

SEXUALIDAD EN LA PAREJA



 **Manual Moderno**®

Acervo 4.7 Gayou,J.(2000) Sexualidad en la Pareja, Cap. 1 Función Sexual, México, Edit. Manual Moderno, pag.8-21

que por otro lado, se consideran bastante secundarias y poco significativas. Las del varón, en cambio, son productivas y valiosas. De la misma manera, se acaba por asumir una relación entre jefe y empleado; ella le sirve y él se deja atender.

Estos papeles que se aprenden jugando, acaban por ser muy poco flexibles, además, dotan al varón y a la mujer de una visión muy particular de la vida.

Las niñas aprenden a lograr sus objetivos mediante la dulzura y el candor, por lo que se les enseña a actuar emocionalmente. Por su parte, los niños deben comportarse valientes y hacer uso de su inteligencia, más que de las emociones.

Decíamos que las niñas ensayan con sus muñecas las expresiones de ternura, cariño y cuidado con que deberán desenvolverse pero, si se ve a un niño jugando con muñecas se le reprende, su comportamiento no debe expresar emociones establecidas sólo para las niñas. Así, poco a poco se entorpece la capacidad del varón para transmitir ternura y cariño a sus hijos. Si no, intente recordar los besos y caricias que recibió de su padre.

Este panorama se abordará en detalle en este libro, sobre todo, con respecto al efecto que imprime en la formación y desarrollo de la pareja.

Una vez aclarados los conceptos básicos (sexo, sexualidad, identidad sexual y papeles sexuales), en cada uno de los capítulos nos ocuparemos de aspectos fundamentales que permitirán la comprensión integral de la pareja, prestando especial atención a sus problemas y sugiriendo ideas para resolverlos o evitar que se susciten.



FUNCIÓN SEXUAL

La sexualidad comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se conjugan en el ser humano de manera indisoluble. Para conocer mejor la sexualidad de la pareja es indispensable contemplar de manera particular esos aspectos, por lo que empezaremos con el biológico.

Los protagonistas principales de la relación sexual son los llamados **órganos sexuales**. Éstos se dividen, tanto en la mujer como en el varón, en **externos**, los que están a la vista, y en **internos**, los que por encontrarse dentro del cuerpo no se aprecian a simple vista.

En la mujer, el conjunto de órganos externos se denomina vulva y se refiere a todos los que se encuentran entre los muslos y por debajo del vello púbico, gráficamente, estos órganos pueden describirse como una boca con dos grandes labios, uno derecho y otro izquierdo, llamados labios mayores. Si estos labios (gruesos y mullidos) se entrecabren, se observarán dos finas estructuras de bordes irregulares, una de cada lado, conocidas como labios menores (véase figura 1-1).

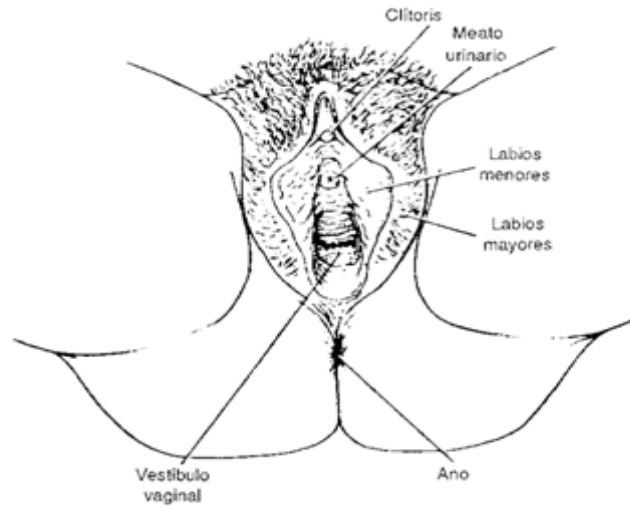


Figura 1-1. Aspecto de los órganos genitales externos femeninos: vulva.

Las uniones de los labios mayores se encuentran una en el ano, la inferior, y en la parte delantera, en el pubis, la superior; en esta última, entre los labios se encuentra el clítoris y el meato urinario, orificio por donde sale la orina. El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico del que por lo general sólo se ve la cabeza y es extraordinariamente sensible, el roce de una pluma de ave puede provocar sensaciones de gran intensidad.

Los labios menores constituyen la entrada a un conducto cilíndrico llamado vagina, cuyas paredes están cubiertas por una mucosa; se le ha descrito como una cavidad virtual puesto que, a menos que contenga algo, las paredes vaginales quedan pegadas entre sí. Tradicionalmente, se decía que la vagina sólo es sensible en su tercio más cercano a los labios, sin embargo, de manera reciente hemos escuchado testimonios de mujeres que explican haber experimentado sensaciones profundas en la vagina; esto nos obliga a recapacitar, puesto que por lo común, los médicos no entendemos lo que las

mujeres nos expresan de sus propias percepciones; esta situación ha ocasionado malas interpretaciones (véase figura 1-2).

