombres de las personas aludidas, así como se ha eliminado cualquier referencia a lugares geográficos u otros detalles que pudieran llevar a su identificación a fin de preservar el anonimato de los protago-

nistas. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento del paciente a quien hemos otorgado arbitrariamente el nombre de Miguel.

Historia de vida y contexto actual

Miguel es un hombre de 47 años, nacido el 20/11/1952, casado desde hace 24 años, y actualmente separado (desde hace pocos meses); tiene un hijo de 23 años que trabaja. Ejerce la profesión de cocinero y administrador en un internado escolar. Su mujer trabaja de secretaria en la misma escuela. Desde enero de 1998 en que de común acuerdo con la mujer deciden separarse, vive en un piso de la ciudad. Su mujer se ha quedado a vivir junto con su hijo Daniel en un pequeño pueblo de 3000 habitantes, a 12 kms. de la ciudad, en una casa de propiedad, en cuyo primer piso todavía viven sus padres, los suegros de Miguel.

Es el segundo de tres hermanos, también casados y con hijos, que viven en la misma región, aunque no en la misma ciudad. Su madre murió en 1991 (patologías relacionadas con el alcohol); el padre, pensionista, era albañil y estuvo en el extranjero durante muchos años; en la actualidad tiene 78 años y desde que murió su esposa vive con otra mujer. La mujer de Miguel es la primera de tres hermanos, también casados, aunque actualmente separados; su padre de 72 años, pensionista, había trabajado en una empresa de energía eléctrica; la madre, de 70 años, es ama de casa. El siguiente cuadro representa el *genograma* de Miguel.



Antecedentes personales y familiares

Cronología de los acontecimientos vitales

- 20/11/1952 nacimiento
- 1962 el padre marcha a trabajar a Suiza
- 1967 inicio de la escuela de hostelería
- 1974 dirección en propiedad de un hotel (cerca de casa)
- 1974 matrimonio
- 1974 inicio de los síntomas fóbicos
- 1975 nacimiento del hijo
- 1980 deja el hotel y lleva un bar
- 1982 deja el bar y hace diversos trabajos
- 1990 trabaja como empleado en un internado para estudiantes
- 1991 (octubre) muere la madre
- 1992 (julio) primera experiencia homosexual
- 1997 (junio) segunda importante experiencia homosexual
- 1998 (enero) cambio de domicilio
- 1998 (noviembre) separación legal

Miguel relata que creció en medio de la violencia doméstica, la de su padre contra su madre, la cual se emborrachaba a menudo. Los recuerdos negativos han permanecido oscurecidos en su mente, durante mucho tiempo, pero después ha tenido que enfrentarse a ellos. No puede evitar recordar, sin embargo, que también había buenos momentos en su vida (“mi padre me llevaba en bicicleta”).

A parte de la clara referencia a la madre, de la cual se exponen graves problemas depresivos y de dependencia alcohólica, en la familia de origen no se refieren problemas de naturaleza psicológica. De pequeño no entendía por qué su madre bebía, y le tenía rencor y rabia por ello. Antes de su muerte, su madre le confesó que bebía porque su marido la engañaba continuamente: “*mi padre siempre fue un gallito, siempre*”.

Ahora dice que conoce los nombres y apellidos de todas las mujeres con las que su padre engañó a su madre, y que tiene un recuerdo de estas mujeres como “mucho más fuertes y decididas de lo que era mi madre” pero que en definitiva las considera unas “*putas*”, aunque estuvieran casadas.

El padre no podía soportar la vista de la madre bajo los efectos de la borrachera, por lo que habitualmente la pegaba. Su madre, a menudo, ni se levantaba de la cama. Los tíos (maternos) de Miguel ya no iban más a la casa por la vergüenza de tener una hermana alcohólica. Sus tíos paternos consideraban a su familia como unos “pobres desgraciados”, sin ninguna base donde aguantarse. Él mismo se avergonzaba de su madre y por ello renunciaba a tener amigos. Miguel empieza a tomar consciencia de esta situación durante el periodo en el que asiste a la escuela media:

“me acuerdo de los traumas que sufría a causa de la confusión mental que me venía cuando pasaban estas cosas. No conseguía estudiar”.

En la actualidad dice poder entender pero no aceptar el comportamiento de su madre:

“por eso yo también puedo entender... o sea puedo entender... tal vez no acepto pero puedo entender el comportamiento de mi madre cuando bebía: tres hijos en casa, un marido ausente que la engañaba, era débil de carácter; durante 30 o 40 años estuvo obligada a hacer de viuda blanca, y mi padre que se iba con mujeres”.

La situación mejoró para su madre cuando el padre se retiró y dejó de viajar por trabajo, pasando mucho tiempo fuera de casa:

“creo que este fue el momento más maravilloso de mi vida, porque mi madre ya no bebía; mientras que antes... quizá después le entró miedo, porque mi padre había tenido varios infartos, quizá se sentía culpable”

En este escenario familiar, el papel que va asumiendo progresivamente Miguel es sustancialmente el de sustituir a la madre en todas sus tareas, en todos los deberes que no podía llevar a cabo a causa de sus condiciones, y esto desde la edad de 8-9 años:

“... ¡cuántas veces me he encontrado haciendo las faenas de mujer! Sentía que mi hermano me tomaba el pelo porque fregaba el suelo, lavaba los platos, preparaba la comida, o sea, todas las cosas que no debe hacer un niño en esa edad... me acuerdo que también me tomaban el pelo las monjas porque hacía las faenas de mujer; yo sé que sufría por esto. Pero si yo no hubiera hecho estas cosas, ¿qué habría pasado? ¿quién las hubiera hecho? Después, mis hermanos, cuando venían a casa, no llamaban a mi madre sino a Miguel: ‘Miguel, ¿me ayudas a hacer los deberes? ¿quién es que lava los platos? Miguel ¿quién es el que quita el polvo?’ Miguel hacía todas las cosas que debía hacer mi madre”.

Miguel define su vínculo de entonces con la madre como *“una madeja enredada”*, una simbiosis; debía controlar a su madre, pero también a su padre porque la pegaba:

“tenía que intentar estar ahí... no podía hacer nada porque era un niño, era un chiquillo, pero... al menos sabía que cuando mi padre había acabado de pegarla podía ver si continuaba respirando o no. Mi padre cogía a mi madre por los cabellos y la arrastraba en medio de la calle, la pegaba con el cinturón... y ¡Dios mío!”.

Se sentía sometido a esta obligación, lo que impedía pensar libremente en sí mismo:

“o sea, tenía que estar presente para asegurarme que la sangre no llegara al río. Ya se había convertido en un círculo vicioso, es decir, aunque fuera a jugar por cinco minutos, mi mente no estaba en el juego... estaba bien

cuando hacía la maleta y me marchaba, pero cuando llegaba tenía que llamar a casa para ver... al menos oír respirar... ”.

Cuando su madre estaba embarazada de él, el segundo, esperaba tener una niña, y también su padre la deseaba, hasta el punto que cuando nació el tercer hijo, también varón, había amenazado incluso con tirarlo por la ventana. Hacia Ismael, su hermano mayor, los padres tenían una actitud protectora porque de pequeño había estado enfermo, parece que tuvo una paresia a un año de edad (“*era el príncipe azul*”), pero, en realidad, después siempre estuvo bien. Ismael estaba poco en casa, sólo para estudiar: “*cuando veía que la cosa se ponía fea se largaba*”. Parece que los padres sentían veneración por este primer hijo, aunque ya de joven se había marchado de casa y tuviera poco diálogo con sus padres

“porque mi hermano, cuando tenía necesidad de algo me preguntaba a mí; cuando, casi a los 50 años, se encontró con el agua en el cuello, no acudió a su padre, sino que vino a mi casa”.

Sobre el carácter de la madre dice que era buena pero testaruda, en el sentido que no perdonaba nada y acostumbraba a pegarlos a los tres, aunque fuera sólo uno de los hermanos quien hubiera hecho las travesuras. Se podía hablar con ella aunque bebiera, se enfadaba con el marido alguna vez, aunque después éste, cuando no conseguía lo que quería, la hacía callar con la típica frase: “*cállate, borracha*”. Los hijos recibían el juicio oficial sobre su madre del mismo padre: “*Y pensar que vuestra mamá podría llevar una vida de señora si no bebiera*». Esto decía”.

Con Miguel, la madre parece haber tenido actitudes ambivalentes (no obstante, poco reconocidas por él.): por un lado, la describe como tierna y dice que está convencido que fue su hijo predilecto, por el otro dice que siempre se las tenían, incluso el día de su matrimonio, cuando le reprochó haber llegado tarde. Una tía de Miguel le contó, unos meses después del matrimonio, que su madre había llorado el día en que se casó, y que estaba triste. Parece que dijo: “*¡para mí esto no es un matrimonio, es un funeral, se están llevando un ataúd!*”.

Miguel tampoco podía pedir nada a la madre, dadas las condiciones en las que se encontraba

“estas frustraciones me las quedaba para mí y en el momento en que la veía serena y que no bebía no quería darle problemas”.

Del padre dice recordar que siempre fue una figura que le daba miedo y hacia la cual sentía un fuerte odio (“*para mí era el terror... el propio terror en persona*”). Lo describe como una figura autoritaria a la que nunca se podía pedir nada:

“mi padre era la típica persona, siempre lo ha sido, con la que estás de buenas si no le pides nada! No pedir nada a mi padre, no decirle que te duele la punta del dedo, porque entonces, la que te espera...; siempre ha sido y sigue siendo así, esta es la verdad”.

Reconoce haber recibido de los suyos una sólida educación moral, como el respeto por los demás, el comportarse como una persona civilizada, tener la

paciencia de no responder; pero en el momento en que tenía necesidad de hablar no estaban, estaban ausentes y así, en muchos momentos o decisiones de su vida, siempre se las ha tenido que arreglar solo.

A los 14 años, se traslada a otra región del país, para estudiar en una escuela de hostelería; y la madre lo acompaña para inscribirse. Así empieza un periodo en que pasa largas temporadas fuera de casa y se siente contento por ello

“amaba mi maleta, en mi maleta yo tenía mi mundo, o sea, estaba fuera y podía ser yo. Siempre tenía la pesadilla de que mi madre... que mi padre matara a mi madre, siempre sentía aquel terror, siempre, porque la maltrataba... para mí la maleta era una huida... para mí era marcharme y no ver más... finalmente la libertad; aunque el miedo permanecía porque me llevaba la experiencia, las pesadillas de casa, pero estaba lejos. Siempre he amado la maleta porque para mí era mi mundo... sé que mi madre lloraba por la idea de que me hubiera ido lejos, pero egoístamente me decía a mí mismo, está bien, al diablo, ya os las arreglaréis solitos”.

Añade que se escapaba también de la vergüenza por la situación de su familia y particularmente por su madre, de la que sus amigos se burlaban a menudo:

“sólo yo sabía, en mi mente de niño, sólo yo sabía que mi madre bebía por temporadas! Luego cuando mis amigos me lo echaron en cara... ¡coño! ¡Qué puñalada!... Yo siempre estaba convencido de que mi madre llevaba una máscara, y decía, se la quitará antes o después. Para mí fueron traumas, malos momentos... ¡cuánto llegué a llorar!.

En 1971 conoce a la que sería su mujer: antes de ella no tuvo relaciones significativas, sólo cosas muy breves e inestables que era él quien cortaba: *“Sí, yo era cobarde, yo siempre he abandonado, siempre...”*. El noviazgo duró tres años. En 1974, Miguel asume la dirección de un hotel cerca de casa; la (futura) mujer no parece muy entusiasmada pero lo ayuda igualmente a llevar la contabilidad. El mismo año deciden casarse, aunque admite que nunca tuvo la intención de hacerlo; pero el suegro les insistía en que lo hicieran, incluso considerando el hecho de que no podían convivir llevando un hotel, hubieran perdido la clientela. De hecho, ella iba los sábados y domingos para estar con él. Así, en 15 días, deciden casarse. Pero pronto recibe la desaprobación del padre: *“¡pero estás loco de casarte! ¡Piénsalo! Tienes un hotel, una casa...”* Inmediatamente después del matrimonio, el padre cambia completamente su actitud hacia él, deja de ayudarlo y sobre todo, al menos al principio, tampoco soporta la mujer (al contrario de lo que sucede con la mujer del tercer hermano). La misma madre de Miguel mantiene durante un tiempo actitudes frías hacia la nuera. En general Miguel define como superficiales las relaciones entre padres y nuera, pero de todos modos respetuosas.

La mujer también venía de una familia con problemas; los suyos no se llevaban bien. Miguel la describe, en aquel periodo, como una persona incapaz de expresar afecto, los sentimientos que tenía, una persona fría, inmadura. Le resultó difícil

aceptar el embarazo del hijo Daniel, habiéndose quedado embarazada a los 20 años. La relación con la mujer ha ido asumiendo las modalidades del sostén recíproco (*"intentamos estar siempre el uno al lado del otro"*).

Inmediatamente después del matrimonio, prácticamente al día siguiente, Miguel advierte las primeras señales de algo que no va; le viene una sensación de constricción mientras entra en el coche para ir a misa. Y después, poco a poco, otros trastornos como el miedo de coger el ascensor, ir en coche, viajar, ir en tren o en avión, taquicardia, sensación de que le falta el aliento; por esto su mujer se convierte cada vez más en un punto de referencia para sus miedos. Pero la historia de su vida matrimonial, para Miguel, *"era una jaula de oro porque había la comodidad, la tranquilidad, la rutina, de ahí no se salía..."*.

