



## Lógicas sociales de Los comportamientos sexuales (de riesgo)<sup>1</sup>

Laia Ferrer  
Demógrafa  
Centre d'Estudis  
Demogràfics  
de Barcelona

*Il reste beaucoup à faire dans la relation des femmes à leur sexualité. Certes, elle peuvent théoriquement faire l'amour pour faire l'amour, pour avoir du plaisir, mais en réalité la société leur demande toujours de se justifier.*

Janine Mossuz-Lavau  
(Directora de investigaciones en el CNRS, París)

Los comportamientos sexuales responden a patrones construidos y moldeados socialmente. Del mismo modo, sin ánimo de excluir la responsabilidad individual de la toma de decisiones, los comportamientos sexuales de riesgo —como los que llevan a una Interrupción Voluntaria del Embarazo— son resultado de *lógicas sociales*, aspectos no sexuales que afectan a la sexualidad como la religión, la fecundidad, la familia, los roles de género, la paternidad/maternidad, ...<sup>2</sup> El *aborto voluntario*, como resultado de un posible sesgo entre la intención de no tener un hijo y un embarazo imprevisto, es un buen ejemplo de la compleja relación que se establece entre las conductas individuales y las *exigencias* sociales en materia de sexualidad. Si se acepta esta aproximación a los comportamientos sexuales de riesgo, valdrá la pena reflexionar sobre todos

aquellos aspectos del contexto social que pueden ser modificados para evitar situaciones no deseadas.

No es fácil valorar el efecto de las lógicas sociales en un individuo, sin embargo en estas líneas se hace hincapié en algunos de los aspectos no sexuales que afectan a nuestra sexualidad en las sociedades europeas occidentales contemporáneas. Los cambios acontecidos en la concepción de la *sexualidad*, en genérico, y en las *normas sexuales*, en concreto, así como el papel de la *anticoncepción* y los *roles de género* sirven de hilo conductor de la explicación presentada a continuación.

La **sexualidad humana** forma parte del proceso de construcción social de la persona, una construcción aprendida culturalmente. La subjetividad individual se elabora a partir de las

trayectorias y las experiencias sexuales y, estas, dependen de la edad y de la generación y se manifiestan de forma diferente según la pertenencia social y de género de los individuos. Concretamente, la iniciación sexual es en todas las culturas una etapa importante de construcción social de la masculinidad y de la feminidad. A pesar de este rol central de la sexualidad, durante mucho tiempo la *educación sexual* explícita ha sido insignificante. No es hasta las últimas décadas del siglo XX cuando hay un reconocimiento de la importancia de la educación sexual en las sociedades occidentales, a través de la educación formal y orientada a evitar situaciones de riesgo, como los embarazos no deseados o las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, raramente se habla de la sexualidad y de las conductas sexuales abiertamente y desde un punto de vista positivo.

# Lidad responsable sexualidad

La **anticoncepción**, en lo que se refiere al acceso y a su práctica, tiene un papel muy importante cuando se considera la evolución de las conductas sexuales y por ello pongo el acento en la llamada “segunda revolución anticonceptiva”<sup>3</sup> que se produce en los años sesenta en los países industrializados, caracterizada por la medicalización de la anticoncepción (anticoncepción oral, DIU, esterilización). Esta supone una ampliación de la autonomización de la sexualidad, con efectos claros especialmente en la mujer, pues se hace más evidente la distinción entre sexualidad con y sin fines reproductivos. En una tendencia que no ha dejado de crecer, en Francia por ejemplo –un país promotor en el uso de la anticoncepción moderna– se pasó del 41% de mujeres de entre 20 y 44 años que usaban métodos modernos eficaces el 1978 al 67,4% el 2000<sup>4</sup>. La fecundidad forma parte, a partir de entonces, de los proyectos personales de los individuos, la maternidad y la paternidad son una opción, ellos pueden escoger el momento, el espaciamiento y/o limitación del número de hijos. Las preferencias se traducen en un descenso en el número de hijos que se sitúa de media, todavía hoy, en menos de 2 hijos por mujer en los casos belga, francés y español, por ejemplo<sup>5</sup>. Una de las evidencias de esta autonomización de la sexualidad es la disminución de los embarazos imprevistos; de nuevo el caso francés es ejemplar: cerca del 50% de embarazos era imprevisto el año 1975 respecto el 33% el 2000. Sin embargo, y a pesar de su descenso, los embarazos imprevistos no han desaparecido, debido a un fallo inesperado del método anticonceptivo, a un mal uso o a un no uso del mismo. Con ello se hace evidente la compleja relación entre la sexualidad y la anticoncepción.

