



Homosexualidad

F. López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Universidad de Salamanca

Introducción.

Los afectos sexuales: deseo, atracción y enamoramiento

Los seres humanos no solo somos emocionales, sino que estamos orientados los unos a los otros sexualmente con afectos sexuales: deseo, atracción y enamoramiento. Estos son necesarios para la especie y muy importantes para las personas concretas, porque de cómo los satisfacemos, depende en gran medida nuestro bienestar.

En efecto, sin deseo, los hombres y las mujeres no se buscarían sexualmente, no se aparearían y la especie humana no habría podido sobrevivir. Es decir, el sexo, en macho y en hembra, implica que se deseen, para que así se busquen y se apareen. Y esta actividad es tan vital para la especie humana que está reforzada con un premio extraordinario: el placer sexual. Deseo y placer sexuales están íntimamente relacionados y, salvo problemas específicos, van asociados. El deseo es una excitación que es sentida psicológicamente, impulsando a actividades sexuales que producen placer. La orientación del deseo, condiciona el sexo de las personas que nos atraen y de la persona que nos enamoramos.

La atracción sexual supone el deseo, favorece que nos apareemos con personas que seleccionamos, lo que hace que tengamos una mejor descendencia y unas relaciones más satisfactorias.

El enamoramiento favorece relaciones privilegiadas que ayuda a la estabilidad de la pareja en los cuidados de las crías, la comunicación, la intimidad y la formación de otros vínculos sociales, como la amistad, el apego y el sistema de cuidados.

Nos vamos a centrar en este artículo, en el deseo y la orientación del deseo.

Mitos y realidades sobre el deseo sexual

Los mitos sobre el deseo son muy frecuentes, tanto los viejos como los nuevos mitos. Comentamos algunos de los más representativos y que más prejuicios y prácticas profesionales erróneas provocan.

El deseo es una energía que necesita descargarse, como condición necesaria a la salud

Este mito lo defendió el primer Freud y, de forma especialmente radical, uno de sus discípulos, W. Reich.

El primer Freud descubrió clínicamente la importancia que el deseo sexual tiene para las personas y la represión terrible a que estaban sometidas las personas de su tiempo (1907).

Y cuando quiso interpretar teóricamente estos descubrimientos, recurrió a conceptos y teorías de su tiempo, procedentes de la física energética de su tiempo, que era determinista y monista: “en los organismos no existen otras fuerzas que las físico-químicas existentes en los cuerpos no vivientes” (Caparros, 1976, pág. 269). Por ello, en su primera teoría de las pulsiones, reduce a energía libidinal (energía físico-química aún desconocida) la sexualidad. Esta energía libidinal, además, es la única fuente motivadora de la conducta humana, incluso la no sexual.

La represión de esta energía es ineficaz, solo consigue expulsar de la conciencia la motivación del deseo sexual y sus representaciones, pero sigue dominándonos desde el inconsciente.

Solo la satisfacción directa con conductas sexuales permite la descarga de esta energía, aunque una parte de ella puede sublimarse motivando otras actividades humanas.

Pero Freud al hablar de sublimación, de necesidad de represión y, sobre todo, al definir la sexualidad como una Pulsión, no como un instinto, incluía conceptos abiertos, que bien entendidos le alejaban de un concepto único y estereotipado de energía y su funcionamiento. En sus publicaciones posteriores a 1920, especialmente en sus libros “Más allá del Principio del Placer” (1920) y “Malestar en la cultura” (1930), y en toda su obra posterior, refleja que comprendió que ese concepto biologicista y monista del ser humano era insostenible.

Pero su discípulo W. Reich (al que le reconocemos aportaciones muy importantes y novedosas, López, 2005, 2009) no solo se quedó fijado en el primer Freud, sino que la simplificó y radicalizó. Es así como, en sus diferentes versiones de “La función del Orgasmo” (1926 y 1942) y otras obras, adopta una teorista monista de la energía, negando la necesidad de represión y el propio concepto de sublimación. Finalmente, la libido, cuya naturaleza creyó haber descubierto, llamándola “orgón”, exige una satisfacción directa con conductas genitales, sin las cuales no puede haber salud. Para Reich “la fórmula terapéutica de Freud es correcta, pero incompleta. El primer requisito de una curación es, sin duda, hacer consciente la sexualidad reprimida. La cura se alcanza por ese medio siempre que, al mismo tiempo, la fuente de energía, el estancamiento sexual, sea eliminado. En otras palabras, únicamente si la conciencia de las exigencias sexuales corre pareja con la capacidad de gratificación completa. La finalidad suprema de la terapia analítica es, por tanto, el establecimiento de la potencia orgásmica, de la capacidad de descargar un montante de energía sexual igual al acumulado” (Reich, 1926, 1942, pág. 95).