Cuando en 1991 muere la madre, para Miguel no cambia nada en particular; le sabe mal porque en los últimos años sentía que había recuperado esta figura tan importante para él, pero no parecen existir consecuencias particulares.

Un año después, en 1992, vive la primera experiencia homosexual, breve, improvisada e inesperada (según sus palabras) y caracterizada sobre todo por relaciones exclusivamente sexuales, de las que informa a su mujer. Sin embargo, no consigue comprender su papel en todo este asunto:

"...no es que yo lo hubiera buscado, pero me sucedió y lo he vivido pero, al cabo de pocos meses, la historia se acabó prácticamente sin complicaciones, ni remordimientos; después seguí viviendo con mi mujer sin problemas, incluso mejor que antes...".

Animado por su mujer accede al año siguiente 1993 a seguir una experiencia de psicoterapia de grupo de 5 días en la que enfrenta tanto sus problemas de ansiedad, sus fobias, como el problema de la homosexualidad, que le sirve de alivio relativo. Las relaciones con la mujer parecen mejorar, aunque hasta aquel momento afirma haber llevado con ella una vida sexual satisfactoria.

En junio de 1997 conoce a Rafael con vive la segunda y decisiva experiencia homosexual, pero esta vez con características de mayor implicación y compromiso afectivo, que inicialmente intenta ocultar a su mujer, lo cual termina por afectar gravemente a la relación matrimonial: excusas, pretextos para salir, mentiras, subterfugios, ausencia de deseo sexual hacia ella. Defiende con agresividad la propia necesidad de tener espacios para sí mismo; hasta que finalmente deciden de común acuerdo, pero por iniciativa de él, vivir separados en diciembre de 1997 buscándose un piso en la ciudad, lejos del domicilio familiar:

"me trasladé enseguida, tal vez lo quería para tener libertad, tal vez no lo quería por miedo a estar solo".

Sin embargo, esta separación es muy contrariada por la mujer, que parece estar cada vez más sorprendida de la evolución que va tomando el caso en la vida de su marido. Éste, a su vez, se debate mucho entre la necesidad de seguir sus propios sentimientos y los reclamos continuos y apremiantes de la mujer para que vuelva

a casa. Se siente muy culpable y por este motivo decide pedir ayuda psicoterapéutica.

Pese a esta separación física, los contactos entre los dos son muy frecuentes. Es particularmente su mujer quien se cuida de que Miguel desarrolle un proceso de reflexión personal, de hecho, le empuja a vivir por su propia cuenta

“de hecho, mi mujer me dijo otra cosa hace un mes: me acuerdo cuando te dije ve a vivir solo, que quizá consigas comprender mejor quién eres y qué quieres”,

y también es ella quien le sugiere dirigirse a un psicólogo

“vamos los dos a ver qué es lo que está pasando porque es imposible que tú hayas cambiado de esta manera, ¿quieres venir conmigo? –me dijo porque yo ya no puedo más, tengo que entender qué está pasando, me debo meter en la cabeza que has decidido vivir otra vida, vivirla como quieres y por tanto te debo borrar de mi vida, pero me debo hacer una idea”.

La demanda y la problematización específica en el contexto de vida

Miguel contacta con el terapeuta por primera vez a principios del mes de abril de 1998, derivado por la Psicóloga con la que había empezado el tratamiento que tuvo que interrumpir después de cuatro entrevistas por motivos relacionados con una baja por maternidad. Antes de esta experiencia de tratamiento breve, Miguel había contactado con otra psicóloga o psiquiatra del local de servicio público. En ambos casos dice haber recibido dos juicios de homosexualidad muy contundentes, que él encajó con profundo desacuerdo porque contrastaban con sus vivencias internas ambivalentes.

“La psicóloga me dijo: eres gay, méteelo en la cabeza! ... Pero entonces yo soy un gay frustrado, es decir, debe acabar lo que es mi mujer, mi hijo, vivir mi vida de homosexual...”.

Miguel pide una consulta psicológica para satisfacer una necesidad de comprensión respecto lo que le está sucediendo respecto a la esfera de su identidad sexual

“yo quería entender porqué me han pasado estas cosas... yo ya no quiero otro juicio o diagnóstico, quiero enfrentar mi cambio, ¡pero con tranquilidad!”.

En la primera entrevista, explica el motivo por el que pide ayuda psicológica que no es otro que la situación desencadenada entre él y su mujer a causa de su reciente aventura homosexual. Enseguida se hace evidente que el problema no se debe a la relación homosexual estable que ha empezado desde hace algunos meses, ni a particulares resonancias emotivas perturbadoras, ligadas a este hecho. El problema objeto de la demanda de ayuda parece estar constituido, en esencia, sobre todo por la necesidad de dar una respuesta clara a su mujer.

Ésta es por lo menos la impresión que se extrae de esta primera entrevista, así como el hecho de que, para Miguel, las cosas no parecen ser tan confusas como para

su mujer. En efecto, Miguel distingue en su interior dos componentes “ la razón y el sentimiento”, la primera lo llevaría hacia la mujer en una actitud reparadora; el segundo, lo liga felizmente a la nueva relación homosexual. Enseguida pone una clara condición que deja entrever inmediatamente el verdadero motivo de la demanda de ayuda de Miguel:

“quiero volver con mi mujer pero después de haber entendido quién soy y qué es lo que quiero”.

El motivo de preocupación fundamental, que está también en la base de la demanda actual de ayuda, reside para Miguel en la incapacidad de separarse a sí mismo y sus asuntos personales de la angustia que experimenta su mujer desde que empezó todo esto

“...es esto lo que me atormenta: que mi mujer me siga diciendo que ha vivido 23 años de felicidad conmigo ... y después de 23 años se encuentra con que no sabe, no que no sabe..., sino que no entiende por qué han pasado estas cosas. Mi mujer me dijo: llevaré el secreto a mi tumba, yo no puedo hablar de ello con nadie, o sea, tú te has ido a la cama con un hombre, yo no se lo podré decir a nadie, no se lo podré decir a mi hijo, son sufrimientos míos y me los llevaré a la tumba pero no consigo entender porqué han pasado estas cosas; el día que lo entienda, porqué han pasado, podré decir que te borro de mi vida ¡pero ahora no lo consigo! ¡Y para mí esto es un tormento!”.

Miguel no consigue liberarse de un conflicto interior por el cual se siente dividido entre la atracción física y psicológica hacia Rafael y el vínculo con su familia, hacia la que se siente culpable, y que hace oscilar el péndulo de su voluntad, alternativamente, entre volver a casa o abandonarla definitivamente para abrazar una nueva vida. Naturalmente, esto también disminuye la tranquilidad con la que le gustaría vivir la nueva experiencia:

“También porque yo no estoy contento, o sea me estoy dando cuenta que no me siento contento... para mí todo es insípido. Me levantaba por la mañana y siempre estaba contento, sabía cómo organizarme el día, iba a caminar y estaba contento; ahora me levanto con una apatía que... esta mañana en vez de ir a trabajar a las ocho he ido a las diez, y ¡no me ha importado en absoluto! Me he dicho: ¡estoy en las últimas! Ya no encuentro satisfacción en nada... me estoy construyendo una casa, pero me importa un carajo, la casa, hace seis meses que está ahí, podría ir a habitarla. ...”.

Por un lado le gustaría volver a casa, pero no quiere hacerlo si primero no está convencido de que volverá “como antes”. Y ahora no se siente “como antes”

“porque no me cuesta nada ir ahí, a casa, coger a mi hijo y mi mujer, y marcharme a mi casa! Yo quiero sentir ... o siento lo mismo que sentía antes o no voy, porque no me gusta fingir; o sea estoy mal ahora así, estoy mal pensando en volver a casa en estas condiciones, porque volvería como

un saco vacío, sin sentimientos, con un follón en la cabeza, que es cosa de locos; o vuelvo con las ideas claras o no vuelvo.

Por otro lado, no logra distanciarse de esta nueva relación que lo absorbe mucho en el plano afectivo

“O sea mi forma de vivir es una y mi manera de pensar es otra... porque yo, esta historia, la estoy viviendo con toda la tranquilidad, pero después cuando veo mi mujer me siento totalmente desquiciado”.

Vivir con toda la tranquilidad la nueva historia para Miguel significaría engañar a su mujer

“¿acaso no la estoy engañando ahora? ¡Ahora yo vivo como quiero vivir y ella está ahí, esperando!”

y significa desinteresarse por su sufrimiento, de hecho, tiene miedo de

“... que sufra un colapso, porque la he visto flaca, envejecida, cansada; continuamente dice que es absurdo vivir cuando no existe un motivo para vivir; dice que antes, cuando volvía a casa, siempre había alguien, que cuando las cosas no iban bien al menos estaba su familia, su marido, y que ahora no tiene a nadie”.

Ya en la 1ª entrevista: (06.04.98) queda bien definido el motivo y el objetivo de la demanda:

“Pasó que este verano conocí a un hombre. Empezamos a vernos; en pocas palabras, empezamos a tenernos simpatía y a mantener relaciones. La historia continuó. Yo hablé de ello con mi mujer, que lo sabe todo... Digamos que si yo hubiera sido una persona normal, no hubiera dado más importancia a esta historia. Si mi mujer me hubiera dicho: “vete, eres gay, eres un cabrón, puede que esta historia hubiera terminado”; pero mi mujer sólo me dijo “son cosas que pasan en la vida”; dice que no puede olvidarme en absoluto, porque siempre ha vivido cerca de mí... y la historia ha continuado... En el mes de diciembre, de acuerdo con mi mujer, decidimos, no digamos separarnos... pero mi mujer tenía un poco de miedo de mí, de mis reacciones y tenía miedo porque había cambiado y de la violencia física... Esto es lo que me atormenta: que mi mujer me siga diciendo que ha vivido 23 años de felicidad conmigo... y después de 23 años me encuentro con que no sé, no que no sé... sabe el porqué, pero no entiende por qué han pasado estas cosas. Yo también quería entender porqué me han pasado estas cosas... ¿si soy gay o no soy gay? ¡Eso es todo! Continúo viendo a mi hijo; lo veo, vamos a comer cada semana; a mi mujer la sigo viendo, para mí es una satisfacción verla; me vienen ganas de tocarla... lo hago... porque quizá era la costumbre, quizá era... ¡qué cojones! ¡En el fondo yo he estado bien con mi mujer! No es que haya vivido un infierno como para decir voy a la cama con mi mujer y no la follo, o sea, me cuesta follarla, no; yo a mi mujer, la he follado durante 30 años...”

porque si fuese gay no hubiera follado con mi mujer, no creo... ¿qué era? ¿Un hecho mecánico? ¡Yo siempre sentí placer! Yo, cuando conocí esta persona, tenía relaciones con mi mujer...

Son dos cosas distintas: estoy empleando la razón y los sentimientos. O sea pienso: he vivido 23 años con mi mujer, vale, después me pasa una historia así. Yo durante 4-5 meses di por acabada mi relación con mi mujer; como sentimientos, mi mujer ya no existía; iba a la cama con mi mujer pero era un acto mecánico.

Después pasé de una fase de alteración a una fase un poco monótona, y me preguntaba qué me estaba sucediendo; y después entré en una fase crítica y de aquí ya no he salido. Yo lo quería a él y la quería a ella, por eso viví en el conflicto. Viví bien, bastante bien y estoy viviendo mal: esta es la verdad, porque si yo viviera bien no hubiera venido aquí... Me cuesta poco ir a casa, coger a mi hijo y a mi mujer e irme a mi casa.