Una pérdida del miedo delante de un embarazo no deseado es clara en las nuevas generaciones,

aunque en las mujeres recae una nueva responsabilidad, a veces no compartida con su compañero sexual, la de controlar las consecuencias de la actividad sexual. En un momento en el cual la sexualidad no está ligada necesariamente a la conyugalidad, las consecuencias de un fallo anticonceptivo pesan, sobretodo, sobre la mujer. En cambio, a menudo la elección del método anticonceptivo se hace en función de las preferencias del hombre –expresadas por el hombre y/o interpretadas por la mujer–. Vemos de nuevo como las conductas sexuales generan situaciones contradictorias que demuestran la complejidad de los comportamientos individuales: Pese existir las mejoras de los métodos y su acceso, la práctica anticonceptiva lejos de reducirse a una elección racional es el resultado complejo de interacciones entre las mujeres y sus parejas y las personas que prescriben el método.

Esta realidad que se ha apuntado no excluye que la “revolución anticonceptiva” a la que se ha hecho referencia tenga la capacidad de cambiar completamente el contexto en el que nos encontrábamos. La “función” del orgasmo es considerada primordial y hasta más importante que la procreación como resultado de la actividad sexual en el ámbito de la pareja. La revolución sexual de los setenta es vista, entonces, como la legitimación de la actividad sexual erótica en el seno de la pareja. La sexualidad se constituye como una de las condiciones de bienestar, de disfrute personal y de comunicación con la pareja<sup>6</sup>. Fruto de los cambios en las conductas de los individuos, éstas se reflejan en las nuevas aproximaciones institucionales: Es a mediados de este decenio cuando el concepto de salud sexual tenderá a distinguirse del de *salud reproductiva*, desvinculando la sexualidad de la actividad procreadora; tiene esto un claro sesgo femenino porque se pone el acento en los derechos y las libertades sexuales, el derecho al aborto...

En relación a las **normas sexuales**, estas no desaparecen en las sociedades contemporáneas, aunque se hable de un cierto relajamiento de las mismas. En cualquier caso, ya no se aprenden a través de los mismos canales de transmisión de antaño (la familia, la escuela, la religión) sino sobretodo en las conversaciones entre cónyuges y/o amigos y a través de los medios de comunicación. El exceso de información, no siempre contrastada (pornografía, imágenes de sexo explícito...), supone un riesgo, especialmente entre los más jóvenes quienes pueden tener criterios de selección de los mensajes recibidos menos sólidos. Estaríamos hablando de nuevas estrategias de interiorización de las normas, siendo estas menos codificadas previamente. Esta transformación de las normas transmitidas hace que convivan antiguas y nuevas normas sexuales: Continúa habiendo un edad para la sexualidad (cuando empezar las relaciones y cuando acabarlas) y una edad para ser madre<sup>7</sup>. Y continúa habiendo normas morales en materia de aborto que hacen referencia al valor de la vida y al momento que se considera el inicio de esta vida, las cuales influyen sobre las conductas de los actores.

La aceptación social o no de la sexualidad, fruto de estas normas, es un aspecto clave a la hora de legitimar la propia sexualidad y evitar situaciones de riesgo. Una mujer que no siente legitimada su sexualidad es una mujer que no se responsabilizará de ella y, por lo tanto, no accederá a la prevención para evitar situaciones no deseadas. En este sentido, en nuestras sociedades occidentales actuales aparece una población sensible –adolescentes, inmigrantes y mujeres a los dos extremos del periodo fértil–. No es suficiente aceptar la sexualidad fuera del matrimonio para poder hablar de una aceptación social de la sexualidad, en un momento en el que las biografías conyugales y afectivas se diversifican y

el tiempo durante el cual se es sujeto sexual activo dentro de la pareja se amplía, sobretodo para las mujeres. En un momento en el que hay un aumento de las rupturas conyugales hay un grupo interesante a analizar en relación a los comportamientos sexuales de riesgo: las mujeres que forman una nueva unión después de una ruptura en edades avanzadas o aquellas que tienen relaciones, estables o esporádicas, sin compartir una vida en común.

En referencia a los **roles de género**, desde finales de los años sesenta, la autonomización de la mujer, social y sexual, hizo que tomara, también, una posición activa y reivindicativa con relación a su sexualidad. Una de las reivindicaciones más frecuentes fue el derecho de disponer de su propio cuerpo y de sus capacidades sexuales y reproductivas, las cuales la legitimaron a exigir el derecho al aborto voluntario, por ejemplo. En este contexto, las problemáticas que las mujeres expresan no se refieren solamente a la actividad sexual y reproductiva sino también a otros aspectos de esta concepción más amplia de la sexualidad: Al vínculo afectivo y a la relación conyugal.