Esta postura, aun sin haber estudiado a Freud y Reich, vuelve de nuevo en forma de nuevo mito que reduce el ser humano a biología, tanto en publicaciones científicas, como en consejos terapéuticos y, sobre todo, en los valores y discursos de la sociedad de mercado expresados en la publicidad, los productos sexuales y la supuesta necesidad, entendida como condición necesaria a la salud, de la actividad sexual.

La publicidad trata con mucha frecuencia la sexualidad como un producto del mercado (como venta directa o como mediador para vender otros productos) que conviene o es necesario consumir. No son pocas las terapias y terapeutas que, de una u otra forma, se centran en la mecánica de la respuesta sexual, y los educadores sexuales que trabajan con el supuesto de que todos los adolescentes, por ejemplo, tienen o deben tener actividad sexual masturbatoria y coital.

Pero el ser humano no es solo energía biológica e incluso la propia biología sexual ha dado, en el caso humano, un salto cualitativo, de forma que no regula por sí misma nuestro deseo sexual. Las mujeres, la hembra humana puede desear, excitarse y tener orgasmos en cualquier momento del ciclo, estando embarazada y después de la menopausia. Y mujeres y hombres pueden tomar decisiones sobre su deseo sexual, este no es un instinto que les impide o les obliga, sino una pulsión ante la que pueden decir “sí” o “no”, no solo por razones hormonales, sino incluso contradiciéndolas.

Este planteamiento que reduce la sexualidad a energía y acaba haciendo de la actividad sexual una obligación, se basa también en un razonamiento erróneo:

- Premisa científicamente correcta: la motivación sexual es poderosa, la actividad sexual es placentera y saludable.
- Conclusión científicamente errónea: la actividad sexual es una condición necesaria a la salud, la actividad sexual es obligatoria si queremos mantener la salud, como determinados componentes de los alimentos, por ejemplo.
- Aplicación práctica: hay que ayudar a los adolescentes a que sepan que pueden y deben tomar decisiones responsables sobre su sexualidad, sin sentirse presionados por el mercado de la sexualidad o aquellos profesionales que trabajan como si todos tuvieran o debieran tener actividad sexual.

Es un instinto, una vez excitado, no lo podemos controlar

Desgraciadamente, en las culturas machistas, que parecen ser todas o casi todas, se ha construido un concepto de la sexualidad masculina que favorece e incluso legitima la coerción y la violencia, justo defendiendo el mito de que una vez excitado “el macho” ya no se le puede exigir que detenga su conducta sexual, aunque la hembra se oponga a ella.

Las violaciones más recurrentes las hacen los amigos, los conocidos, los desconocidos con los que se acepta un alto grado de intimidad sexual y los maridos en el matrimonio.

En muchos casos, incluso se culpa a ella, en el supuesto que una vez excitado el varón este no puede pararse y es legítimo que la fuerce, porque ella le ha provocado, se lo merece y él “ya no puede parar”.

Pero, con independencia de que una mujer cometa errores en las relaciones o aguante a un novio o marido machista, esta conducta del varón es una violación, él es el culpable, y no está justificada ni penal, ni éticamente. Y desde el punto de

vista científico, tampoco está justificada, porque la sexualidad humana está en el reino de la libertad y el varón puede y debe ser el dueño del deseo a lo largo de todo el proceso en una relación sexual. De hecho, la única parte involuntaria es la que se inicia justo cuando se desencadena el reflejo del orgasmo, no a lo largo de todo el proceso de excitación.

Nunca se debe imponer el deseo sexual a otra persona. Las mujeres y los hombres podemos decidir con libertad a lo largo de todo el proceso, haya sido un acierto o no comenzararlo (López, 2015).

Solo tienen deseo sexual los hombres. Las mujeres no tienen deseo sexual propiamente dicho

Es un mito que hoy no mantiene casi nadie, pero ha estado presente a lo largo de la historia, justo con el fin de reprimir la actividad sexual de la mujer.

Las mutilaciones sexuales de la mujer, convertidas en una norma de obligado cumplimiento, las han llevado a cabo y siguen haciéndolo muchas sociedades, como es sabido. Las justifican diciendo grandes mentiras, como decir que es una práctica cultural de siempre, es un signo de identidad de nuestra cultura, etc. (López, 2014). En realidad, además de una práctica peligrosa, es una forma de controlar la sexualidad de la mujer con posibles graves consecuencias para su vida sexual y amorosa. La traducción de los mandamientos de la Ley de Dios que nos hicieron aprender en la catequesis, decía en el noveno mandamiento: “no desearás la mujer del prójimo”. Es decir, solo había un deseo peligroso, el de los varones, porque las mujeres, supuestamente, no tenían deseo y, por tanto, no necesitaban un mandamiento para controlarlo.