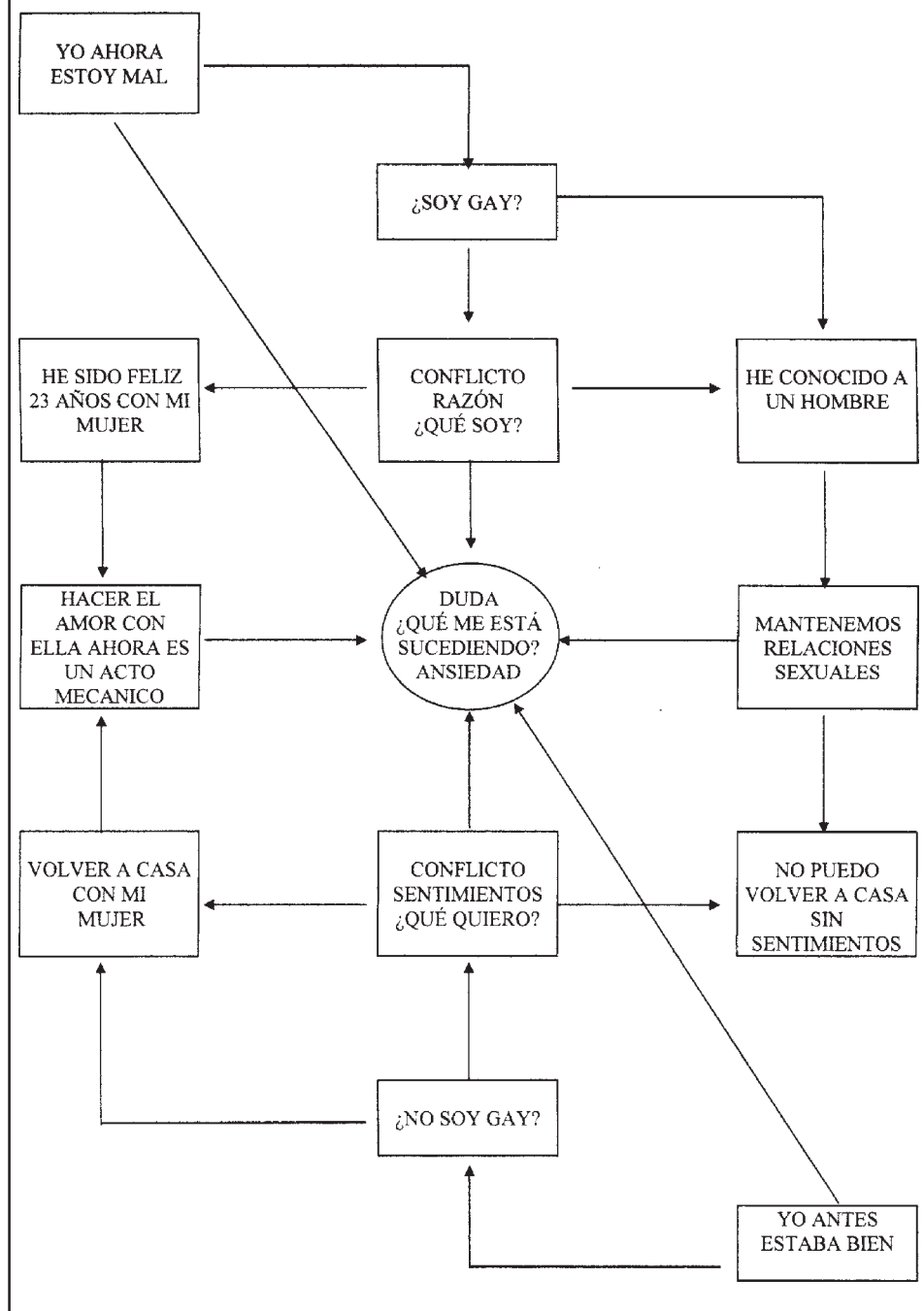
Yo quiero sentir... mejor dicho, siento las mismas cosas que sentía antes, sino no iría porque no me gusta fingir; es decir yo ahora estoy mal, estoy mal así pensando en volver en estas condiciones, porque volvería como un saco vacío, sin sentimientos, con un barullo en la cabeza, que son cosas de locos. O vuelvo con las ideas lúcidas o no vuelvo.

Quiero saber, quiero entender qué me está sucediendo... espero entender, entender qué soy, o qué quiero; porque en este punto no sé ni qué soy ni qué quiero..."

Para analizar éste y los sucesivos textos que vamos a considerar utilizaremos el método de análisis textual, desarrollado por nosotros (Villegas, 1992, 1993a) y aplicado en numerosos casos (Villegas, 1995, 1997, 1998). El objetivo final de este tipo de análisis es explicitar la macroestructura en la que se actualiza la matriz discursiva del sujeto. A fin de evitar al lector los prolijos y minuciosos pasos que requiere el método nos limitaremos exclusivamente a la representación gráfica final de la macroestructura donde se pone de manifiesto la síntesis del discurso en toda su complejidad.

La macroestructura discursiva de este texto (Figura 1) pone en primer plano un estado de ansiedad y duda, producto del conflicto entre la razón (“*qué soy*”) y el sentimiento (“*qué quiero ser*”) respecto a la experiencia de haber conocido a un hombre y haber mantenido relaciones sexuales con él, lo que le plantea la doble cuestión de su identidad sexual y la del sentido de la continuidad de su matrimonio. Esta experiencia vivida como algo caído del cielo (“*¿qué me está sucediendo?*”), que le ha llevado a la separación conyugal, le ha cambiado los sentimientos: hacer el amor con su mujer es ahora un acto mecánico, y no tendría sentido volver a casa como un saco vacío. En el fondo la gran cuestión a resolver por Miguel es la de su identidad sexual, de la que las demás son consecuencia: “*soy gay o no soy gay*”,

FIGURA 1 ANALISIS DE LA DEMANDA
(1ª Entrevista - 06.04.98)



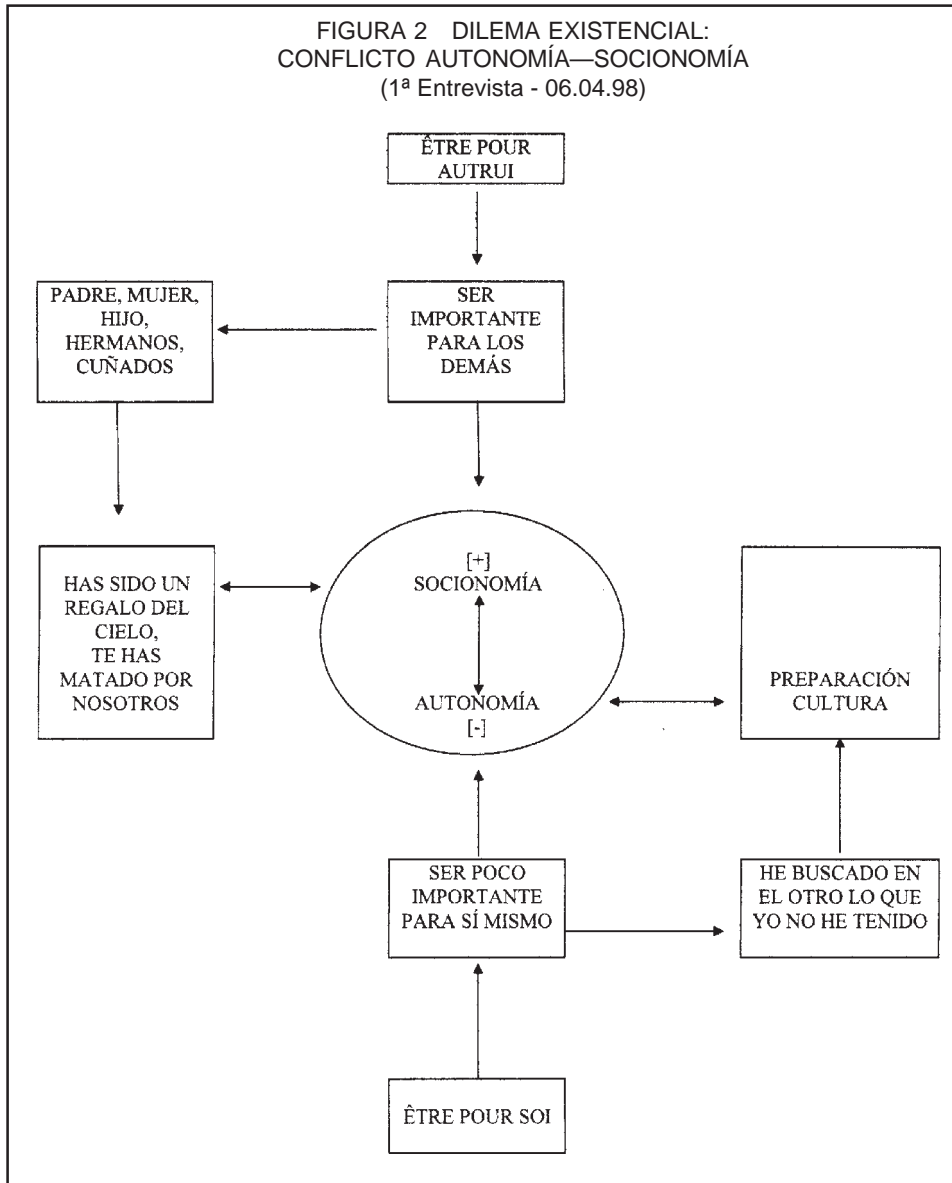
porque si soy gay todo queda justificado, pero si no lo soy ¿cómo entender lo que me ha sucedido?. Pero si lo soy ¿cómo explicar los 23 años de felicidad en el matrimonio? Y si lo soy, ¿lo soy por naturaleza o me he convertido en tal con el paso del tiempo? ¿es el resultado del destino o de una decisión mía? El intento de dar respuestas a estas preguntas va a constituir el núcleo del resto de las sesiones que va a durar la terapia.

El otro gran foco de angustia que expone Miguel ya en esta primera entrevista (06.04.98) viene dado por los sentimientos de culpa que siente hacia todos aquellos que, desde su abandono de la familia, imploran su presencia: el padre, los hermanos, el hijo, pero sobre todo su mujer, verdadero protagonista, después de Miguel, de ésta pero también de las otras entrevistas:

“Lo sé, tal vez he buscado en la otra persona lo que yo nunca he sido: una persona culta, que ha estudiado, preparada, una persona importante. En cambio yo siempre he sido importante para los demás. Porque mi hijo siempre me ha dicho: “tú has sido un maestro de vida...piensa” –me dijo- “que mi vida ha sido como estar dentro una piscina, tú me has cogido y me has metido en el agua, sólo me has enseñado a nadar y siempre me has dicho: en la vida te debes apañar” esto me lo ha dicho mi hijo- “pero sabía que en el momento en que caía, me daba la vuelta y estaba el maestro... y una mañana me encontré arrojado en un océano y que el maestro ya no estaba”... Mi mujer me ha dicho que ha pasado 23 años de felicidad conmigo y que lo que he representado para ella, por muchos hombres que pueda encontrar, si jamás volviera enamorarse, no lo podrá encontrar. Esto me lo ha dicho mi mujer. Mi padre me ha dicho que podía besar el suelo por donde yo dejaba mis pisadas, y esto me lo ha dicho un padre de 78 años... Mis hermanos, cuando me marché de casa, hicieron de todo para venir a buscarme, para interesarse por mí, pero no para saber qué hacía, porque yo estuve con ellos ayer y me dijeron –mis hermanos y mis cuñados- te echamos de menos porque para nosotros siempre has sido un regalo del cielo, tú nos has resuelto problemas, te has matado por nosotros y nosotros siempre estaremos a tu lado. Esto me lo dijeron ayer mis hermanos y mis cuñados.”

El conflicto conyugal y familiar desencadenado por su decisión de irse de casa y concederse un espacio de libertad para vivir su experiencia homosexual ha hecho saltar la verdadera naturaleza de su dilema existencial (Figura 2), que en términos sartreanos puede definirse como el conflicto entre “*être pour soi ou être pour autrui*” (ser para sí mismo como contrario a ser para los demás). Este conflicto, que desde una perspectiva evolutiva implica un desarrollo de la socionomía en detrimento de la autonomía (Villegas, 1993b), motivo por el cual las personas quedan atrapadas en un conflicto de fidelidades, muy típico, aunque no exclusivo de niños parentalizados, es característico de las personas con sintomatología agorafóbica

FIGURA 2 DILEMA EXISTENCIAL:
CONFLICTO AUTONOMÍA—SOCIONOMÍA
(1ª Entrevista - 06.04.98)



(Villegas, 1995) tal como queda magníficamente ilustrado en el caso de Miguel.

Desarrollo del proceso terapéutico:

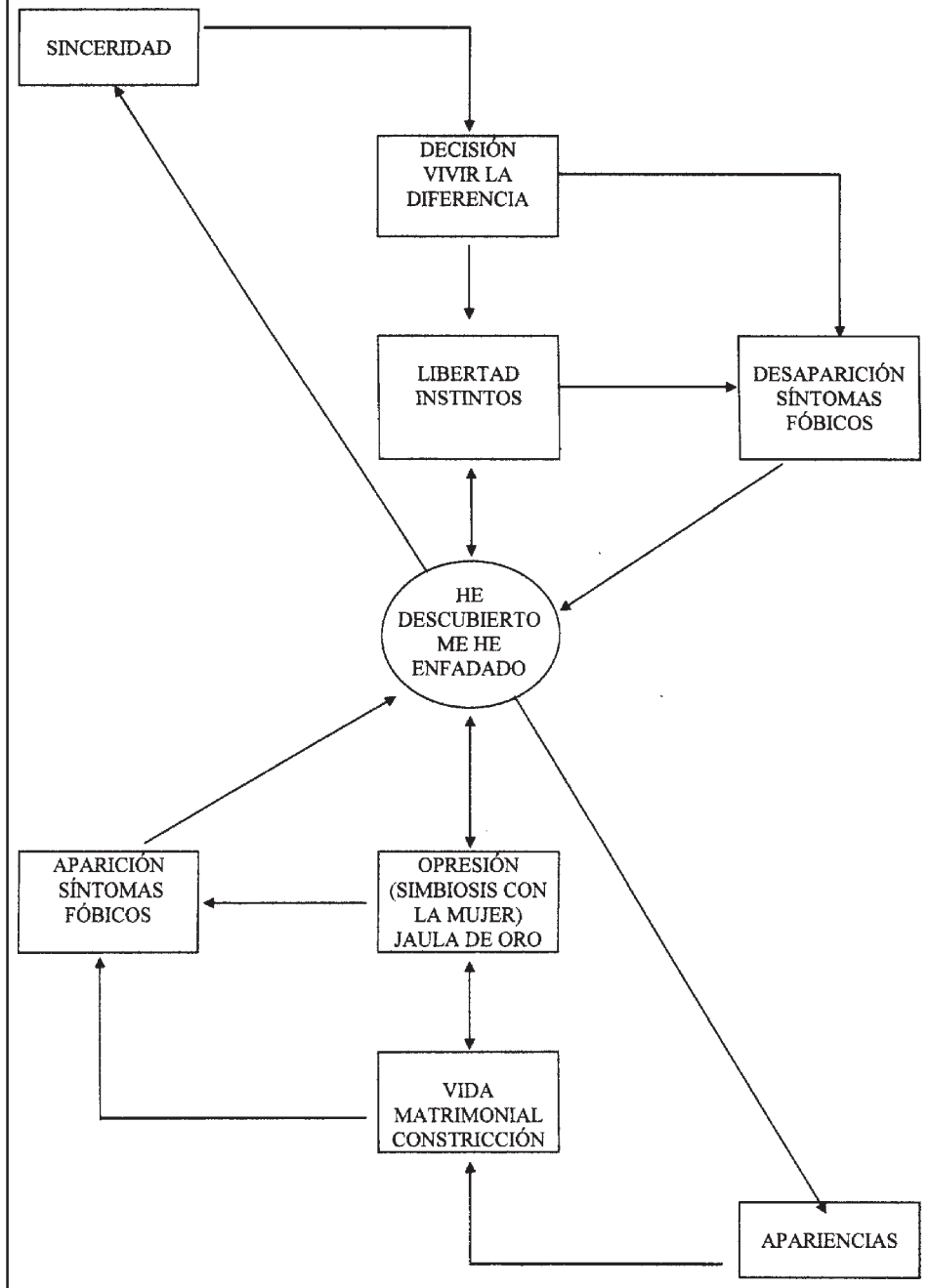
Las entrevistas siguientes, en efecto, sirven para aclarar mejor las circunstancias que dieron origen a esta relación homosexual definitiva. Se constata que no es la primera en su vida, puesto que ya había habido otra cinco años atrás, aunque sólo

