



Masters of Sex y la sexología

Helena Boadas

Lo que podría parecer una excusa más para presentar otra serie controvertida y polémica de alto voltaje sexual, resulta ser uno de los mejores reflejos en pantalla del método científico. Basada en la biografía que escribió Thomas Maier sobre William Masters y Virginia Johnson, la pareja que convulsionó el mundo académico en los años 1950 y 1960 con sus estudios sobre la respuesta sexual humana, esta serie se estrenó en 2013 en el canal por cable Showtime (Dexter, Homeland) y ha conseguido labrarse un historial de rigor y fidelidad gracias, en parte, a la química de sus dos actores protagonistas: Michael Sheen y Lizzy Caplan.

«En 1956, un prestigioso médico especialista en fertilidad conoció a una antigua cantante de un club nocturno. Diez años después publicaron un estudio científico que revolucionó nuestra forma de entender la sexualidad.»

Una serie que empieza con estas dos frases, y además ambientada en los años cincuenta –en la primera escena vemos una cena de gala con los coches deliciosos, y los vestidos deliciosos, y la música deliciosa, de la época–, ya nos hace pedir una pizza y quedarnos pegados al sofá una hora detrás de otra. Pero es que Masters of Sex, además, tiene un valor añadido que para mí la hace todavía más interesante: es una historia real. Y bastante fiel a la realidad. Porque la historia de Masters y Johnson fue esencialmente tal como nos la explican en la serie.

¿Cómo empezó todo?

Por un lado tenemos a una Virginia Johnson de 32 años, divorciada tres veces y con dos hijos del último matrimonio con un rockero, que se había dedicado a cantar hasta el año anterior. Ahora trabaja de secretaria en el hospital de la Universidad de Washington, en Saint Louis, Missouri, rellenando seguros médicos. Tiene estudios de

música y ha empezado a estudiar sociología en la Universidad.

Mientras tanto, el doctor William H. Masters, de casi 40 años, obstetra de ese mismo hospital, después de más de 10 años de una carrera médica impecable comete la imprudencia de empezar a interesarse por la respuesta sexual humana. Los estudios de obstetricia del momento se centran en el nacimiento de los niños y obvian la parte en que estos son concebidos. Tiene pacientes que le preguntan qué pueden hacer si sienten dolor durante el coito, si no llegan al orgasmo o si no sienten placer. Frustrado porque solamente puede contestar «tenga un amante», «acostúmbrese» o «cambie de marido», el doctor Masters se da cuenta de la necesidad de sacar la sexualidad a la luz. El hecho de haber trabajado con uno de los discípulos de Kinsey al inicio de su carrera seguramente potenció su interés por este campo. Kinsey también había dado un vuelco a la historia de la sexualidad, unos años antes que Masters y Johnson. Puede que el lector conozca los estudios de Kinsey, o que haya visto la película basada en su vida y su trabajo, titulada *Kinsey*, que tiene bastantes parecidos con la serie Masters of Sex y nos da también una idea muy clara del punto en que estaba la his-

toria de la sexualidad en la época. Pero de momento volvamos al doctor Masters, que intenta empezar a estudiar la respuesta sexual humana. A lo largo de la historia de la medicina ha habido diferentes territorios prohibidos. Parece como si la humanidad necesitara reservar una parte del cuerpo para lo misterioso, lo desconocido, casi lo mágico. En esta parte, donde cabe lo impredecible, metemos todo aquello que no sabemos o no queremos explicar bien. Primero fue el cerebro; luego, el corazón. En los Estados Unidos de los años cincuenta, le toca al sexo. (Permítanme que abra un paréntesis: recientemente leí en un artículo sobre la migraña, del neurólogo Arturo Goicoechea, que este territorio mágico vuelve a ser el cerebro. El sexo, por descontado, ya no lo es, pero ¿el cerebro?, ¿territorio mágico? Pues parece que sí, parece que nos va muy bien poder afirmar cosas como que «solo utilizamos un 10% de nuestra capacidad cerebral» o «prácticamente no sabemos nada del cerebro», porque dejamos espacio para lo desconocido, lo inexplicable y lo inesperable; en definitiva, la magia. Y cierro paréntesis.) Decíamos que en esos Estados Unidos de la época el territorio prohibido es el sexo: no existe, no puede casi mencionarse. El doctor Masters se ve obligado a trabajar con prostitutas porque no tiene otra opción; en la segunda escena de la serie lo vemos encerrado en un armario espiando a una prostituta con un cliente, midiendo su respuesta sexual cronómetro en mano. Trabajar con prostitutas supone muchos problemas logísticos, dejando a un lado el hecho de que una relación sexual entre prostituta y cliente no es representativa de las relaciones sexuales en general. La mayoría de ellas, además, están afectadas de congestión pélvica crónica, cosa que también desvía los resultados. Finalmente, después de insistir mucho, el doctor consigue convencer a Willard Allen, su jefe de departamento en la Universidad de Washington, de que incluya su estudio en la universidad. Allen le advierte de que puede ser un suicidio profesional, pero el proyecto sigue adelante.