La realidad es que las mujeres tienen deseos sexuales y pueden desear, excitarse y tener orgasmos en cualquier momento de su ciclo menstrual, estando embarazadas y a lo largo de toda la vida. Una cosa es que la sexualidad de la mujer haya sido más silenciada, ocultada y perseguida y otra que no sientan y estén motivadas por deseos sexuales.

Solo hay una orientación saludable, la heterosexual

Las religiones monoteístas han mantenido y mantienen que la única orientación del deseo moralmente aceptable es la heterosexualidad. La homosexualidad y la bisexualidad han sido perseguidas, declaradas peligrosas, pecaminosas y desviaciones de la voluntad de Dios al crear los seres humanos. La obligación de “crecer y multiplicaros”, como mandato de Dios a Adán y Eva, nos obliga a todos y hacer otros usos de la sexualidad contradice la ley de Dios.

Los científicos, durante siglos, sujetos como el resto de la población a esta creencia religiosa, la legitimaban al considerar la homosexualidad como una degeneración contraria a la naturaleza.

Aun hoy, hay algunos profesionales que mantienen el carácter antinatural y peligroso de la homosexualidad, con argumentos como: se suicidan más, tienen más problemas mentales, son grupos de riesgo, etc. Su homofobia les lleva a confundir los problemas causados por el rechazo social de los homosexuales con la homosexualidad, los mal llamados grupos de riesgo con “las prácticas de riesgo”, sea o no homosexual.

Lo cierto es que las orientaciones del deseo homosexuales, bisexuales y heterosexuales, son saludables, compatibles con

la salud personal y social, si se aceptan bien por cada persona, por la familia, la escuela, el mundo laboral y la sociedad.

De hecho, sabemos lo más importante: lo más inteligente emocional, afectiva y socialmente es que cada persona sea o pueda ser auténtica conforme a su orientación del deseo.

Las personas homosexuales nacen ya así, el origen de la orientación del deseo es biológico o, al contrario, las personas homosexuales se hacen, son el resultado de experiencias y aprendizajes sociales

Son dos creencias contradictorias, pero las ponemos juntas porque ambas están, al día de hoy, injustificadas. Las dos responden a prejuicios biologicistas o ambientalistas.

A día de hoy no sabemos, científicamente hablando, cuál es la causa u origen de las orientaciones del deseo. Solo que existe una gran diversidad. Por ello, es legítimo hacer investigaciones que pongan a prueba diferentes hipótesis, pero hemos de reconocer lo que “no sabemos” y no cerrar los debates o investigaciones con prejuicios de una u otra naturaleza. Desgraciadamente, los científicos caen con frecuencia en la trampa de inclinarse por unas u otras hipótesis, sin pruebas suficientemente contrastadas.

La orientación del deseo no puede cambiar a lo largo de la vida y, lo opuesto, la orientación del deseo puede cambiar por capacidad de gestión de la persona y por terapia

No sabemos, aún bien, la respuesta que podemos dar a estas afirmaciones, que a día de hoy, debemos considerar erróneas o no fundadas, es decir, no hay respuestas científicas claras que debamos dar por definitivas.

Pensábamos durante décadas, que la orientación del deseo podía aceptarse o reprimirse, pero no cambiarse. Nos venía dada, somos heterosexuales, homosexuales o bisexuales y así lo seremos toda la vida: aceptación o represión eran las alternativas. Sabíamos que una orientación del deseo podía reprimirse durante un tiempo y posteriormente desvelarse, hacerse consciente, ¿pero puede cambiar realmente? No tenemos una respuesta científica definitiva.

Otros mitos menores, pueden encontrarse con facilidad en internet o en publicaciones (López, 2006).

¿Qué es el deseo sexual y la orientación del deseo?

El deseo es, en otras especies animales, un instinto, un impulso poderoso a aparearse, con frecuencia, después de un cierto cortejo, lleno de caricias y gestos de comunicación, con un sistema de conductas preprogramadas, muy estereotipadas. Los animales no se pueden resistir realmente a su deseo sexual, cuando este se produce –durante el celo de las hembras y de forma continua en los machos–, no tienen verdadera capacidad de decisión sobre su deseo, se sienten forzados a satisfacerlo.

En los humanos, el deseo sigue teniendo un gran poder motivador, pero no debe ser definido propiamente como un instinto, porque en nuestra especie se ha dado un salto cualitativo, nuestra libertad para tomar decisiones, aceptando o rechazando, por razones muy diferentes, la actividad sexual.