Lo que sí podemos afirmar, es que el tercio externo es la única zona de la vagina que se encuentra rodeada por músculos y esto le permite cerrarse o abrirse a voluntad, cuando la mujer ya tiene el dominio sobre ellos. Lograrlo, puede ser muy importante para experimentar mayor placer y satisfacción en la relación sexual.

Hasta hace poco se ha escuchado y escrito sobre una zona de la vagina conocida como Punto de Graffenberg o Punto G, denominada así en honor al ginecólogo que la describió por primera vez, hace muchos años. El Punto de Graffenberg se localiza en el tercio externo de la vagina, esto es, a unos tres o cuatro centímetros, dentro de la vagina, sobre la parte anterior de la pared mucosa, inmediatamente atrás del hueso del pubis.

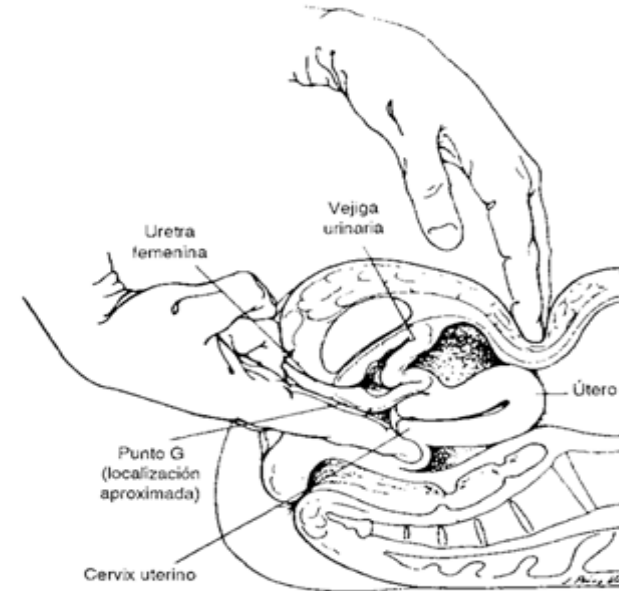


Figura 1-2. Órganos femeninos internos.

La importancia de este punto radica en que muchas mujeres, aunque no todas, refieren que al ser estimuladas en esta zona perciben sensaciones con frecuencia similares a las del deseo de orinar, que las llevan a experiencias orgásmicas muy intensas e incluso en ocasiones acompañadas de la expulsión de cantidades variables de líquido, denominándosele a este hecho eyacuación femenina.

De esto se deduce que la vagina es parte de los órganos internos femeninos, y que en la parte más profunda de este "cilindro" virtual se encuentra el cuello o entrada de la matriz o útero, conocido como cervix uterino.

De acuerdo con los anatomistas, y por tradición, el útero es un órgano con forma de pera invertida. Por lo general su tamaño es de unos siete u ocho centímetros, tiene una gruesa capa muscular y su cavidad, bastante fina, tiene forma de T, cuyos trazos desembocan a unos conductos llamados tubas uterinas, conocidas hasta hace poco como trompas de Falopio (véase figura 1-3).

El útero se encuentra dentro de la cavidad pélvica ligeramente inclinado hacia adelante.

Las tubas terminan en un ensanchamiento que semeja los pétalos de una flor, a esta parte se le conoce como fimbrias, a pocos centímetros de ellas se encuentran los ovarios en donde se producen los óvulos.

En el varón, los órganos sexuales externos son el pene y el escroto que contiene los testículos. La forma del pene es alargada y cilíndrica, y en su extremo anterior termina en un engrosamiento, a manera de cabeza, denominado glande. Al nacer, todos los niños tienen el glande cubierto por un repliegue cutáneo que se llama prepucio, el cual debe ser capaz de retraerse fácilmente descubriendo el glande. La circuncisión es el corte quirúrgico del prepucio que deja el glande al descubierto. En forma característica, la piel del glande (no el prepucio) es muy tersa y sumamente sensible (véase figura 1-4).

Respecto al prepucio y la circuncisión existen muchos mitos o ideas preconcebidas, pero la verdad es que a cualquier varón que no sea capaz de retraer el prepucio con facilidad y dejar al descubierto el glande, se le debe practicar la circuncisión. Por otro lado, la

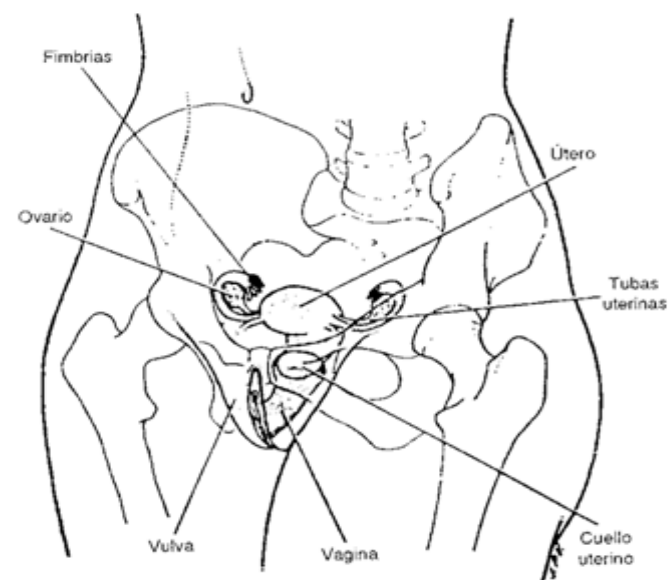


Figura 1-3. Órganos femeninos internos.

operación no afecta en nada su función sexual y permite una mayor higiene de este órgano.