El doctor Masters necesita una ayudante y su secretaria no tiene el perfil adecuado. La vemos en el primer episodio, vestida con un traje de chaqueta verde y con ese aspecto difícil de explicar

—no tiene nada que ver con la belleza— que tienen algunas mujeres que no se sabe muy bien por qué se han ido alejando de la vida y del placer. La ayudante del doctor Masters tiene que ser una mujer especial. Sabe que ninguna doctora aceptaría el puesto, porque supondría un peligro para su reputación y su carrera profesional. Y aquí es cuando aparece Virginia como por arte de magia en su despacho, desplegando toda su sensualidad. Hablan del puesto de trabajo, hablan de sus ex maridos, hablan de sexo. «Antes de irse, dígame, ¿por qué una mujer fingiría un orgasmo?». «Para que él llegue rápidamente al clímax y así la mujer pueda seguir haciendo lo que más le apetezca». Virginia tiene la experiencia, la amplitud de mente y la franqueza que el doctor Masters necesita. Así empieza su colaboración —aunque Virginia no tenga prácticamente estudios universitarios ni el más mínimo conocimiento de fisiología—, que se alargará hasta la década de 1990, casi hasta el final de las vidas de ambos.

¿Qué metodologías utiliza el estudio científico? En general, el estudio de casos, las encuestas, la observación directa y el método experimental. Así como Alfred Kinsey utilizó las encuestas, Masters y Johnson utilizan la observación directa. Y no lo tienen fácil. Porque no es lo mismo observar el proceso de digestión de alguien que se ha comido una manzana, por poner un ejemplo, que observar cómo responde ese mismo sujeto ante la estimulación sexual. En la serie vemos cómo su estudio organiza un gran revuelo en el hospital universitario. Todos saben que en aquel despacho pasa algo interesante, pero nadie sabe exactamente qué. Incluso podemos ver a un médico joven y atractivo auscultando la pared con un fonendoscopio. Aquí, en este territorio difícil, es donde el doctor Masters y Virginia Johnson descubren que sus caracteres, sus habilidades y sus formas de ser se complementan formando un equipo de trabajo inmejorable. Todos los aspectos del carácter de Virginia que hemos enumerado antes se suman a los de Masters: este es obsesivo, exigente, riguroso, meticuloso, poco amigo de las relaciones sociales, de pocas palabras y muy serio, aunque no podemos olvidar su fino sentido del humor. Estas formas de ser de Masters y Johnson están muy bien re-

presentadas en la serie, excepto, en mi opinión, en un aspecto. En el personaje que encarna Michael Sheen, el doctor Masters de la serie, veo una dureza que no estoy segura de que formara parte del personaje real. Ser riguroso, serio y de pocas palabras no implica esa dureza a veces casi desagradable y que no he encontrado en ninguna de las biografías de William H. Masters, que hablan más bien de su gran humanidad y su tierna capacidad de comprensión. Pero excepto en este matiz, los dos personajes están muy bien representados.