El deseo sexual es una pulsión muy compleja, que depende de muchos factores fisiológicos, (hormonales y toda la fisio-

logía implicada en la excitación), psicológicos (pensamientos, emociones, sentimientos y afectos), sociales (modelos de belleza, ideas y prejuicios, roles de género, etc.), experiencias personales (positivas o negativas), edad, salud, estado fisiológico y psicológico, estímulos externos, etc.

El deseo está tan enraizado en la propia fisiología humana. Por eso, no puede entenderse sin conocer sus bases hormonales, los estímulos internos y externos, la forma de procesar la información y de actuar del sistema nervioso. La hormona más estudiada, en relación con el deseo, ha sido la testosterona, presente en ambos sexos, aunque en mayor cantidad en los varones. Se produce en los testículos y en los ovarios, así como en las glándulas suprarrenales de ambos sexos.

Los efectos de la testosterona sobre el deseo son más claros y directos (más mecánicos, suele decirse popularmente) en el varón, aunque en ambos sexos hay otros muchos factores cognitivos y afectivos que influyen en él. Por otra parte, es importante señalar que no puede decirse que los varones deseen más porque tienen más testosterona, ya que el cuerpo de la mujer es más sensible a cantidades más bajas de esta hormona.

Las personas podemos sentir nuestro deseo sexual de una u otra forma, como tensión o inquietud confusa, o como deseo explícito de contacto o encuentro sexual. El deseo es así, sentido e interpretado por cada persona, en el cuerpo, en la mente y, sobre todo, en su dinámica emocional. Nos empuja, impulsa, orienta, moviliza hacia aquella persona o actividad objeto del deseo. El deseo activa todos nuestros recursos fisiológicos, pone nuestro cuerpo en alerta y disposición para las conductas deseadas, se hace presente en nuestra psique como una fuerte motivación. Activa nuestros recursos emocionales y mentales, planificando la conducta para conseguir satisfacerlo.

Lo más específico de la sexualidad humana es que nuestro deseo no está determinado por su fin reproductor.

En efecto, en el centro de todos esos complejos sistemas del deseo y la conducta sexual, hay un “yo”, una persona con conciencia de sí, que tiene una manera de ver la vida y unos valores que le permiten tomar decisiones y respetar la libertad de los demás. Por eso, todas las conductas sexuales pueden y deben ser libres, consentidas y, a ser posible, placenteras, como es propio de su naturaleza.

Evolución y orientación del deseo

Desde el nacimiento, la fisiología de la excitación-placer sexual está disponible y se puede activar. Por eso, numerosos niños y niñas (un tercio aproximadamente), antes de la pubertad, la descubren y se masturban o participan en juegos sexuales que les excitan (López, Del Campo y Guijo, 2003). Es posible que, en las primeras edades, el deseo sexual sea menos consciente y explícito, siendo el resultado de haber aprendido que tocándose sienten placer, lo que les lleva a repetir esta conducta. Poco a poco, con el desarrollo de la mente, el deseo sexual se va enriqueciendo de contenidos mentales y emocionales y afectivos (sentimiento del deseo, recuerdo, imágenes, fantasías, afectos sexuales, etc.).

Es en la pubertad y en la adolescencia, cuando los cambios cerebrales, hormonales y somáticos convierten el deseo sexual en una pulsión vigorosa, con frecuentes estados de excitación y descarga de la tensión sexual, aumentando el deseo por la actividad sexual. En la primera infancia, el deseo suele orientarse

heterosexualmente por efecto de la socialización, salvo casos de resistencia de algunas personas a ella. Pero, en todo caso, es en la adolescencia, cuando el interés sexual se orienta hacia uno u otro sexo, en la mayor parte de las personas, como: heterosexual, homosexual o bisexual, normalmente para toda la vida. No sabemos aún de qué factores depende esta especificación ni estamos seguros de hasta qué punto puede realmente cambiar a lo largo de la vida. No sabemos, por tanto, los factores que orientan el deseo y no estamos seguros de si, al menos, en algunos casos, puede cambiar a lo largo de la vida, pero sabemos lo más importante, que podemos resolver nuestras necesidades sexuales y afectivas desde cualquiera de las orientaciones del deseo, siempre que realmente lo sintamos así, nos aceptemos así y los demás no nos pongan dificultades (López, 2006).

Las personas heterosexuales no se sorprenden si en la pubertad o adolescencia sienten de forma muy clara y vigorosa su deseo sexual; pero las personas homosexuales pueden pasar por un periodo de alarma o confusión, porque todos somos socializados heterosexualmente. Si antes de que esto ocurra, supieran que existe la orientación del deseo homosexual y que es una diversidad saludable, evitaríamos mucho sufrimiento a quienes son diversos. Por eso, son fundamentales intervenciones preventivas en educación sexual, en primaria, para evitar estos sufrimientos a estas minorías y la homofobia o bifobia de la mayoría.