en el plano físico. De este modo se ponen de manifiesto otro aspecto bastante significativo, expresado por el mismo Miguel: el inicio de esta relación homosexual coincide con la atenuación o casi desaparición de los trastornos de naturaleza fóbica, iniciados al día siguiente del matrimonio y arrastrados durante todos estos años. El análisis del tema de los temores de carácter fóbico, que aparecieron inmediatamente después del matrimonio, pone de manifiesto que el matrimonio no surge de la propia elección de Miguel; además su mujer, como persona, defrauda gradualmente sus expectativas. Miguel expresa claramente que, al contrario de lo que le ha sucedido con su matrimonio, en el caso de su relación homosexual no se ha visto obligado, sino llevado por una verdadera y auténtica elección. Según las propias palabras de Miguel en la 2ª Entrevista, (20.04.98) la decisión de aceptar la diferencia le ha liberado de los síntomas fóbicos que había arrastrado desde el día de su matrimonio:

“He descubierto una cosa, que desde que vivo mi diferencia ya no tengo miedo como hace un año del ascensor, de la soledad, de viajar en coche, que todavía me queda, como un viaje por mar o en avión... Pero ya no tengo taquicardia, la sensación de que te falta el aliento, que empiezas a sudar, que te tiemblan las piernas, que te coge pánico. Estos últimos meses ya no lo tengo. De hecho me he enfadado, soy sincero, me he dicho: tal vez es verdad, he vivido una vida matrimonial que aparentemente aceptaba pero que me sofocaba, me oprimía... La historia de mi matrimonio para mí era una jaula de oro, a causa de la comodidad y la tranquilidad de la rutina de la vida cotidiana. Pero no estaba bien porque de lo contrario no habría buscado a este hombre. En el momento en que di libertad a mi instinto me sentí tranquilo, ya no tengo miedo de la soledad, vivo solo en un piso cosa que antes nunca hice para nada; no hubiera hecho ni siquiera 30 Km. en coche... No ha sido una constricción ir con este hombre, ha sido una decisión que he tomado”.

El núcleo de la macroestructura de este texto (Figura 3) es el descubrimiento de que su matrimonio ha sido producto de una constricción (los motivos alegados por el suegro en contra de las advertencias del padre) y que la experiencia de estos años de “felicidad” no ha sido más que la ilusión de una seguridad opresiva, vivida en una “jaula de oro”: la simbiosis con la mujer que le llevó a la agorafobia desde el día siguiente a la boda. Contexto frecuente de la aparición de este tipo de síntomas lo constituyen, en efecto, como hemos tenido ocasión de constatar en otro lugar (Villegas 1995), las situaciones como la descrita en la que el sujeto ve constreñida su libertad de una forma permanente. La reacción emocional a este descubrimiento ha sido el enfado que le ha permitido tomar la decisión de vivir la diferencia sexual, dando libertad a sus instintos, lo que ha dado como resultado la desaparición casi espontánea de todos sus síntomas agorafóbicos. En definitiva lo que ha curado a Miguel ha sido la decisión de romper con las apariencias y tomar partido por la sinceridad o autenticidad.

FIGURA 3 SENTIDO Y LIBERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS
(2ª Entrevista - 20.04.98)



En la tercera y cuarta sesión aparece el dilema moral con relación a los sentimientos de necesidad de liberarse de la mujer. A diferencia de las sesiones anteriores Miguel acude a la tercera entrevista (27.04.98) en un estado de agitación particular. El motivo es que la mujer lo ha amenazado en medio de una escena de celos explosivos con hacer una tontería (*suicidarse*) si no vuelve a casa. Esto lo vive Miguel como una manipulación de sus sentimientos de culpabilidad y se pregunta si es justo o injusto haberse separado:

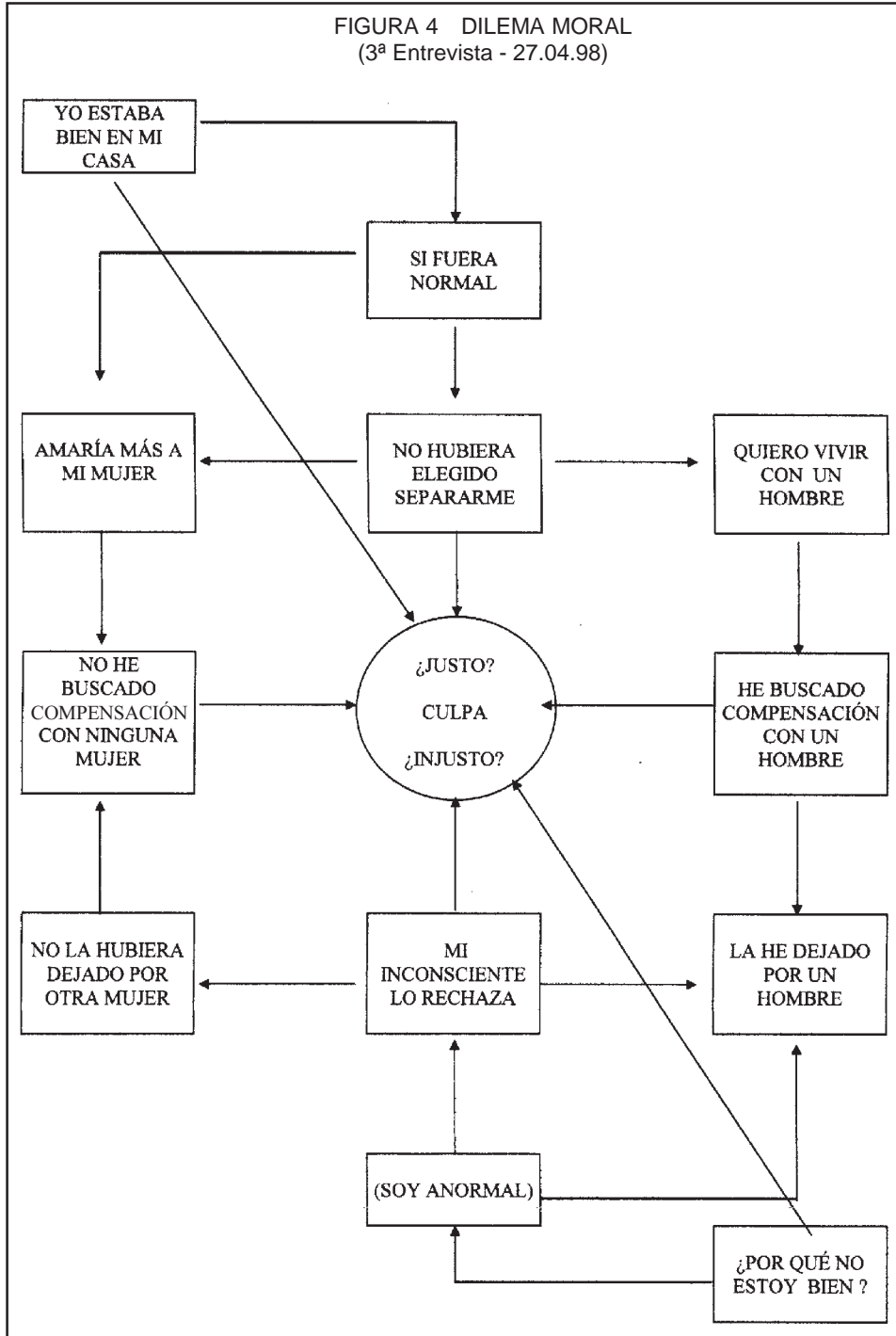
“En el fondo si yo hubiera estado dentro de la normalidad, a mi mujer la hubiera amado todavía más, la hubiera amado inmensamente; porque yo, a mi mujer, la he viciado, la he mimado. En el fondo, yo estaba bien en mi casa por eso nunca la hubiera dejado por otra mujer. Porque no hubiera buscado una compensación con una mujer, he buscado una compensación con otro hombre y entonces quizá es justo que yo me separe porque pensándolo bien... en cambio mi inconsciente lo rechaza porque me pierdo; no, ¡no es justo!... Yo he buscado un hombre en lugar de una mujer. Y si he elegido separarme de mi mujer es porque yo quiero vivir con un hombre. ¿Por qué entonces no estoy bien viviendo con un hombre? ¿Tengo sentimientos de culpa?”

La macroestructura de este texto (Figura 4) gira alrededor del sentimiento de culpabilidad que sólo puede resolver en términos de un juicio moral sobre lo que ha hecho. La justificación, implícita en su discurso, por oposición a la condición inicial (“*si fuera normal*”) es la anormalidad (ser gay por naturaleza o destino). Si no fuera por esta condición fatalista no hubiera dejado a su mujer, sino que la hubiera amado todavía más: no tenía él motivos para irse de casa si estaba bien en ella y en cambio no está bien fuera de ella. Sin embargo ha decidido, justamente por una razón de coherencia y de autenticidad o sinceridad como veíamos en un texto anterior separarse de su mujer, no para irse con otra, lo que hubiera sido injusto, sino para seguir su tendencia homosexual, lo que es inevitable.

La duda sin embargo, alimentada por la reacción emocional de la mujer, de lo correcto de tal decisión mantiene el sentimiento de culpabilidad abierto como una herida que o se cierra. La reacción a este malestar va a ser un sueño, donde el “inconsciente” va tomar partido en este dilema a su favor y en contra de la mujer. Este sueño lo hemos titulado “del coche” y lo trae a la sesión siguiente, la cuarta (04.05.98):

“Esta noche he tenido pesadillas, creo que debido precisamente a lo que me contaba mi mujer; es extraño decirlo, no sé si son buenos o malos, porque yo, estas cosas nunca las he sentido; pero si las he soñado...; o sea no sé qué importancia darles: o sea a esta mujer... esta noche quería eliminar a mi mujer, algo que nunca me había pasado. Es decir, en el sueño ella permanecía pegada a mí, yo me marchaba en coche, ella se quedaba enganchada a mi coche, yo no quería que estuviera; le repetía: estoy bien,

FIGURA 4 DILEMA MORAL
(3ª Entrevista - 27.04.98)



deja de estar ahí pegada a mi coche... a mí. Y enseguida me he despertado... me he despertado mal, me he levantado y he vuelto a dormir. Nunca había tenido estos sueños. Pero el deseo de eliminarla no en el sentido de matarla, ¿eh?; eliminarla en el sentido de quitármela de encima: ¡vete! ; es inútil que sigas estando aquí, o sea, que no me das, que me oprimes, que no me das libertad. Después me he despertado... mal, yo estas cosas nunca las había pensado.” (Figura 5).