Importancia de Masters y Johnson en la historia de la sexología

¿Realmente su trabajo fue tan relevante como se muestra en la serie? Sí, lo fue. Rotundamente sí. Sus estudios supusieron un antes y un después muy evidente en el estudio de la sexualidad humana, y además sentaron las bases para la revolución sexual de los años sesenta. Para empezar, consiguieron una información muy precisa sobre los cambios fisiológicos en la respuesta sexual humana. Además, definieron sus fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Fig. 1). Todos estos datos fueron clave para comprender profundamente la respuesta sexual humana y, sobre todo, para poder tratar sus posibles disfunciones. Pero vamos a ver con detalle cuáles son estas fases.

En la primera, la excitación, observamos un aumento del ritmo cardíaco y de la temperatura. La vasocongestión del área pélvica hace que el hombre experimente una erección y, en la mujer,

la vagina se expande y se lubrica. Los pechos y los pezones también se agrandan.

Cuando la excitación llega a su punto máximo, todos los cambios se mantienen a este nivel más alto; es la fase llamada meseta, que se caracteriza por una alta sensación de placer. Aunque la percepción sea de calma, en esta fase la tensión muscular va en aumento y es aquí donde suele aparecer el rubor sexual (algunas zonas del cuerpo, normalmente el pecho y las mejillas, enrojecen). Aumenta también la secreción vaginal en la mujer y el hombre suele sentir unas ganas intensas de eyacular. La duración de esta fase es muy variable y hay parejas que la alargan para disfrutar de este lapso de placer todo lo que puedan (yendo muy despacio, parando unos segundos, utilizando una estimulación más suave, cambiando de posición, etc.). En general, sin embargo, la mujer tiene la capacidad de alargarla más tiempo que el hombre.

Ahora la tensión muscular, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración se aceleran más y más hasta que llega el orgasmo. La tensión ha llegado hasta su punto máximo y se libera con esta explosión. Se producen unas contracciones involuntarias del pene en el hombre, de la vagina en la mujer y del esfínter anal en ambos. En el hombre se produce la eyaculación, ¡aunque no siempre! No es lo más habitual, pero puede haber orgasmo sin eyaculación en el hombre. En la mujer es al contrario: normalmente no hay eyaculación visible, aunque en algunos casos sí y se compone de una mezcla de orina y fluidos vaginales.

Parece que la eyaculación femenina actualmente está de moda en la pornografía, pero ¡atención!, la mayoría de las eyaculaciones femeninas de los vídeos pornográficos son falsas: las actrices tienen trucos para simular la eyaculación. Es importante saberlo, porque estas modas pueden suponer muchas frustraciones sexuales en parejas que piensan que algunas prácticas o fenómenos son habituales y se sienten obligados a buscarlos. En realidad, sí, hay mujeres que las experimentan, pero no son la mayoría, ni mucho menos, y además estas eyaculaciones son bastante más modestas que las que vemos en pantalla. Muchos problemas sexuales nacen

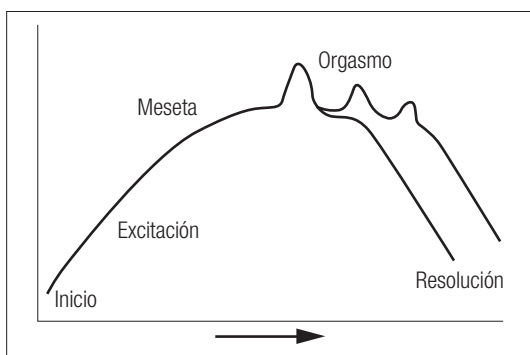


Figura 1. Esquema del ciclo de la respuesta sexual humana.

de preconcepciones o ideas falsas que tenemos en la cabeza en torno a la sexualidad. Así como en la época de Masters y Johnson estas ideas falsas nacían generalmente de la falta de información, a nosotros nos ha tocado lo contrario: tenemos muchísima información sexual y los problemas vienen de no entenderla o no digerirla bien. La pornografía es un lujo si se utiliza bien: puede animar nuestra vida sexual en un solo clic. El riesgo es hacerse una idea equivocada de la sexualidad, y esto pasa, y mucho, porque los modelos de la pornografía, aunque nos excite verlos, generalmente están muy alejados de la sexualidad real.