La orientación del deseo puede manifestarse más tarde, en la juventud o vida adulta, bien porque ha estado reprimida y se desvela, o bien por otros factores no bien conocidos. Pero para la mayoría de la población, la orientación del deseo es heterosexual desde la infancia y la adolescencia y así permanece toda la vida.

Las dimensiones de la orientación del deseo homosexual

El deseo sexual no es unidimensional, sino que pueden distinguirse en él varios aspectos muy importantes, que pueden servirnos para ayudarnos a entendernos y en la práctica profesional:

- Las fantasías eróticas. Pueden aparecer antes de las conductas sexuales, de forma que no son pocas las personas homosexuales que aseguran tener fantasías sexuales con personas de su propio sexo o de ambos, incluso antes de reconocer su homosexualidad o bisexualidad.
- Atracción sexual por personas de su propio sexo o de ambos. Le gustan, le excitan, desea acariciarlas y que le acaricien.
- Atracción afectiva por ambos. Tener preferencia emocional y afectiva, deseos de intimidad y de tenerlas de compañía emocional preferente, por personas de su propio sexo.
- Conductas sexuales con personas de su propio sexo o con ambos.
- Reconocer su identidad como homosexual o bisexual. Soy homosexual o bisexual, me siento y me reconozco como tal.
- Estilo de vida homosexual, si este existe en su medio o estilo de vida bisexual. La manera de vestir y divertirse, barrio en que se vive, etc.
- Enamorarse de personas de su sexo o de ambos.
- Consideración social preferida: salir del armario o permanecer socialmente considerado como perteneciente a la mayoría heterosexual.

El siguiente cuestionario (el lector puede acomodarlo a otras orientaciones del deseo), puede ayudar a la persona y a los profesionales, si lo usan con clientes, a conocer su orientación del deseo homosexual y su grado de consistencia (Anexo 1).

¿Qué prevalencia tienen estas minorías?

Las dimensiones de la orientación del deseo ponen de manifiesto que la evolución a lo largo del ciclo vital puede ser muy diferente de unas personas a otras, especialmente entre las personas que habiendo sido socializadas en la heterosexualidad descubren que su orientación es una diversidad que contradice la socialización y las profecías sociales que le habían hecho. También, las dimensiones nos permiten comprender que la prevalencia de la homosexualidad y la bisexualidad dependen de las preguntas que formulemos en la investigación. Por eso, todos los datos son imprecisos. Por otra parte, los cambios sociales permiten más fácilmente reconocer la propia homosexualidad, aunque no siempre es así aún.

Por ejemplo, cuando en Estados Unidos no se aceptaban homosexuales en el ejército y se les preguntaba por su orientación del deseo, lógicamente muchos de los homosexuales se confesaban heterosexuales. Un ejemplo más, entre nosotros, el lesbianismo ha estado más silenciado, por lo que no eran pocas las mujeres lesbianas que no querían confesarse como tales, bien por la mala consideración social, bien porque les era más fácil que a los hombres ocultar su lesbianismo. Y otro más, si definimos la prevalencia por su presencia social y el deseo de vivir o no en barrios especiales o acudir o no a las manifestaciones del orgullo gay, el resultado será que hay muchas menos lesbianas que homosexuales varones.

Entre las personas más jóvenes, hoy día, se ha pasado de la represión y las restricciones sobre la conducta sexual a la prescripción (en los valores dominantes de esta sociedad de consumo, también sexual) de que hay que experimentar todo, por lo que no son pocas las que se manifiestan abiertas a probar conductas sexuales con personas de los dos sexos. La asociación, ocio, alcohol y otras drogas, fomenta estos atrevimientos, antes denostados.

En todo caso, según los estudios, las personas homosexuales o bisexuales son una minoría, con una prevalencia importante que puede estar, según se pregunte o investigue, entre el 3% y el 12% de la población (López, 2006, 2009). Los políticos ya lo han entendido por razones electorales, los padres, educadores y sanitarios deberían ser responsables y ayudar a estas minorías a vivir su diversidad y evitar la homofobia o bifobia.