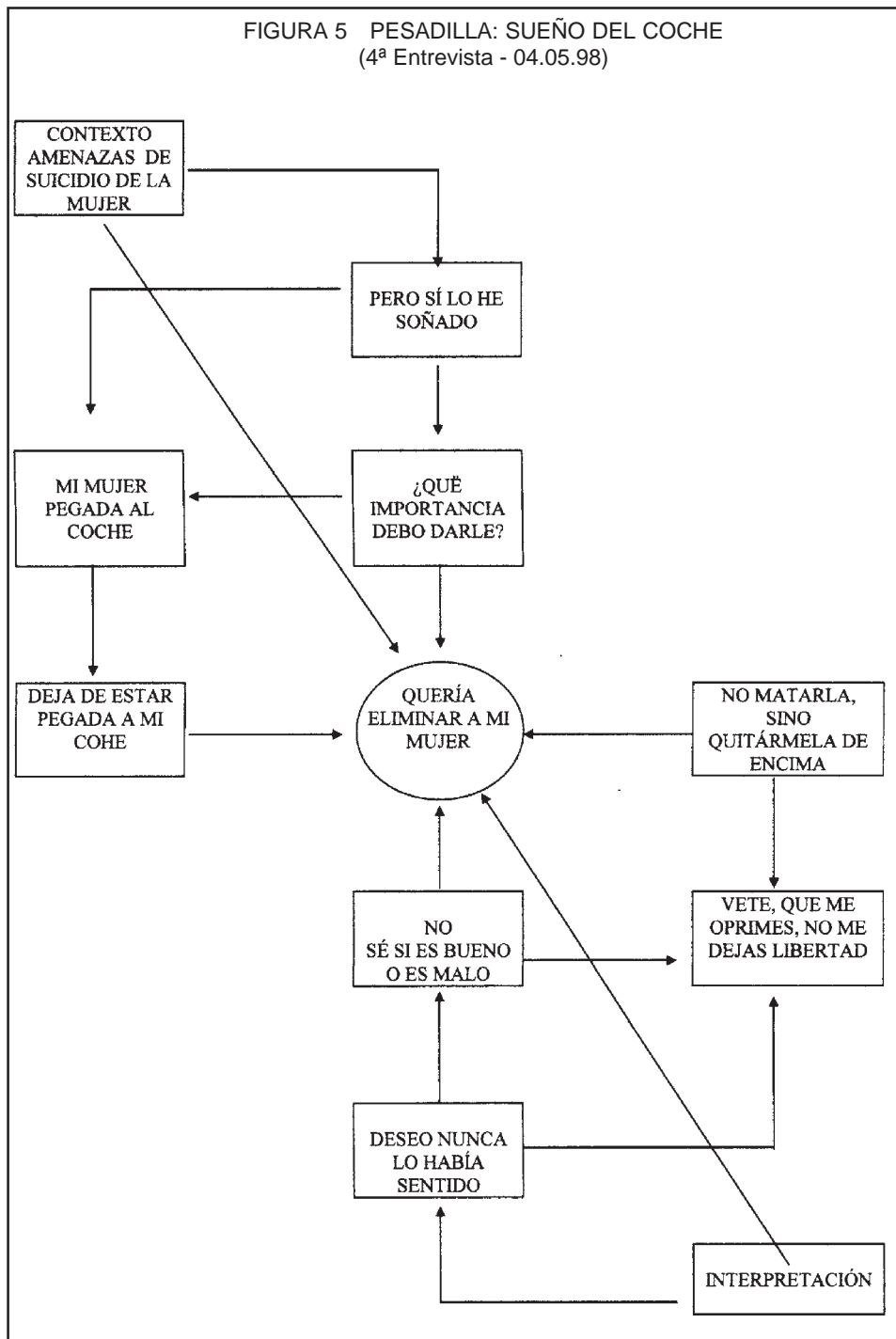
A medida que se avanza en el proceso, se le propone confrontar la relación que tiene con Rafael, el hombre que ha conocido; con la relación que tenía con la mujer. Por un lado, aparece que con la mujer Miguel se sentía una “marioneta”, “*un ama de casa*”; pero seguro en el plano de la fidelidad conyugal. Por lo contrario, de la relación que tiene con el hombre con el que está ahora recibe lo que siempre había deseado para sí mismo, la cultura –de hecho, Rafael es profesor- y por esto una consideración de sí mismo no estrechamente conectada a lo que hacía por los demás, primero en su familia y después con su mujer. Sin embargo reconoce algunos inconvenientes: también le sucede que hace de “*enfermera de la Cruz Roja*” con este hombre y vive además una grave amenaza que no vivía con su mujer: la posibilidad de ser engañado.

Ya en la novena sesión, Miguel viene con un gran malestar por el abandono de su nuevo compañero. Lo que se puede observar en el relato, interrumpido por reacciones de dolor y sollozos, es la casi completa condición de desamparo en la que Rafael ha dejado Miguel, que ahora se promete no contar nunca más con nadie que no sea él mismo. Miguel está sorprendido porque se entera que ha sido abandonado no por motivos de infidelidad, sino simplemente porque Rafael ha decidido que su historia debía acabar. Esto le hace replantear el miedo a la soledad que le ha acompañado durante muchos años de su vida.

En la décima entrevista, sorprendentemente, todo vuelve a ser como antes. Desaparecen todas las angustias con respecto a Rafael, se recupera la relación. De todos modos, ha sido una semana útil para Miguel porque ha comprendido el papel que tiene Rafael en su vida: un punto de referencia para su seguridad interior, que sin embargo no puede apresar. Ahora Miguel comprende la importancia de tener una relación pero siendo libre de estar en ella:

“... porque para mí era una seguridad... yo le puse un collar en el cuello por el miedo... sin duda porque tenía la necesidad de que estuviera... ahora esto ya no lo quiero. Ayer se lo dije: me he equivocado completamente en todo en nuestra relación, mi inseguridad me ha llevado a ponerte dentro de una campana de cristal, te he ensalzado y honrado delante de los demás, te he venerado, te he buscado, pero ahora basta, ahora yo sé que cada uno de nosotros tiene derecho a vivir, si quieres que nuestra relación continúe te respeto, pero que sepas que si no hay respeto no debe continuar, porque si para ti la semana pasada era buena para dejarlo ahí

FIGURA 5 PESADILLA: SUEÑO DEL COCHE
(4ª Entrevista - 04.05.98)



todo, ahora esta es mi semana porque yo no vendré más... o sea, si me necesitas, yo estaré, si me respetas como persona, si no me respetas la puerta está abierta... o sea, yo no quiero condicionarte y no quiero estar condicionado, si existe una relación debe ser una relación de estima, de respeto, pero con la libertad de los dos”.

De este modo, se hace casi automático el vínculo entre el tema de la libertad y el de la elección no-elección de la propia homosexualidad o del propio matrimonio, o todavía de otros residuos del pasado. Es un pasaje importante porque Miguel tiene la posibilidad de enfocar su antiguo modo de cuidar a los demás, de estar siempre disponible, ser responsable, conectarlo con su necesidad de conservar las relaciones con las personas de referencia.

En la undécima entrevista (13.07.98), Miguel acude sorprendentemente con la determinación de cerrar definitivamente la relación con su mujer, formulando la intención de proponer incluso la anulación del matrimonio. Es sorprendente porque está en contraste con el espíritu con el que decidió llevar adelante el trabajo en la terapia y porque no nace de un proceso de maduración de una autonomía propia; de hecho esta entrevista se cierra con una demanda por parte de Miguel de clarificación de una duda inherente a la elección de vivir su propia homosexualidad: “¿dónde se detiene una persona? ¿dónde quiere o donde está?”. En la duodécima entrevista se prosigue en el trabajo de clarificación de este aparente pero no casual dilema para Miguel. La homosexualidad ¿viene determinada por la propia voluntad o por la propia identidad? El dilema no es casual porque Miguel cree que no ha elegido su homosexualidad, sino que se la ha encontrado. En esta entrevista conviene fijarse en el modo en que Miguel coloca el hecho de su homosexualidad en el mismo plano que otros hechos que le han sido impuestos en su vida y que por tanto no ha podido escoger:

“¿La ambigüedad es una mala cosa! ¡Me encuentro en un estado de transición! Pero, ¿dónde se para una persona? ¿dónde quiere o allí dónde se encuentra?

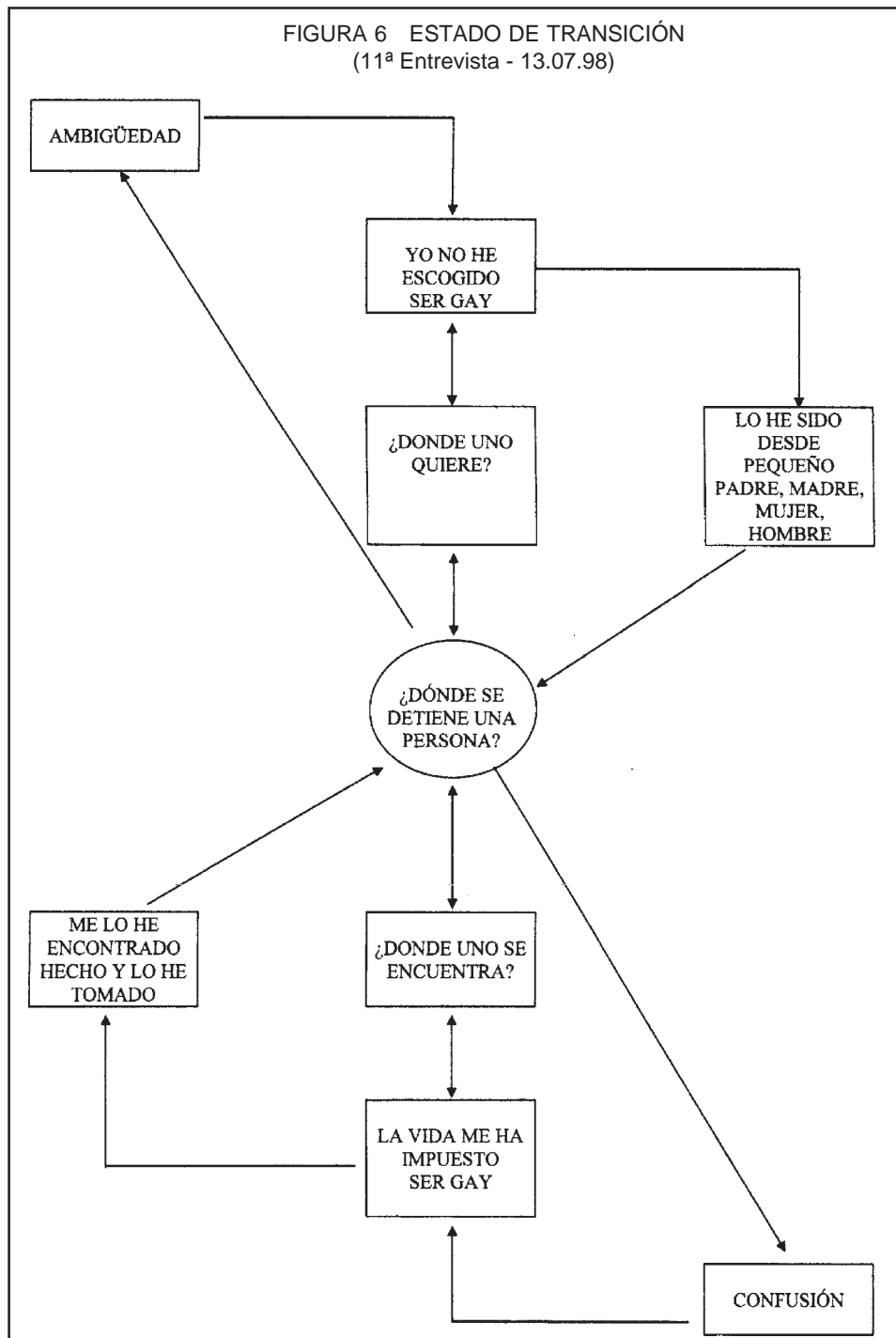
¡Yo no lo he querido, no lo he elegido! ... ¡no he escogido la confusión de mi vida y lo que soy no lo he elegido yo! ¡Me lo he encontrado hecho y lo he tomado!

...si yo hubiera querido ser gay no estaría aquí preguntándome ¿por qué? ; preguntándole al doctor si estoy contento de serlo. En cambio me he dicho: en el fondo mi vida me ha impuesto esta manera de ser, porque si yo me he dado cuenta que soy así es porque lo he sido desde pequeño. ¡Padre, madre, mujer, hombre!”.

Conclusión de la terapia

Después de la duodécima entrevista, el trabajo se orientó a consolidar el significado emancipatorio de la elección de vivir la experiencia homosexual como

FIGURA 6 ESTADO DE TRANSICIÓN
(11ª Entrevista - 13.07.98)



una elección libre por primera vez. Miguel está contento de su nueva relación y parece cada vez más convencido de su felicidad con ella. Permanecen los problemas de imagen y de relación social, pero no parecen preocuparle. Ha abandonado definitivamente las ataduras con su mujer y ha superado el resto de los sentimientos de culpa hacia ella. Ha intentado reforzar el vínculo con su hijo, a quien ha comunicado su elección de vida, obteniendo a cambio cierta comprensión. Sin embargo, lo que más cuenta es que la decisión de abandonar su familia ya no parece equivaler a la percepción de una pérdida irreparable e insoportable: es una señal, aunque todavía débil, de que ha logrado progresar en el camino de la autonomía. El trabajo terapéutico con Miguel concluyó en diciembre de 1998. Como colofón del trabajo se le propuso una autocaracterización con la finalidad de obtener una visión global evaluativa del conjunto de su proceso. Éste es el texto de la Autocaracterización (15.12.98):

“Conocer a Miguel ha sido una empresa ardua y nada fácil. Yo como amigo, le tengo en gran estima, porque ha tenido el valor de llegar hasta el final, ha querido buscar su identidad y sólo yo puedo entender lo mucho que le ha costado, lo mucho que ha sufrido y cuán grande es, todavía hoy, su malestar por haber destruido una familia a la cual, en cierto sentido, quería mucho. Lo veo cambiado, lo encuentro más autónomo, abrumado por mil problemas, pero testarudo y seguro de que también se las arreglará solo. No le resulta fácil, porque no tiene nadie con quien hablar, pero dice que esto lo ha querido él; por eso se debe apañar, para él será una experiencia que le ayudará a madurar. Sé que tiene momentos en que se siente perdido, es normal, porque se ha encontrado afrontando la vida de una manera distinta, intentando olvidar lo que hacía por costumbre desde hacía más de veinte años y desprendiéndose de aquel esquema tan preciso y falso que se había construido e impuesto.