Ya se ha avanzado que las relaciones de género tienen un rol central en las conductas sexuales. Aunque ha habido cambios en las normas sexuales a partir de los años setenta, perdura una relación social del sexo en la construcción afectiva y sexual como resultado de una diferencia en la transmisión entre hombres y mujeres. La dominación masculina en las representaciones y prácticas sexuales es una de ellas y se refleja a distintos niveles: Divergencia de edad de entrada a las relaciones sexuales, aunque cada vez es más pequeña<sup>8</sup>, permanencia de la idea que es la mujer quien tiene que gestionar las consecuencias reproductivas del acto sexual, idea que el hombre tiene unas necesidades sexuales que la mujer no tiene, idea que el hombre espera más del sexo y la

mujer de los sentimientos. Estos aspectos se pueden traducir en una dificultad en la *negociación*. En el seno de la pareja, la falta de poder de negociación puede hacer aumentar la probabilidad de una relación de riesgo.

Las transformaciones en materia de sexualidad han sido más rápidas que las de la organización social de la maternidad/paternidad. El rol paternal está todavía lejos de tener las implicaciones materiales, identitarias y de responsabilidad del rol maternal. Todavía hay una obligación social por parte de la mujer, como madre, que le concede, consciente o inconscientemente, un sentimiento de pertenencia de las decisiones finales que giran alrededor de un embarazo imprevisto y del aborto.

Por todo lo expuesto en estas líneas nos damos cuenta que en las sociedades europeas occidentales se ha conseguido hablar con más naturalidad de la anticoncepción y su acceso es casi perfecto<sup>9</sup>. Sin embargo nos queda una asignatura pendiente: Hablar más abiertamente de la sexualidad. No debería sorprendernos, pues, que una de las debilidades de nuestras sociedades, en relación con la prevención de situaciones de riesgo, sea la gestión cotidiana de la sexualidad, implicando a hombre y mujeres por igual.

## BIBLIOGRAFIA

- BOZON, M. & KONTULA, O. (1997) "Initiation sexuelle et genre en Europe. Comparaison des évolutions de douze pays européens". *Population*, 6, Ined: París.
- FERRER, Laia (2006) *L'avortament en el context de la Salut Sexual i Reproductiva a Bèlgica i França. Aportacions des de la sociologia, la geografia i la demografia* [Memoria de Investigación del Doctorado de Demografía dirigida por Montserrat Solsona, Departamento de Geografía. Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics]

- GIAMI, A. (2005). "La sexualité et les comportements sexuels". pp. 138-141. A FERNÁNDEZ, H. (ed.) *Traité de gynécologie*. Flammarion: París.
- LÉRIDON, H. (1999). "Trente ans de contraception en France". *Échanges santé sociale*, 93:46-51.

## Notas

- <sup>1</sup> Las reflexiones y los datos empíricos que se presentan a continuación están incluidos en el trabajo de investigación *L'avortament en el context de la Salut Sexual i Reproductiva a Bèlgica i França. Aportacions des de la sociologia, la geografia i la demografia* de la autora que firma este artículo, elaborado en el marco del Doctorado de Demografía que se imparte en el Centro de Estudios Demográficos en Barcelona.
- <sup>2</sup> Se entiende por *lógicas sociales* de la sexualidad a las representaciones sociales que afectan las conductas sexuales, las cuales son influidas por la pertenencia del individuo en un contexto social, geográfico y temporal.
- <sup>3</sup> LÉRIDON, 1999.
- <sup>4</sup> Según la *Encuesta Mundial de Fecundidad* elaborada por el INED en 1978 y la *Encuesta Cohort-épidémiologique sur les pratiques contraceptives et recours à l'IVG en France* llevada a cabo por el INED y el INSERM el 2000.
- <sup>5</sup> Según el Consejo de Europa (2002), el año 2000 el Índice Sintético de Fecundidad en Bélgica era de 1,66 hijos por mujer, de 1,89 en Francia y de 1,24 en España.
- <sup>6</sup> GIAMI, 2005.
- <sup>7</sup> La *edad media de la mujer a la primera relación sexual* es de 18,4 años en Bélgica y 17,6 en Francia (Bozón, 1997). La *edad media a la maternidad* (del primer hijo) es de 27,9 años en Francia el 2000 y de 27,6 en Bélgica el 1997, según datos de Eurostat.
- <sup>8</sup> No supera el medio año en las generaciones nacidas el 1970 en el caso belga y aquellas nacidas en el 1980 en Francia (según Bozón, 1997).
- <sup>9</sup> A modo de ejemplo, según datos de 2003 de Naciones Unidas un 78,4% de mujeres de 15-49 utilizan algún método anticonceptivo en Bélgica, el 74,6% en Francia y el 80,9% en España (y sólo el 4,1% en Bélgica, el 9,5% en Francia y el 13,6 % en España usan métodos tradicionales).