Salud y orientación del deseo

Los gobiernos y los científicos, en nuestra sociedad, han legitimado las creencias y la moral sexual de las religiones judía y cristiana, considerando la homosexual una degeneración o desviación de la naturaleza. Algunos profesionales de la salud, ya muy pocos, siguen defendiendo estas ideas normalmente basándose en las correlaciones encontradas en algunos estudios entre estas diversidades y el hecho de tener más ideas o conductas de suicidio, huidas de casa, dificultades en las relaciones sociales, mayor inestabilidad emocional, etc. No tienen en cuenta que estas asociaciones no pueden entenderse como una relación de causa-efecto, sino la consecuencia lógica

Anexo 1. Orientación del deseo: cuestionario (Félix López Sánchez)

Este cuestionario es confidencial. Tiene que responder teniendo en cuenta su historia de orientación del deseo, atracción y enamoramiento, así como otros aspectos de su vida. Para ello debe responder tres veces a la misma pregunta: EL PASADO, EL PRESENTE O COMO QUERRÍA QUE FUERA EN EL FUTURO. Indique el sexo de la persona y puntúe las respuestas de 1 a 5: 1=nunca, 2=algunas veces, 3=bastantes veces, 4=muchas veces, 5=siempre / Preguntas: • Sexo biológico..... • Edad.....

1. Mis fantasías sexuales han sido, son o deseo que sean con personas de (indicar sexo y frecuencia)

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

2. Me he sentido atraído, me siento o quiero sentirme atraído por personas

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

3. Mis conductas sexuales han sido, son y deseo que sean con:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

4. Mis enamoramientos han sido, son o deseo que sean en el futuro con personas:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

5. Mi identidad personal ha sido, es o deseo que sea en el futuro, considerarme como una persona de:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

6. Mi representación social (ser tomado como) ha sido, es y deseo que sea en el futuro:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

7. Mi estilo de vida (vestido, forma de diversión, lugar donde vivir, etc.) ha sido, es y deseo que sea en el futuro como las personas de:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

8. Considero que he estado, estoy o me gustaría estar abierto a tener relaciones con personas de:

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo	Mismo sexo que yo
Otro sexo	Otro sexo	Otro sexo
Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos.
Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5	Puntuar de 1 a 5

9. Si pertenezco a una minoría (como homosexual o bisexual) he salido del armario, acabo de salir en el presente o tengo por ideal salir en el futuro

PASADO	PRESENTE	IDEAL FUTURO
Sí..... No.....	Sí..... No.....	Sí..... No.....

10. Yo creo que mi orientación del deseo puede cambiar a lo largo de la vida, incluso después de la juventud

Sí..... No.....	No sé.....
-----------------	------------

11. Yo creo que tengo capacidad para decidir voluntariamente, en cierto grado, mi orientación del deseo

Sí..... No.....	No sé.....
-----------------	------------

Si usted ha respondido sí: ¿en qué grado?:

Un poco.....	Bastante.....	Mucho.....	Totalmente.....
--------------	---------------	------------	-----------------

12. Creo que en el deseo, atracción y enamoramiento, lo importante es la otra PERSONA y no su sexo biológico

Sí..... No.....	No sé.....
-----------------	------------

13. Este cuestionario no se adapta a mi situación, porque yo soy una diversidad no contemplada:

Indicar como se autodefine:

COMENTARIOS ABIERTOS VOLUNTARIOS (añadir texto):

Interpretación

- Este cuestionario, aunque puede usarse psicométricamente para la investigación, está pensado para el uso clínico en el diagnóstico y la investigación cualitativa, ampliando y registrando las respuestas en cada cuestión.
- Si una persona se manifiesta heterosexual, homosexual o bisexual en todas las respuestas, es muy probable que se trate de orientación sexual vivida de forma muy definida y exclusiva y, también, que no cambiará a lo largo de la vida.
- En el otro extremo, si una persona se clasifica de formas diferentes en varias respuestas, especialmente si hay diferencia en casi la mitad de las respuestas, con disarmonías entre el pasado, presente e ideal futuro, se trata de personas menos definidas y con más posibilidades de cambio a lo largo de la vida.
- La pregunta 9 refleja su deseo de manifestar o no su orientación del deseo, que podría interpretarse en el segundo caso, como una menor reafirmación de su orientación. Pero esta interpretación no es segura, porque puede tratarse de una persona que prefiere usar su derecho a no manifestar su orientación del deseo.
- Las preguntas, 10, 11 y 12 se refieren a la flexibilidad mayor o menor que atribuyen a posibles cambios en la orientación del deseo, opinión que tiende a asociarse con una mayor disponibilidad al cambio y a la experimentación de conductas con personas de diferente sexo.
- Estas dimensiones pueden seguir todas la misma dirección o no, poniendo de manifiesto la mayor o menor exclusividad y consistencia de la orientación del deseo.
- Por otra parte, entre nosotros, hoy día las mujeres son menos rígidas en la orientación del deseo sexual y aceptan mejor estas diversidades sexuales en sí mismas y en los demás, aunque el lesbianismo está socialmente más oculto y silenciado.

del tratamiento familiar, escolar y social de estas diversidades sexuales. Aun no hace mucho tiempo, hemos tenido el caso de un chico de 17 años, residente en la frontera con Portugal, en un pueblo muy aislado, en tratamiento por depresión cuando, simplemente, se trataba de una homosexualidad que ni siquiera él mismo podía reconocer.