Finalmente ha escuchado la llamada de su identidad, y por un tiempo ha dejado de prestar oídos a las continuas demandas de atención que procedían de los demás; ha pensado por sí mismo y ha ordenado ese “puzzle” enrevesado de su vida. Volverá a escuchar a los demás, forma parte de su manera de ser; pero si primero era “confesor” ahora puede ser una “fuerza”, un punto de apoyo. He dicho que volverá a estar presente para los demás, porque ahora él está separado de todos, vive en la soledad más profunda, se ha vuelto esquivo y cerrado, no tiene relación con ningún familiar, busca de vez en cuando a su hijo, la única persona a la que se siente unido y por quien alimenta un gran sentimiento de amor; pero su hijo también forma parte del círculo de personas que le han abandonado, pero el amor que siente por él inconscientemente lo hace vivir.

Miguel dice que el tiempo madura las cosas y que los verdaderos sentimientos si lo han sido, vuelven a reverdecer. Por ahora, su hijo es la única

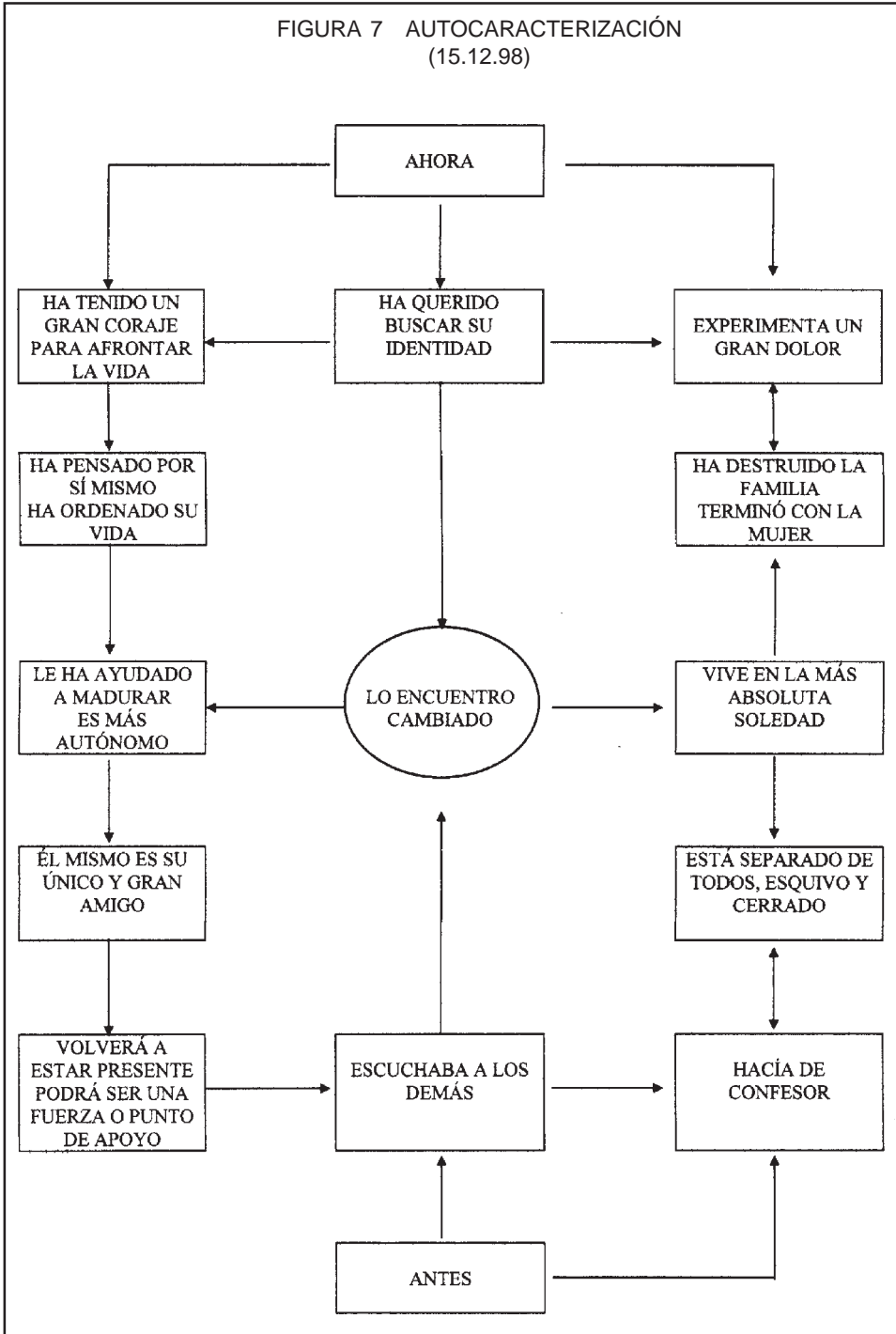
persona que puede hacer volver la sonrisa a sus labios. Entiende que el comportamiento de Daniel es normal. Miguel era una maestro (así lo definía Daniel) y ahora se ha visto traicionado y por eso solo y en consecuencia debe pagarse un precio por estas cosas. Con su mujer, la relación está acabada, no se ven y no se hablan por teléfono. Es un paréntesis cerrado. Digámoslo francamente, el único amigo, verdadero y sincero, él único que le da las fuerzas para seguir adelante, la única persona que lo sabe entender, que lo sabe aconsejar, que lo sabe mimar en los momentos buenos y malos de la vida, la única persona que está siempre a su lado, día y noche, su verdadero y gran amigo es él mismo. Pero Miguel tiene sentimientos y no sabe vivir sin éstos: él sabe amar y quiere amar, y ahora que ha puesto un poco de orden en su vida, a poco a poco está descubriendo la gran suerte que es dar y recibir; repito, recibir “amor”. Sentir tocar y apreciar a quien te está dando amor, a quien te ayuda a expresar lo que sientes y lo que quieres ser. Él me repite a menudo que agradece a sus padres que le hayan traído al mundo; le da gracias a Dios por la fuerza que le da y su presencia asidua y constante, da gracias a la vida por lo que le ha dado, y no por último se agradece a sí mismo, por el valor que ha tenido de buscar la verdad en su interior y da gracias también a quien ha ejercido la misión y ha tenido la paciencia de escucharlo (él no me ha dicho quien es, sólo lo puedo imaginar). Un fuerte abrazo, de quien lo conoce muy íntimamente y con mucha benevolencia.” (Figura 7)

La macroestructura de este texto hace referencia a un cambio que se ha producido últimamente en Miguel: “*lo encuentro cambiado*”. Este cambio marca una clara diferencia entre un pasado (“*antes*”) y un “*ahora*” actual. Este cambio es fruto de una opción decidida por buscar su identidad, lo que ha supuesto armarse de un gran coraje para escucharse sólo a sí mismo y desoir a los demás. Esto le ha llevado con gran dolor a la destrucción de la familia, la separación de la mujer y acabar en la más absoluta soledad, separado de todos y esquivo. En esta soledad ha aprendido a pensar más en sí mismo, ordenar su vida y llegar a desarrollar una mayor capacidad de autonomía, convirtiéndose en su mejor amigo. A pesar de este aislamiento actual, él volverá a ser un punto de apoyo para los demás, desde la autonomía del propio posicionamiento en la existencia, no como alguien que sólo existe para los demás, sino que ha aprendido a hacer compatible ser para uno mismo y para el otro.

COMENTARIOS FINALES

Miguel acude a terapia con la duda relativa a su orientación sexual. Esta duda es fuente de ansiedad pues no consigue entender qué le está sucediendo. ¿Cómo es posible que de pronto se haya vuelto gay si toda su vida ha estado viviendo con su mujer felizmente y ha tenido con ella un hijo que para él es el ser que más quiere?

FIGURA 7 AUTOCARACTERIZACIÓN
(15.12.98)



El planteamiento de Miguel no contempla con serenidad la posibilidad de una reorientación sexual en el ciclo medio de la vida, ni que fuera por agotamiento del modelo de vida heterosexual que había llevado hasta este momento, puesto que con su mujer las cosas funcionaban bien en el plano sexual; si se hubiera cansado de ella podría haber buscado a otra mujer; pero no ha sido así, ha buscado –mejor dicho– ha encontrado a otro hombre. Tampoco considera la posibilidad de una bisexualidad reprimida o negada durante todos estos años pues ni siquiera le había pasado por la cabeza, como tampoco ahora, el hacer compatibles las dos tendencias. O es heterosexual o es homosexual: no hay término medio. De hecho desde que ha conocido a este hombre hacer el amor con su mujer es una “acto mecánico”.

El dilema se plantea pues en términos de “ser vs. devenir”: ¿uno nace gay o se vuelve gay? La respuesta que da Miguel finalmente a esta pregunta es que “la vida me lo ha impuesto”, que él no “ha escogido ser gay”, que lo ha sido desde pequeño, porque ha hecho por motivo de la situación familiar de “padre, de madre, de mujer y de hombre”. Por tanto no es que se haya vuelto gay, sino que ya lo era. Sus consideraciones no revelan si de nacimiento, o por la fuerza de las circunstancias de la infancia: poco importa. El hecho es que la vida se lo ha impuesto, y que él no lo ha escogido. Esta argumentación le permite tomar una decisión sin sentirse culpable, la de “vivir la diferencia”, con el resultado sorprendente de la liberación casi inmediata de los síntomas fóbicos. Esta decisión, sin embargo, ha ido acompañada de un coste muy notable tanto para él como para su familia: la separación matrimonial, el aislamiento progresivo de todos y de todo.

Se puede afirmar, de alguna manera, que Miguel está sorprendido de su propia decisión y de sus consecuencias tanto positivas como negativas. Gracias a la argumentación sobre la que la basa logra evitar un conflicto que hubiera hecho prácticamente irresoluble el dilema moral planteado: “¿Dónde se detiene una persona, donde quiere o donde se encuentra?”. La respuesta implica solamente una elección entre sinceridad y apariencias, entre lo que realmente es y el papel que durante tanto tiempo ha desempeñado a la perfección de padre, esposo y “confesor” de todo el mundo. No es él quien ha echado el matrimonio por la borda, es la vida la que le ha llevado a “descubrir la diferencia” y a tomar la decisión de vivirla. Dando “libertad de este modo a sus instintos se ha liberado de la opresión de la jaula de oro que han supuesto todos estos años de matrimonio”. Incluso los sentimientos más inconfesables, como el deseo de “deshacerse de su mujer” que aparece en el sueño del coche, son contruidos, desde esta perspectiva, como una necesidad irrenunciable de libertad, totalmente justificada: “vete, que me oprimes, no me dejas libertad”.

La decisión de vivir su homosexualidad es la responsable del cambio producido que aparece en la autocaracterización; un cambio hacia una mayor madurez, que ha requerido “un gran coraje para afrontar esta nueva vida”. Tal vez esta decisión de “vivir la diferencia” no sea tan importante para el futuro de su vida

sexual, como para el de su crecimiento personal que es, en definitiva, lo que le ha liberado de los síntomas de dependencia y constricción característicos de la agorafobia, que durante años le han retenido limitado a los círculos de los espacios y de las relaciones familiares. Un cambio hacia la autonomía que conlleva un avance notable desde una postura sacionómica (Villegas, 1993b), volcada hacia los demás, a una postura autónoma que toma en cuenta sus propias necesidades sin olvidar la de los otros y que hará que pueda “*volver a estar presente*”, pero no para ser el refugio donde vienen a cobijarse los demás, sino “*la fuerza o punto de apoyo*” que ha de permitir que los otros puedan emprender libremente también el vuelo.

En este artículo se presenta un caso de reorientación sexual en el ciclo medio de la vida a través del análisis de textos representativos del proceso psicoterapéutico seguido por el paciente. Este proceso de reorientación sexual permite al paciente liberarse igualmente de los síntomas agorafóbicos que le afectaban desde el día de su matrimonio.

Palabras clave: orientación sexual, reorientación sexual, homosexualidad, terapia sexual, agorafobia.

Referencias bibliográficas

- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11.
- VILLEGAS, M. (1993a) Las disciplinas del discurso: hermenéutica, semiótica y análisis textual *Anuario de Psicología*, 59, 19-60
- VILLEGAS, M. (1993b). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-88.
- VILLEGAS, M. (1995). Patologías de la libertad I: La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 14/215, 39-58
- VILLEGAS, M. (1997). Patologías de la libertad II: La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-91
- VILLEGAS, M. (1998). El discurso onírico: Aplicación de las técnicas de análisis textual a los sueños en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34-35, 31-92.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA EN LA TERAPIA DE PAREJA

Montserrat Rebés

Centre d'Estudis i Teràpia Sistèmica, Travessera de Gràcia, 60, 5è 1ª, 08006 - Barcelona

Introducción

Hablar de terapia de pareja supone el gran esfuerzo de ir recorriendo círculos concéntricos, integrar y separar a la vez distintos niveles sistémicos. Para mí ha supuesto y sigue suponiendo la parte más difícil de una terapia. Y digo lo de parte de una terapia, porque no me es fácil trazar una distinción clara sobre lo que es propiamente terapia de pareja. Algunos han dicho, «la pareja no existe», haciendo referencia a la dificultad de aislar y delimitar el campo.