Pero volvamos al orgasmo. Además de la respuesta física, se produce también una gran respuesta emocional. Se incrementa el vínculo con la pareja a través de la liberación de determinadas hormonas y de la unión que siempre significa un placer compartido. Esta gran descarga emocional puede experimentarse en forma de llanto, gritos e incluso de risa; cada uno de nosotros lo expresa a su manera. Tanto hombres como mujeres pueden experimentar más de un orgasmo en cada relación sexual. El hombre, si ha eyaculado, necesita lo que se denomina período refractario (un tiempo de descanso antes de poderse volver a excitar). Las mujeres, afortunadas, no lo necesitamos nunca y podemos tener un orgasmo detrás de otro. Una vez superado el orgasmo (o los orgasmos), poco a poco se restablece la actividad física y psíquica normal: es la fase de resolución. Las constantes vitales recuperan su tono y se produce una sensación de relax y bienestar general.

Masters y Johnson definieron estas cuatro fases –excitación, meseta, orgasmo y resolución–, pero en realidad faltaba una, la primera y esencial: el deseo. Sin deseo, la respuesta sexual no puede empezar. Lo añadió a la lista la sexóloga Hellen Kaplan en 1979, aunque en realidad Masters y Johnson ya habían hablado de ello. Precisamente defienden un concepto de sexualidad basado en la relación de pareja, en la comunicación, alejado del puro ejercicio mecánico que a veces pueden ser las relaciones sexuales, y que incluye el deseo. Así, sin haberlo incluido en su lista, lo leemos entre líneas sobre todo en sus

últimas obras. Pese a todo esto, sin embargo, el mérito de haberlo incluido con gran acierto en las fases de excitación sexual es de Kaplan.

En los hombres generalmente la excitación es más rápida pero el tiempo de meseta es más corto y además, caen en picado. En las mujeres, la excitación es más lenta y mantenida pero tienen la capacidad de alargar la meseta y los orgasmos. En ellas, además, el descenso es gradual (Fig. 1).

Todos estos datos fueron muy importantes para comprender profundamente la respuesta sexual humana y, sobre todo, para poder tratar las posibles disfunciones. Y digo «sobre todo» porque la aportación más importante de Masters y Johnson a la historia de la sexología fue, sin lugar a dudas, su terapia sexual. De hecho, la mayoría de las terapias sexuales eficaces que hoy se utilizan se han creado continuando el trabajo pionero de Masters y Johnson. Sus ideas fundamentales todavía son cien por cien vigentes y su propuesta sigue siendo muy efectiva, aunque se va adaptando a las necesidades del momento y a nuevas aportaciones e innovaciones.

Es importante aclarar que las disfunciones sexuales, objeto de la terapia propuesta por Masters y Johnson, son sólo una pequeña parte de un amplio espectro de posibles problemas relacionados con el sexo. La lista sería larguísima y podemos hablar de patrones de comportamiento problemático (exhibicionismo, pedofilia, agresividad sexual, comportamiento sexual compulsivo, conductas de riesgo, etc.), problemas de identidad de género, síndromes relacionados con la violencia y la victimización (debidos al abuso sexual en la niñez, al acoso sexual o la violencia sexual, fobias sexuales, etc.), síndromes relacionados con la reproducción (debido a la esterilidad, embarazos no deseados, abortos, etc.) e infecciones de transmisión sexual, entre muchos otros problemas y condiciones. Algunos de estos trastornos pueden tratarse con terapia, aunque no todos; siempre hay que buscar al profesional adecuado para cada caso y muchas veces se requiere un abordaje interdisciplinario.

Dejaremos de lado todo este espectro de problemas diversos relacionadas con el sexo y nos



centraremos en el objeto de la terapia de Masters y Johnson: las disfunciones sexuales. Hablamos de disfunción sexual cuando existe una dificultad durante cualquier etapa de la respuesta sexual de un individuo (deseo, excitación, meseta, orgasmo o resolución) y esta respuesta sexual se deteriora significativamente. Es una definición débil, pero de momento no tenemos ninguna mejor.