Hoy día, estas asociaciones son menos frecuentes y son muchas las personas homosexuales o bisexuales que tienen una salud mental y sentimientos de bienestar adecuados. Desde los años sesenta, diferentes asociaciones de psiquiatras, pediatras y psicólogos han ido reconociendo que estas diversidades no deben patologizarse, sino ser aceptadas con normalidad. La OMS, el Consejo de Europa y la Legislación de países, como el nuestro, reconocen estas diversidades con los mismos derechos civiles, incluido el matrimonio y el derecho a adoptar menores. El tema de la adopción es el que aún es más discutido, como hemos reflejado en alguna de nuestras publicaciones (López, 2006). Debate basado en una errónea concepción del concepto de familia y las necesidades de los menores. No es verdad que necesiten un padre y una madre, sino, al menos, una persona (mejor dos o más) que les cuide con incondicionalidad, afecto y eficacia. Son los profesionales los que deben evaluar adecuadamente a esta persona o pareja, sin descalificar a priori a una mujer, un hombre, dos hombres o dos mujeres.

Aún echamos de menos algunas cosas en la legislación española, de las más avanzadas en relación con estas minorías. Nos referimos a que no figure en el código penal otras formas de maltrato sexual, además de los abusos sexuales a menores (López, 2014). No aceptar la homosexualidad o bisexualidad de los menores es una forma grave de maltrato sexual que puede crear dificultades en su vida sexual y amorosa importantes, además de otras consecuencias negativas psicológicas y sociales.

Algunos profesionales, normalmente influidos por sus creencias religiosas, ofrecen y hacen terapias de reasignación de las orientaciones del deseo homosexuales. A veces, hasta hablan de prevención de la homosexualidad con la adecuada educación. Nosotros consideramos que:

- La educación familiar, escolar y social ya es heterosexual, asignando y esperando de los niños que le atraigan las niñas y a la inversa. Por eso, los que pueden tener dificultades son los que tengan manifestaciones o sentimientos

homosexuales, no los heterosexuales. Si añadimos más presión educativa sobre estas minorías cometeremos un grave error. Lo que hay que hacer es que se conozca su existencia, se permitan sus manifestaciones en igualdad de condiciones con los heterosexuales y desaparezca la homofobia.

- Lo que sí podemos hacer es contribuir a que cada persona pueda ser auténtica y, desde luego, no se sienta obligada a experimentar lo que no desea y no le atrae, como hace esta sociedad de consumo sexual.

La práctica profesional, la función de los pediatras

Los profesionales pueden ayudar a los menores y sus familias a aceptar estas diversidades sexuales, evitar la homofobia y el maltrato sexual, ¿cómo pueden hacerlo? Formándose e incluyendo un espacio en entrevistas confidenciales (especialmente en la pubertad y adolescencia) con los menores y los padres, también por separado. También, pueden colaborar con los educadores en las escuelas de forma puntual, si fuera necesario.

En estas entrevistas, una vez creado un buen clima de comunicación, se puede incluir un tema olvidado con una o varias preguntas.

Principios de referencia para la intervención

- La homosexualidad es una diversidad sexual compatible con la salud individual y con la formación de parejas y el ejercicio de la paternidad o maternidad, por lo que no debe crearse ningún impedimento a las personas homosexuales o bisexuales.
- Las personas homosexuales, en nuestro país, han adquirido todos los derechos y es “ilegal” cualquier tipo de dificultad para que estos derechos sean una realidad.

Lo que los padres deben hacer

Hay que comprender que a muchos padres les cueste inicialmente aceptar la homosexualidad de los hijos o hijas, pero si les ayudamos, la evolución suele ser muy positiva para toda la familia.

- Ser incondicionales: han traído una vida al mundo y no pueden poner condiciones, sino aceptarla con sus caracte-

rísticas. En este caso, una diversidad saludable que deben aceptar con normalidad, como a los hijos o hijas heterosexuales. Las resistencias pueden ser de diferente signo (López, 2006), pero deben vencerse.

- No solo aceptarles con resignación, sino valorarles como son, sin discriminación de los hermanos o hermanas heterosexuales, si fuera el caso.
- Dejarle claro que cada persona debe ser dueña de su biografía sexual y amorosa; eso sí, con ética sexual y amorosa (López, 2015, 2017).
- Obrar sabiendo que la orientación del deseo es una característica que “se es”, no una elección, como el tener una altura u otra, ser moreno o rubio, por ejemplo.
- Hacer una socialización familiar abierta, flexibilizando los roles y eliminando el sexismo y machismo.
- Facilitar la comunicación del hijo o hija y aceptando sus posibles parejas y, si llega el caso, su matrimonio, como con los hijos e hijas heterosexuales.