Cuando la pareja está en conflicto es como un gran costurero donde están mezclados hilos de muchos colores, utilizados a lo largo del tiempo, para tejer la propia urdimbre que va a sostener el devenir como seres relacionales. Costurero donde están los hilos de dos costureros distintos: hilos de color otoñal, que provienen de sistemas de creencias y mitos que cada familia ha ido tejiendo a través del tiempo; hilos primaverales con expectativas, ideales y mitos con que se teje el futuro; hilos rojos de frustraciones, sufrimientos y desencantos. Y así muchos colores y tonalidades se han enredado. La dificultad para el terapeuta está en desenredarlos, sin utilizar tijeras, para poder tejer un nuevo tapiz con los mismos.

Framo (1972) dijo que cuando uno se casa con una persona, se casa también con una familia. Esto resultaría cierto aun en el caso de alguien abandonado en un hospicio al nacer. Todos llevamos a la relación de pareja la relación con la pareja primaria, la de ésta con su propia pareja y así los círculos concéntricos a que nos referíamos, dentro de los que estamos sumergidos. Y también los nuevos círculos que hemos o vamos a crear. El primer reto de un terapeuta es el de no ser rígido ni reduccionista, sino *sistémico* en el más riguroso sentido del término, lo que supone conocer y manejarse con interacciones y conocer y manejarse con individualidades constituidas en interacciones anteriores. En el pasado confundimos el sentido de la palabra «sistémico» y, a modo de adolescentes en plena crisis de autonomía, apostamos de cualquier modelo individual. Por fortuna, pocos siguen instalados en esta postura. Tal vez ahora el problema sea el de la *coherencia interna* para que la *flexibilidad integradora* no se convierta en «de todo un poco a salto de mata».

Orden y desorden sistémicos: dos sillares en el proceso terapéutico

Las fases del proceso terapéutico no son fases cerradas en sí mismas. La terapia es siempre un proceso circular. Se interviene mientras se explora, se explora mientras se interviene; la demanda real puede ser entendida a veces después de muchas sesiones; las hipótesis introducidas generan nuevas hipótesis; el contexto puede deslizarse o perderse en cualquier momento; el terapeuta puede perder la neutralidad o sentirse bloqueado. Pero a pesar de todo esto es necesario un cierto grado de orden, donde tenga también cabida el desorden o la perturbación sistémica para la pareja y el terapeuta. Así que me permitiré trazar distinciones más o menos arbitrarias y considerar tres fases anteriores como paso previo a la intervención: *análisis de la demanda, creación del contexto y evaluación del conflicto.*

El análisis de la demanda: observar-escuchar-sentir

Cualquier terapia se origina a partir de la demanda. Es el último movimiento en el pasado juego relacional de la pareja, el «hasta aquí hemos llegado», y contiene en sí misma valiosas informaciones que el terapeuta ha de recoger antes de iniciar el proceso terapéutico, si no quiere exponerse a quedar envuelto en el juego disfuncional o bloqueado sin posibilidad de salida.

En la terapia familiar en general y, en particular, en la terapia de pareja, la demanda reviste características específicas: uno no pide por sí mismo, más que en contadas ocasiones. Aun en los casos en que manifiestan que ambos ven necesario la demanda de ayuda, las motivaciones no son las mismas. Si fuera cierta esta connivencia y esta capacidad negociadora, junto con el interés en mantenerse como pareja, raramente hubieran llegado al grado de conflicto necesario para pedir la terapia. Retener o dejar, dominar o ser dominado, vencer o ser vencido son fantasmas que acompañan siempre a la pareja en conflicto.

Tanto en la recogida previa de información, como en la primera entrevista es importante entender *quién* hace realmente la demanda, que puede coincidir o no con quien la hace instrumentalmente. Así un marido puede pedir una entrevista con urgencia, porque su mujer lo ha exigido como última condición antes de iniciar el proceso de separación: «sólo lo retrasaré si estás dispuesto a hacer una terapia». Detrás de esto subyacen los mensajes, raramente explícitos y, las más de las veces, tácitos, de: «para que veas como me dan la razón», «porque es la única manera de que te hagan entender lo equivocado que estás», etc. Y todavía un paso más allá, la expectativa de un futuro informe del terapeuta, como una baza a su favor en el juicio. Sólo si el terapeuta lo entiende es posible la reconversión de un contexto de juicios y alianzas en un contexto de colaboración o *contexto terapéutico.*

Cuándo se hace la demanda, tanto en relación al conflicto presentado, como en relación al ciclo vital o sucesos desencadenantes.

Quiénes son los partícipes co-envueltos, familias de origen e hijos y cuál es su posición en el juego. Yo, personalmente, nunca traigo a las sesiones a miembros de

la familia extensa cuando la demanda es propiamente de pareja. Es decir, no los traigo materialmente, pero les otorgo a nivel simbólico siempre grandes sillones acolchados en el centro de la sala de terapia.

En cuanto a los hijos, si los hay, negocio para que acudan al menos a la primera sesión, tranquilizando a la pareja respecto a sus temores sobre la conveniencia o no de involucrarlos o de utilizarlos como testigos de cargo. Si entienden que la intención del terapeuta es precisamente todo lo contrario, ayudarlos a salir del campo de batalla, suelen aceptar y resulta útil. El terapeuta aumenta el número de variables movilizadoras para el cambio. Lo que no harían por el cónyuge, muchas veces son capaces de hacerlo por los hijos. Esto permite alianzas parentales que van a repercutir en beneficio de la pareja conyugal. El reverso de la maniobra es la que solemos utilizar cuando la demanda es por el/los hijo/s, entonces trabajamos sobre la pareja conyugal para establecer la alianza parental.

Cómo se hace la demanda, es decir, cómo es definido el problema por cada uno de los miembros de la pareja, cuáles son las premisas y mitos que subyacen a la estructuración de sus creencias y sus modos de relación, emociones y sentimientos.

La creación del contexto terapéutico: neutralidad-flexibilidad-empatía.

El *contexto terapéutico* es el acoplamiento estructural o encaje mútuo pareja-terapeuta/s que va a determinar el devenir de la terapia. No es una dimensión temporal, una fase, sino el marco relacional dentro del cual se dará el espacio experiencial co-generador y co-evolutivo del proceso terapéutico. Neutralidad y flexibilidad son posiciones del terapeuta que van a redefinir el contexto judicial y de alianzas en un contexto útil donde escuchar para ser escuchado, entender para ser entendido y ayudar para ser ayudado van a tener cabida.

Mantener la neutralidad, entendida como objetividad y no tomar partido, sería más o menos fácil para un terapeuta experimentado. Me refiero a la neutralidad que podría definirse como afectivizada o empática, donde las resonancias afectivas del terapeuta se ponen en marcha y dan lugar a resonancias afectivas en la pareja, donde la neutralidad no moralista sin juicios de valor tiene el límite en la propia ética.

Más allá de la experiencia y de los conocimientos que el terapeuta ha ido acumulando, va a estar siempre en juego la necesidad de manejar sus sentimientos y emociones, para que no se produzca un isomorfismo entre las emociones y sentimientos que están amenazando la relación de la pareja con los sentimientos y emociones que amenazan el contexto terapéutico.

La amenaza, que en terapia está relacionada con la resistencia, es el darse cuenta de un cambio en las estructuras profundas de uno mismo y surge de la vivencia repetida de la ansiedad, en que uno se reconoce inexorablemente confrontado con acontecimientos a los cuales los propios constructos son inaplicables. Si el terapeuta cae en la omnipotencia y no acepta sus propias limitaciones, fácilmente puede sentirse invadido por la ansiedad y por tanto sentirse amenazado y, como

reacción, desarrollar sentimientos de hostilidad y agresividad, por otra parte tan presentes en la pareja, a fin de preservar la integridad o evitar sentimientos de culpa. Si, como hemos dicho, no teme su aniquilación, consciente de sus limitaciones, su propia confianza ayudará a generar sentimientos de confianza en la pareja, es decir, flexibilidad del vínculo y posibilidad de tomar acuerdos que permitan sobrevivir.

La evaluación del conflicto: generación de hipótesis y co-evaluación

La capacidad del terapeuta para generar hipótesis sistémicas en contraposición a las lineales con las que suele definirse el problema, y la circularidad son los sillares para una *co-evaluación* que abra vías a la *co-responsabilidad*, frente a lo que podría ser un mero diagnóstico del conflicto. Con la exploración circular se abre el *co-proceso* de la terapia, y la recogida de información se convierte en un dar y recibir que pone en marcha la espiral del proceso. Las hipótesis sistémicas introducen la interacción y amplían la posibilidad de *co-crear* realidades alternativas. Las hipótesis son explicaciones, no fenómenos, generadas por el observador, por lo tanto no cosificables ni definibles como verdaderas o falsas, sino como encajables o útiles. El eje sincrónico de las interacciones, de las emociones y de los sentimientos permite dibujar un mapa donde localizar los nudos del conflicto. Más allá de la pareja están los individuos que la componen y sus interacciones con sistemas más amplios, familiares, laborales y sociales. Una imbricada red de interacciones, experiencial y emocional. El eje diacrónico introduce el tiempo, no sólo en la historia de la pareja, sus expectativas iniciales, lo que se conservó y lo que se perdió, sino también la historia propia de cada uno de sus componentes, sus necesidades progresivas y regresivas, todas las parejas anteriores en sus propias familias, que también llevan a la relación. La co-evaluación sobre los dos ejes va a posibilitar la redefinición, base de toda terapia, y la eventual reconversión de la demanda.

La intervención

1) *El terapeuta no debe tomar sobre sí la responsabilidad del cambio*, o lo que es lo mismo, contribuir al contexto de delegación que suele proponernos la pareja, sino *corresponsabilizarla*. Algunas veces, después de un par de entrevistas, la pareja llega a la sesión trayendo su propio material: lo que han pensado a partir de lo que se habló, lo que han comentado, aquello de lo que se dieron cuenta que habían pasado por alto, los cambios intentados, las negociaciones entre ellos o con sus familias. Estos son los casos en los que el nivel de conflicto no es tan alto como para haber comprometido el interés por la relación y donde los aspectos negativos suelen verse como externos, mientras los positivos se atribuyen a factores internos. En estos casos (no son los más frecuentes), el terapeuta toma la posición de un supervisor de sus esfuerzos, poniendo énfasis en connotarlos positivamente. El mensaje analógico o explícito es: «yo sólo puedo ayudarles a que Uds puedan ayudarse», hacerles ver la cantidad de recursos que son capaces de generar.

Frente a estas situaciones en que el contexto terapéutico se mantiene entre sesión y sesión, están otras muchas parejas que parecen establecer un pacto secreto y tácito para que todo quede aparcado hasta la sesión siguiente. Se presentan con mensajes del tipo: «preferimos no hablar, porque nos enganchamos»; «él/ella ha seguido exactamente igual»; «todo normal, como siempre»; «esperábamos a que llegase esta nueva sesión para ver qué, conclusiones habían sacado»; «nosotros ya hemos hablado mucho, ahora hablen Uds», etc. Esto incluso puede ocurrir después de una sesión en que habían surgido aspectos importantes o parecía haberse creado un clima emocional intenso. Respetar esta posición significaría la pérdida de todo el contexto terapéutico y acceder a sus pedidos sería invalidar y descalificar la pareja considerándola incapaz de encontrar sus propios recursos. Frente a estos mensajes, el terapeuta debe redefinir, «lo importante no es lo que yo haya pensado, sino lo que hayan pensado Uds», «no sé lo que tienen que hacer, porque no sé lo que Uds quieren hacer». Es decir, cambiar la definición de la relación terapéutica.

2) *El terapeuta no debe intentar salvar la pareja.* Éste es un error epistemológico, significaría atribuirse derechos o deberes que no son competencia del terapeuta. La pareja no es una entidad, es una relación; no es cosificable ni aislable de los individuos que la componen ni del encuentro de éstos, que la van configurando. En una ocasión trabajé con una pareja que llevaba 20 años casada y se planteaban si divorciarse o no. En favor del divorcio estaba su historia: el relato de agresiones, violencia y degradación era impactante. Cada uno tenía del otro una imagen igualmente nefasta, de persona sin valores, egoísta y loco. La relación estaba únicamente basada en la mutua activación de ansiedades regresivas y en el mutuo deseo de controlar y someter al otro. A pesar de todo ello, no podían separarse, porque lo único en que estaban de acuerdo, era que había un amor muy grande. Así que les pregunté en qué lugar de la casa lo habían colocado para que se mantuviera a salvo (como las imágenes de los santos) y quién se ocupaba de poner las flores y encender las velas. Habían cosificado su amor, que no sabían por dónde andaba, mientras llevaban puestos a toda hora el odio, el desprecio y el deseo de aplastarse.