La sexología clásica distingue entre disfunciones sexuales masculinas y femeninas (Tabla 1). Aunque esta clasificación ya está superada, se sigue utilizando y conocerla puede ser interesante. Así pues, tradicionalmente las disfunciones sexuales en la mujer son tres: la disfunción sexual general se refiere a la falta de deseo y de excitación, y a la incapacidad para sentir placer; el vaginismo es una contracción involuntaria de la vagina que imposibilita la penetración; la disfunción orgásmica es la incapacidad de tener orgasmos. En el caso del hombre se describen cinco disfunciones: la disfunción eréctil es la incapacidad o dificultad para mantener una erección; la eyaculación prematura es una eyaculación rápida, poco tiempo después del inicio de la penetración, mientras que la eyaculación retardada es el fenómeno contrario; por último, hay hombres que son capaces de tener un orgasmo pero no pueden eyacular (incompetencia eyaculatoria) y, al contrario, hombres que pueden eyacular pero no pueden sentir un orgasmo.

A simple vista las disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer parecen muy diferentes, pero en realidad no es así. La investigación sexual moderna propone una nueva clasificación de las

disfunciones mucho más acertada; finalmente hemos comprendido que, así como la respuesta sexual de hombres y mujeres es prácticamente igual, sus disfunciones también lo son (Tabla 2).

La sexología actual, pues, explica que, aunque se expresen de forma diferente, las disfunciones sexuales en hombres y mujeres son las mismas. Estas pueden estar relacionadas con la falta de respuesta del cuerpo en el momento de la excitación (problemas de tumescencia), con el orgasmo o bien con el dolor durante las relaciones sexuales. Es interesante observar que la incapacidad para conseguir o mantener la erección o la ausencia de lubricación vaginal tienen exactamente el mismo origen. Cada expresión de una disfunción tendrá sus peculiaridades en cada sexo y en cada persona, claro, pero es importante conocer este origen común. Solamente el vaginismo se mantiene como disfunción exclusivamente femenina, en una categoría aparte.

No hace falta que les diga que establecer dónde termina la salud sexual y dónde empiezan las disfunciones tiene mucho de subjetivo. ¿En qué momento un hombre, una mujer o una pareja deciden que el orgasmo de él es demasiado rápido? Puede ser que un tiempo determinado para una pareja suponga un problema y para otra no. ¿En qué momento el orgasmo de ella ocurre demasiado tarde? La respuesta es la misma. Una pareja buscará soluciones y se adaptará; otra lo vivirá como un problema que frustra su vida sexual. Muchas veces hay un problema evidente, como un vaginismo o una falta de erección que impiden la penetración, pero las cosas no siempre son tan evidentes. Incluso con una

Tabla 1. Disfunciones sexuales.

Mujeres	Hombres
Disfunción sexual general (frigidez)	Disfunción eréctil (impotencia)
Vaginismo	Eyaculación prematura
Disfunción orgásmica	Eyaculación retardada
	Incompetencia eyaculatoria
	Eyaculación sin orgasmo

Tabla 2.

-
- Trastornos del deseo sexual: igual en ambos sexos.
 - Problemas de tumescencia:
 - En la mujer: se presentan como falta de lubricación de la vagina.
 - En el hombre: se presentan como falta de erección del pene.
 - Problemas del orgasmo:
 - Según el momento de aparición:
 - Poco después de empezar el coito:
 - En la mujer no se considera un problema.
 - En el hombre se considera una disfunción si es demasiado pronto en opinión de él, de ella o de ambos.
 - Mucho tiempo después de empezar el coito:
 - En el hombre no se considera un problema.
 - En la mujer se considera una disfunción si es demasiado tarde en opinión de él, de ella o de ambos.
 - Ausencia de orgasmo: igual en ambos sexos.
 - Trastornos de dolor sexual: igual en ambos sexos.
 - Vaginismo: exclusivo de la mujer.
-

falta de erección puede disfrutarse de la vida sexual. Desde la sexología entendemos que cada pareja es un mundo y simplemente estamos aquí para ayudar a que la gente tenga una sexualidad feliz. Sobre todo, para que nadie sufra a causa de su vida sexual. Muchas veces las consultas se solucionan con una conversación de una hora en la que se desmonta alguna falsa creencia. A veces es así de fácil.