EL rol de la escuela

Lo más importante en la escuela es que en el sistema de relaciones entre padres/madres, entre profesores/as y entre alumnos/as se acepte con normalidad esta variante o diversidad de la vida sexual de las personas, estos tipos de familia y el hecho de pertenecer a ella. Debe haber tolerancia cero en relación con cualquier manifestación de palabras, gestos o conductas homófobas. Para ello, deben prevenirse y perseguirse, si fuera el caso.

A lo largo de los diferentes niveles educativos es necesario, en el marco de la educación sexual general, tratar explícitamente en las programaciones los siguientes temas:

- Identidad sexual y rol de género, aceptando las identidades transexuales y transgénero.
- Tipos de familia, incluyendo las familias homosexuales.
- La diversidad sexual homosexual: especialmente antes de la pubertad y en secundaria.
- Los orígenes y manifestaciones de la homofobia: especialmente en secundaria.

La función de los pediatras

A pesar de las dificultades que tienen numerosos profesionales para dedicar tiempo (problemas organizativos de la sanidad) y afrontar estos temas (deficiencias en formación), su función podría ser esencial:

- Colaborando circunstancialmente en la escuela, asociaciones ciudadanas, etc., ofreciendo formación en aquellos aspectos que los educadores tengan más limitaciones.
- Creando un espacio de confidencialidad con los menores (sin los padres), desde la pubertad, consensuado con los padres, para favorecer que los púberes y adolescentes puedan hacerle preguntas, expresar preocupaciones y pedir ayuda en relación a la sexualidad y las relaciones amorosas, así como a cualquier forma de maltrato.
- En la entrevista, una vez logrado un clima de confianza, los pediatras pueden abrir la puerta a estos temas con una serie de preguntas, como las siguientes:
 - ¿Te han hablado en el colegio alguna vez sobre sexualidad?
 - ¿Y tus padres?

- ¿Crees que tienes buena información?
- Sabes que soy médico y te guardaré el secreto, ¿tienes alguna preocupación con tu cuerpo, tu apariencia, o cualquier cosa que tenga que ver con tu sexualidad?
- ¿Te relacionas bien con los chicos y con las chicas? ¿Tienes amigos y amigas?
- ¿Alguien te hace daño, sea quien sea, del tipo que sea (cualquier forma de maltrato o abuso) y tal vez te pide que le guardes el secreto?
- Si la respuesta es “no”, puede acabarse así: “me alegro, pero ya sabes que puedes pedirme cualquier información o ayuda, ¿sabes cómo localizarme?”

Se trata de abrir la puerta a la comunicación sobre la sexualidad y las relaciones personales. Si la pregunta es sobre orientación del deseo, pueden recurrir a la información de este artículo o la bibliografía recomendada. En el libro: *Homosexualidad y familia. Barcelona: Grao. 2006. Félix López.* se encuentran consejos para todo el proceso que debe hacerse en la familia.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*. 2004; 113: 1827-32.
- Caparros A. Historia de la Psicología, Vol. II. Madrid: CEU, 1976; pág. 427.
- Freud S. La moral sexual y la nerviosidad moderna. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1907.
- Freud S. Los instintos y sus destinos. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1915.
- Freud S. Más allá del principio del placer. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1929.
- Freud S. El malestar en la cultura. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1930.
- Lippa RA, Tan FD. Does culture moderate the relationship between sexual orientation and gender-related personality traits? *Cross-Cultural Research*. 2001; 35: 65-87.
- Lippa RA. Gender-related traits in gay men, lesbian, women, and heterosexual men and women: The virtual identity of homosexual-heterosexual diagnosticity and gender diagnosticity. *Journal of Personality*. 2000; 68: 899-925.
- LeVay S. *Queer Science: The Use and Abuse of Research into Homosexuality*. Cambridge: The MIT Press. 1996.
- LeVay S. A difference in hypothalamic structure between homosexual and heterosexual men. *Science*. 1991; 253: 1034-7.
- LeVay S. From mice to men: Biological factors in the development of sexuality. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2011; 32: 110-20.
- López Alonso D. *Biología de la homosexualidad*. Madrid: Síntesis. 2014.
- López F. *Educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2005.
- López F. *Homosexualidad y familia*. Barcelona: Grao. 2006.
- López F. *Amores y desamores*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2009.
- López F. *Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual*. Madrid: Síntesis. 2014.
- López F. *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid: Pirámide. 2015.
- López F. *Educación sexual y ética*. Madrid: Pirámide. 2017.
- Rerich W. *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós. 1926, 1942.
- Riesenfeld R. *Papá, mamá, soy gay*. México: Grijalbo. 2000.