Es cierto que el terapeuta de pareja, y más el sistémico, se centra en la relación, en la interacción, pero no puede dissociarse de tal forma que pierda de vista la individualidad de los componentes. La congruencia y la integración van a permitirle entender qué áreas están afectadas o confluyen en el conflicto: la relación de la pareja, la dificultad en su construcción, que aún no se ha dado, o las dificultades de uno o ambos miembros, que les están impidiendo establecer una relación apropiada.

3) *Creatividad para ayudar a co-crear.* Si bien las posibilidades en los juegos humanos no son ilimitadas, lo cierto es que las parejas tienen una extraordinaria habilidad para hacer que lo parezca. El guión de sus conflictos a veces nos es familiar, lo hemos oído antes. Su puesta en escena y las características de los actores, sin embargo, logran convertirlo en original.

Cada terapeuta cuenta con los recursos, habilidades y estrategias que ha

aprendido o ha ido desarrollando a lo largo de su trayectoria y que le permiten utilizarlos de manera similar en situaciones similares, adaptándolos a la especificidad de cada familia. En el caso de las parejas, es difícil encontrar esta especie de «pret-à-porter» que encaje, haciendo los arreglos correspondientes. Siguiendo con la metáfora, hay que hacer trajes a medida. Diseñarlos, hacer varias pruebas, irlos modificando y reajustando hasta que que encajen perfectamente con el físico y el estilo del que va a llevarlos. La creatividad es lo esencial. En el caso del terapeuta, esta creatividad no es siempre fácil. Unas veces entra en conflicto con los presupuestos teóricos de nuestros esquemas de referencia; otras con la falta de dominio de otras competencias y, por último, con la posibilidad de integrar coherentemente a la que ya nos referimos, con una constante reflexión, para que en vez de integrar no estemos mezclando, conceptos que son muy diferentes.

Referencias bibliográficas

- ANDERSEN, T. (1991). *The reflecting team*. New York: Northon and Company.
- BATESON, G. (1991). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- BORSZORMENYI-NASI, I., SPARKS, G. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper and Row.
- BOWEN, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- CECCHIN, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- CROZIER, M., FRIEDELBERG, E. (1977). *L'acteur et le systŠme*. Paris: Seuil.
- DELL, P. (1982). Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 407-414.
- DI BLASIO, P., FISCHER, J.M., PRATA, G. (1986). The telephone chart: A cornerstone of the first interview with the family. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 1-2, 31-44..
- FRAMO, J. (ed.) (1972). *Family Interaction*. New York: Springer Publishing Co.
- FOERSTEN, H. von (1981). *Observing systems*. Seaside California: Intersystems Publications.
- KEENEY, B. (1983). *Aesthetics of change*. New York: The Guilford Press.
- MATURANA, H., VARELA, F. (1987). *The tree of knowledge*. Boston: New Science Library.
- PENN, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, 21, 267-280.
- PENN, P. (1985). Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24, 299-311.
- PRIGOGINE, I. (1983). *Tan sólo una ilusión?: Una exploración del caos al orden* Barcelona: Tusquets Editores.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality. *Family Process*, 19, 3-12.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A. N. (1988). *Gioco psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.
- TOMM, K. (1987a). Interventive Interviewing Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.
- TOMM, K. (1987b). Interventive Interviewing Part II. Reflective questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- TOMM, K. (1988). Interventive Interviewing Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflective questions. *Family Process*, 27, 1-15.

VITTORIO F. GUIDANO, EN HOMENAJE

Mayte Miró Barrachina

Facultad de Psicología, Universidad de la Laguna

Nos hemos reunido aquí para rendir homenaje a Vittorio F. Guidano. Rendir homenaje es dar testimonio de alguien que mantuvo un modo de ser persona y que deja una obra. Tomar la palabra hoy constituye un momento muy especial, porque al hablar de nuestra experiencia de él, actualizamos su figura, que ya no pertenece a la vida, pero todavía no ha entrado en la historia. La muerte es el elemento de la historia, mientras que el tiempo es el elemento de la vida, como Ortega y Zambrano supieron ver.

La muerte completa la unidad de la persona. Mientras la persona está en el tiempo, el elemento de la vida, está siempre envuelta en circunstancias y por eso nos parece incompleta, como una figura inacabada en la que el escultor todavía puede realizar cambios. Pero la muerte inexorable sustrae a la persona de toda circunstancia y le arrebató los velos del tiempo que la cubrían y, por eso, su figura se nos presenta con un perfil acabado, unificado, sin circunstancia alguna.

La muerte no sólo es la escultora del tiempo, sino también la balanza que mide los logros y el mérito de una vida. Así se puede decir que el peso de una vida se mide por el vacío que deja su ausencia.

La muerte de Vittorio F. Guidano deja un vacío único en el ámbito de la psicología, la psicopatología y la psicoterapia y, en general, en el ámbito del pensamiento. Es un hueco que será imposible de llenar por nadie, debido a la originalidad de su figura y de su obra. Su figura posee la elegancia y el estilo de un clásico, mientras su obra tiene la profundidad conceptual y la fuerza expresiva del escritor, que se ha sometido a la férrea disciplina de buscar en sus frases la forma indeleble y precisa que las hará perdurables. Por eso, no resulta fácil penetrar en su obra y los que lo hacen repitiendo sus palabras, corren el riesgo de convertir en dogma el pensamiento. Para penetrar en la obra de Guidano, hace falta comprender un contexto muy complejo, el presente o, mejor dicho, las transformaciones de la conciencia contemporánea, la conciencia histórica.

A los que le conocieron y trataron, les puede resultar difícil o muy difícil aceptar su muerte, porque la convivencia en uno u otro grado hace parecer “natural” que ciertas cosas y ciertas personas existan. Pero quisiera decir que éste no fue mi sentir respecto a Vittorio. Siempre me pareció extraordinario y nunca dejó de asombrarme que él existiera. Parecía llevar consigo un horizonte que le hacía ver

más que los otros y le daba un aire de visionario o de adelantado a su tiempo. Esta fue mi impresión cuando le conocí en EE.UU., al final de la primavera de 1981 y este mismo sentir de “irrealidad”, esta vez mezclado con oscura amargura, perduró tras nuestro último encuentro, en Roma, a mediados de septiembre de 1998. Entre estos dos puntos se sitúa para mí una historia que sólo podría contar en clave de tragedia. La muerte de Vittorio F. Guidano es un hecho trágico, porque no se puede dejar de pensar en la obra que hubiera podido escribir, por un lado y, por otro, porque no cabe ocultar el hecho de que el afán creador de su espíritu emancipado, libre y solitario en continua afirmación de sí mismo, destruyera su vida.

En este caso, podrá ser grande la tentación de dar una interpretación patológica a su vida, como se ha hecho de las vidas de Nietzsche o de Freud. Pero tal interpretación, aunque fuera hecha desde su propio modelo, no podría decir nada de lo que su vida añade a la historia de la psicología, la psicopatología y la psicoterapia. En estos tres campos, su obra, aunque breve, guarda una coherencia y una unidad que la acerca a los clásicos. Sin embargo, esta función de acercarse a los clásicos resulta problemática hoy en día, porque vivimos un momento en el que la avidéz por hacerse visible y exteriorizarse en la imagen resulta tan insaciable en su persecución, como indiferente es su resultado. Así lo clásico ha sido equiparado y confundido con la visibilidad y, por tanto, cabe caer en la desgracia de ser declarado “un autor clásico”. Y ¿qué podría uno decir después para estar a la altura de semejante personaje? La obra de Guidano no es clásica en esta novedosa acepción, sino en el sentido tradicional, en el que una obra es clásica en la medida que sirve para mantener constante la continuidad de una cultura.

El núcleo invariante de la trilogía que compone la obra mayor de Guidano es el problema de la unidad del hombre, nada más clásico en nuestra cultura occidental, y nada más importante para un psiquiatra. *Idem sed aliter*, “el mismo pero de otro modo” decían los antiguos para definir lo que en un hombre es identidad personal versus cambio biográfico. Aunque el problema no fuera nuevo, estaba “olvidado” en el contexto en el que Guidano lo plantea: la psicoterapia científica de finales de los años setenta. La ausencia de una teoría explicativa del sujeto auto-consciente dejaba a los clínicos en una situación precaria, tanto a la hora de elegir la estrategia terapéutica como a la hora de explicar por qué había funcionado la terapia. Después de su primera aventura americana (Guidano y Liotti, 1983), Guidano se propuso la hazaña de construir un modelo explicativo de la conciencia de sí, tomando como punto de partida el marco científico de la auto-organización y los datos de la psicología científica. Entre los trabajos que sirvieron de preludio a la construcción de este modelo, se anunciaba ya el propósito esclarecedor del mismo:

“Este modelo... intenta simplemente ofrecer formas de búsqueda comparables, en su nivel de integración y complejidad lógicas, a la teoría psicoanalítica; y representa al mismo tiempo un esfuerzo por superar las ambigüedades, conceptuales y terminológicas, así como la separación entre la investigación

psicológica básica y la epistemológica, que son las principales limitaciones del procedimiento psicoanalítico” (Guidano y Liotti, 1985, pág. 159)

En realidad, explicar la dinámica de la conciencia de sí desde el marco de la auto-organización viene a ser como plantearse la hazaña histórica de poner al día el psicoanálisis o, mejor dicho, de actualizar el giro del pensamiento médico que se inició con Freud, cuyo logro consistió en introducir al sujeto en la medicina y hacer obligada la consideración de la biografía y la vida íntima del paciente en el estudio de la enfermedad.

Freud había entendido la vida psíquica y su enfermar como la superposición de dos escenarios: uno superior, en el que se dan los procesos psíquicos conscientes (pensamientos, valores,...) y otro inferior, en el cual tiene lugar la actividad y las vivencias (inconscientes). Este escenario inferior venía a ser como un recinto en el que ciertos personajes, los elementos psíquicos del inconsciente, actuaban invisiblemente, fundiéndose o condensándose entre sí, cambiando de figura o sublimándose. En cualquier caso se trataba de personajes que el psicoanalista podía “ver” mediante la exploración técnica. Por medio de ésta, los procesos psíquicos no visibles eran descritos como si el descriptor los estuviera viendo (Laín, 1943/1998).

Vittorio Guidano abordó la actualización científica de la psicopatología y la psicoterapia verbal en dos volúmenes que se publicaron en 1987 y 1991, cuyos títulos hablan por sí mismos: *Complexity of the Self y The Self in process*. Para el observador del otro, ya sea biógrafo o clínico, el problema del self es siempre el mismo: “¿Cómo pasar del *qué* de lo que una persona hace, al *quién* de lo que una persona es?” Para esta tarea sólo parece haber un camino, como indica Don Pedro Laín, y éste consiste en “desvelar lo que de invariante haya en la estructura y en la intención de los varios y sucesivos *qués* con que la realidad de un hombre se manifiesta y constituye” (Laín, 1988, pág. 38). Este camino es el que siguió Guidano para describir, en términos de la actual psicología científica, los invariantes de las diversas formas de organizar la experiencia en significado personal y explicar, de este modo, la coherencia de los desequilibrios que denominamos “síndromes clínicos”.

Este modelo de la auto-conciencia de sí describe la unidad del hombre en términos psicopatológicos. Aunque se trate de una unidad cambiante, en proceso, sumergida en el devenir de la historia, su descripción sigue las pautas de la nosología médica basada en el saber “ver” del médico entrenado. No obstante, en este esfuerzo hay algo que resulta provocador y quizá no provenga tan sólo de los términos “patologizantes” utilizados, sino del intento en sí de conocer el *quién* de una vida equiparándolo con la descripción del personaje que el hombre construye para verse vivir. ¿No se está confundiendo aquí persona con personaje? Quizá no estuviera loco Don Quijote cuando dijo “Yo sé quién soy”, quizá la locura, toda la locura, la única locura resida en pretender decir “Yo sé quién eres”. Como señala el maestro:

“El intento de conocer un *quién* lleva en su seno la osadía de penetrar en un

misterio que nos rebasa y no nos pertenece. Cuando el término del conocimiento es una persona, conocer es, en cierta medida, profanar. Sólo el amor en cualquiera de sus formas puede hacer lícita esa esencial profanación, sólo por obra del amor, en consecuencia, deja de ser profanadora y despiadada la convivencia humana” (Lain, 1988,pág.38)

El amor de Vittorio fue un amor distante, como corresponde a un médico. Pero fue un amor distante de un género peculiar: aquel que exige de lo que ama la plenitud de sus posibilidades.

Nota Editorial: El presente texto fue pronunciado por la autora el 27 de noviembre en el homenaje rendido en Barcelona in memoriam Vittorio Guidano, fallecido en Buenos Aires (Argentina) el 31 de agosto de 1999. Agradecemos a la autora el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

- GUIDANO, V.F. (1987), *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1991), *The Self in Process*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI,G. (1983), *Cognitive Processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1985), A constructivist framework for cognitive therapy. En Mahoney, M.J. y Freeman, A. (Eds.) *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press, (pp. 124-166 de la edición española de Paidós, 1988).
- LAÍN ENTRALGO, P. (1988). El hombre José Luis Aranguren. En *Antrophos* (80), pp.37-40.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1998), “La Obra de Freud (1943): revisión de una revisión. En Lain Entralgo, P. (Ed.), *Hacia la recta final, revisión de una vida intelectual*. Madrid: Galaxia Gutenberg. Circulo de Lectores.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Fax.: 933 217 532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: 934 080 464
Fax: 933 524 337**