Hasta Masters y Johnson, los problemas sexuales se enmarcaban dentro de la medicina o la psiquiatría; o sea, se achacaban a problemas puramente fisiológicos o a trastornos de la salud mental. Los primeros se intentaban resolver con tratamientos médicos, y los segundos se trataban básicamente a través del psicoanálisis, con resultados muy poco efectivos. Lo que hacen Masters y Johnson es dar a las dificultades sexuales una dimensión humana y sobre todo relacional. Entienden que un problema sexual es un problema de la pareja, no de la persona. Y es así como los tratan: el objeto de la terapia es la relación de pareja. Por poner un ejemplo: hasta el momento, en un hombre con problemas para conseguir una erección se buscaban causas físicas dentro de la medicina, o bien era tratado con psicoanálisis para descubrir el origen de su impotencia. A partir de Masters y Johnson, esta

falta de erección se considera un problema de la relación de pareja: quizás el hombre se siente presionado, tiene miedo a fracasar y a perder a su pareja, o cualquier otra cosa con origen en el ámbito relacional (una vez descartados, evidentemente, los problemas médicos). Este cambio de enfoque supuso una revolución en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

El hecho de que su terapia no presente ni rastro de dogmatismos ni de arrogancia es un punto clave de su efectividad. Porque la terapia sexual tiene un peligro: ¿qué es una sexualidad normal, o natural, o sana? ¿Quién lo establece? ¿Es posible que los criterios científicos se mezclen con los culturales? ¿Es posible que el terapeuta se mueva, sin saberlo, por su moral?

Por ejemplo, vamos a fijarnos en la masturbación a lo largo de la historia. El gran médico griego Galeno, en la antigua Roma, recomendó a los terapeutas que masturbaran a sus pacientes femeninas para ayudarlas a recuperar su salud. Sin embargo, en el siglo XVIII, el médico suizo Samuel Tissot, para otras cosas brillante, tenía claro que la masturbación causaba enfermedades muy graves. En el siglo XIX, a muchas mujeres se les practicaba una ablación del clítoris (sí, en Europa y en América hasta hace cuatro días) para eliminar el hábito de la masturbación. A principios del



siglo xx, Wilhelm Reich defendía el onanismo para ayudar a recobrar la función sexual natural. Parece bastante chocante también que, siguiendo las recomendaciones de Galeno, algunos de sus colegas psicoanalíticos en Viena masturbaran a sus pacientes, mujeres, en las sesiones terapéuticas. Actualmente, este tipo de terapia está prohibida por los códigos éticos. Con todos estos ejemplos quiero decir que, muchas veces, lo que los médicos o terapeutas llaman natural es, en realidad, un valor tapado por un supuesto conocimiento científico. Es muy difícil –quizás imposible– establecer qué es una «sexualidad natural» según criterios científicos, y casi siempre habrá criterios ideológicos, morales o culturales en juego.

Hay un ejemplo de las conexiones entre ciencia y moral que me parece sensacional. Sucedió en 1973 y fue el éxito más grande de la medicina, casi un milagro: se curaron millones de personas de golpe, en una tarde. ¿Cómo? Simplemente, decidieron eliminar la homosexualidad del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Las versiones se van actualizando cada varios años, y aunque ha sido muy criticado porque medicaliza conductas que quizás no deberían medicalizarse, como fue la homosexualidad en su momento, es el manual que en la actualidad utilizan psiquiatras y psicólogos. Hoy la homosexualidad ya no es una perversión, pero lo era. ¿Quién nos puede asegurar que lo que ahora entendemos como perversiones (o parafilias, que es como se denominan actualmente las antiguas perversiones) dentro de unos años no se incluirán en la conducta sexual natural? Dependerá de la combinación de ciencia, cultura y moral del momento. En realidad, se trata simplemente de un conflicto entre individuo y sociedad. Al terapeuta sexual se le suponen la formación, la información y el sentido común para encontrar el punto justo, el mejor equilibrio que sea posible.

Masters y Johnson inauguraron una terapia sexual que se esfuerza por dejar a un lado los prejuicios morales para ver a la pareja tal como es y entender cada problema sexual dentro de sus circunstancias, con toneladas de sentido común.

Pero aunque Masters y Johnson fueron los que consiguieron sacar las disfunciones sexuales

del marco de la medicina y la psiquiatría, es evidente que no llegaron solos hasta aquí. Previamente hubo varios investigadores que empezaron a sentar las bases de lo que sería la sexología moderna. Quizás el más importante fue Alfred C. Kinsey, el primer investigador que habló en términos científicos de los hábitos sexuales. Esto, que se dice rápido, fue un acto casi revolucionario. Realizó encuestas a miles de hombres y mujeres, con centenares de preguntas en cada encuesta. Los entrevistadores estaban muy bien seleccionados, incluso se sabían las preguntas de memoria, y los cuestionarios estaban muy bien hechos, por lo que la investigación tuvo plena validez. Sus resultados sacaron a la luz hábitos que supuestamente no existían; por ejemplo, se vio que los encuentros sexuales fuera del matrimonio eran frecuentes, que la masturbación era muy habitual y que muchas personas tenían experiencias homosexuales ocasionales. Uno de los éxitos de Kinsey fue crear una escala de clasificación del grado de heterosexualidad-homosexualidad. Este hecho fue revolucionario, porque hasta el momento se clasificaba a la población en homosexuales o heterosexuales, y la investigación de Kinsey demostró que esta división no es posible: la orientación sexual es un *continuum* que va desde la heterosexualidad pura hasta la homosexualidad pura. Todos y cada uno de nosotros nos situamos en algún punto de este *continuum*. La escala Kinsey (Fig. 2) todavía se usa en algunos cuestionarios de sexualidad, y toda la información de sus encuestas, publicadas en dos libros, son muy valiosas.

Después de Masters y Johnson, y sobre todo a partir de la revolución sexual, la sexualidad se ha normalizado y los estudios se han convertido en algo habitual (*Informe anual de Durex, Encuesta de salud y hábitos sexuales* del Instituto Nacional de Estadística, estudios de la Federación Española de Sociedades de Sexología...). Quizás el último estudio que supuso un cambio social fue el de Shere Hite, publicado en los años setenta, que parte de los estudios de Masters y Johnson y de Kinsey. Hite realizó miles de cuestionarios sobre actitudes y conductas sexuales en hombres y mujeres. Al Informe Hite se le critica la falta de rigor estadístico y de tratamiento de

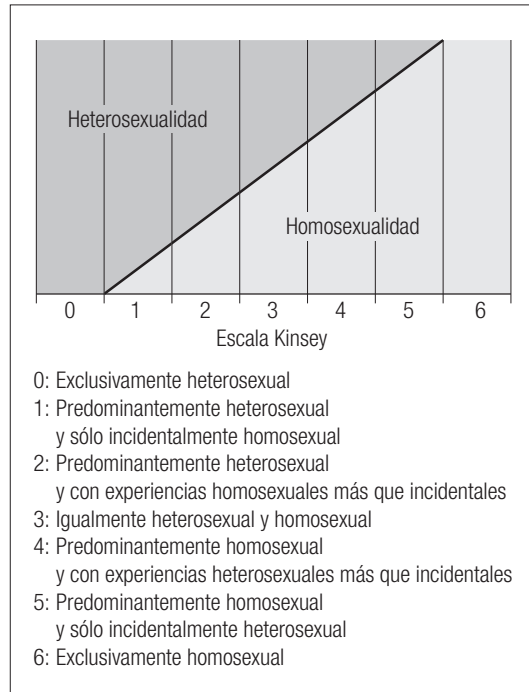


Figura 2. Escala Kinsey.

los datos. En realidad es así, porque más que un análisis es un compendio de historias. Pero igualmente tiene una gran importancia, porque es una forma muy valiosa de explicar la sexualidad y de romper mitos y tabúes.

«El único requisito para una buena vida sexual es una pareja interesante e interesada»

Los trabajos de Masters y Johnson, lo hemos visto, empezaron a sentar las bases de la revolución sexual. No hace falta decir que la revolución sexual supuso una liberación en mayúsculas para hombres y mujeres (sobre todo para estas últimas). Podríamos hablar de igualdad de sexos, de la aparición de los anticonceptivos y, en numerosos países, del aborto libre. Con la revolución sexual se han normalizado diferentes tipos de sexualidad, las relaciones fuera del matrimonio, los hijos fuera del matrimonio, las familias homosexuales o monoparentales, e incluso el matrimonio entre personas del mismo sexo. Y todo ello era muy necesario y es una maravilla. Sin embargo, hay un «pero» importan-

te. La revolución sexual parte de la libertad para tener relaciones sexuales con quien queramos tenerlas, y eso está muy bien, pero hemos llegado a un punto que no estaba previsto en la liberación sexual original: la frivolidad de las relaciones sexuales. El sexo es un acto de comunicación íntima y profunda que tiene consecuencias físicas y emocionales. Quitar al sexo esta trascendencia y convertirlo en un mero acto de descarga física está provocando –paradoja– los mismos problemas que nos suponía la obligación de tener relaciones sexuales dentro de un matrimonio en el que no queríamos estar.

Masters y Johnson, en sus últimas obras, hablan de esta conexión íntima, del diálogo profundo entre dos cuerpos que trasciende el mero contacto físico. Ellos mismos experimentaron esta comunión entre ellos. Y se eligieron, aun estando el doctor Masters casado. Según como se lea, la búsqueda de una sexualidad que sea algo más que una descarga física puede entenderse como una postura conservadora, carca, casi puritana. En mi opinión, se trata de lo contrario: actualmente me parece el acto más revolucionario. La liberación sexual nos ha proporcionado precisamente la libertad para hacer lo que queramos. Ahora nos toca elegir bien. Esto no significa necesariamente elegir una pareja para casarnos. Podemos elegir tener relaciones sexuales con alguien del mismo sexo, con dos personas o simplemente no tenerlas con nadie. ¿Por qué no? Podemos hacer lo que deseemos. Pero tiene que tener algún sentido y, sobre todo, nos tiene que hacer sentir bien. Actualmente, en la consulta vemos muchas mujeres que se han creído esta revolución sexual mal digerida a lo Sexo en Nueva York y no eligen bien a sus parejas sexuales porque no han aprendido a discriminar en este sentido. El resultado (sin prejuicios morales de ningún tipo, es una evidencia) es que se sienten mal. Las personas somos capaces de experimentar un gran placer sexual si la pareja que tenemos delante (una pareja en la forma que sea: matrimonio, amistad, pareja de hecho, sexo esporádico, da igual) nos ve. Si nos reconoce. Si nos gusta y si le gustamos.

Lo dijo el doctor Masters al final de su vida: «El único requisito para una buena vida sexual es una pareja interesante e interesada».



¿Y qué pasó con Masters y Johnson?

Escribo este capítulo cuando se han emitido dos temporadas de *Masters of Sex* y con la tercera en construcción. Como, sin embargo, la vida real de Masters y Johnson sí la conocemos, les puedo decir que (ahora vienen *spoilers*) finalmente él se divorció de Libby, con la que había tenido tres hijos. El doctor Masters y Virginia Johnson se casaron en 1971. La clínica que un año antes habían inaugurado en Saint Louis se convirtió en 1978 en el Instituto Masters and Johnson. Trabajaron juntos hasta 1992. Una Virginia de 60 años con ganas de disfrutar de sus últimos años, de su vida familiar y de viajar, se cansó de un marido que se pasaba prácticamente todo el día encerrado en su despacho trabajando, y en 1993 se divorciaron. Un año después William, enfermo de Parkinson, se retiró y se volvió a casar, esta vez con un antiguo amor de la infancia. El Instituto Masters and Johnson cerró sus puertas en 1994, aunque Virginia siguió trabajando prácticamente hasta su muerte.

El doctor William H. Masters murió en 2001 y Virginia Johnson en 2013.

Bibliografía publicada por los investigadores citados

- Respuesta sexual humana. Masters y Johnson, 1966.
- Inadecuación sexual humana. Masters y Johnson, 1970.
- El vínculo del placer. Masters y Johnson, 1974.
- Comportamiento sexual en el hombre. Alfred Kinsey, 1948.
- Comportamiento sexual en la mujer. Alfred Kinsey, 1953.
- Informe Hite de sexualidad femenina. Shere Hite, 1976.
- Informe Hite de sexualidad masculina. Shere Hite, 1981.
- La nueva terapia sexual. Helen Kaplan, 1974.