El escroto está constituido por unas bolsas formadas por varias capas de diversos tejidos y recubiertas por la piel. Su principal función es contener a los testículos y mantenerlos a una temperatura adecuada para producir espermatozoides. Los testículos tienen forma ovoide y están compuestos por una gran cantidad de pequeños tubillos en los que se producen los espermatozoides. Estos tubos, llamados tubos seminíferos, desembocan a unos más gruesos que se ubican por arriba y al lado de cada testículo; la estructura que forman se conoce como epidídimo, donde se colocan los espermatozoides y desde donde se transportan por un largo tubo llamado conducto deferente. Éste corre por el conducto inguinal y entra en la cavidad pélvica, llevando a que los espermatozoides se acumulen en unas

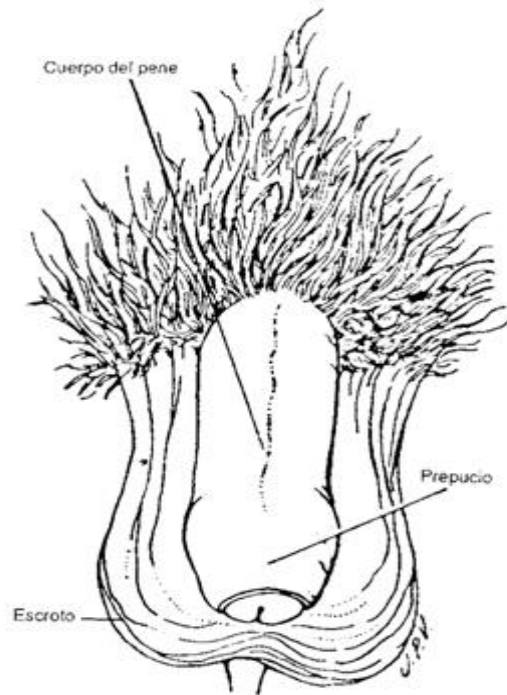


Figura 1-4. Genitales externos masculinos.

pequeñas bolsas colocadas detrás de la vejiga urinaria, conocidas como vesículas seminales (véase figura 1-5).

Éstas desembocan en unos tubos que se introducen en la glándula prostática y terminan en un tubo único conocido como uretra prostática. También por este conducto sale la orina.

La próstata es una glándula del tamaño de una nuez que se localiza debajo de la vejiga urinaria; por detrás está en contacto directo con el recto, razón por la cual mediante tacto rectal se puede reconocer.

La uretra prostática se continúa hasta el pene y su nombre cambia entonces a uretra peneana.

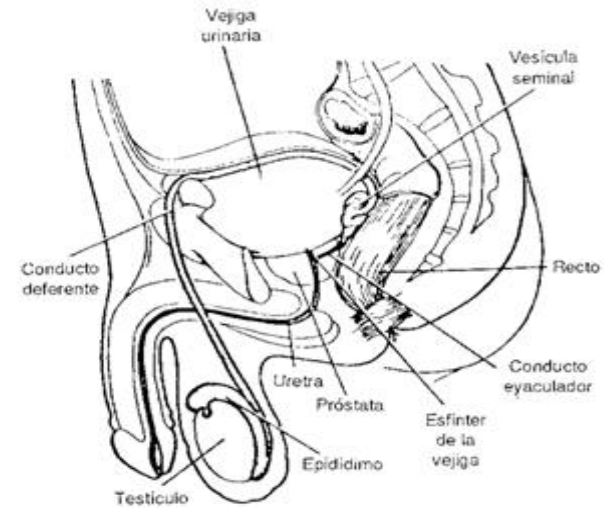


Figura 1-5. Órganos internos masculinos.

El semen está constituido por los espermatozoides que se producen en los testículos y por diversos líquidos que apartan el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata, principalmente.

De lo anterior puede pensarse que si la uretra prostática recibe a los conductos eyaculadores de las vesículas seminales y al mismo tiempo es vía de salida de la orina, sería factible que el hombre pudiera eyacular y orinar a la vez. La realidad es que en el cuello (o salida) de la vejiga existe un músculo circular llamado esfínter vesical, que automáticamente se cierra durante la eyaculación, impidiendo la salida de orina.

Cuando los varones son operados de la próstata, por lo general, el mecanismo descrito con anterioridad sufre daños, y suele suceder que cuando eyaculan, el semen, en vez de salir por la uretra peneana, se vierte al interior de la vejiga urinaria; a este hecho se le conoce como eyaculación retrógrada. Esto de ninguna manera implica peligro alguno ni disminuye la capacidad de disfrute sexual. Posteriormente, el semen es expulsado junto con la orina.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

A continuación, analizaremos la **respuesta sexual humana**, es decir, aquellos cambios que se producen en el varón y la mujer, tanto en los genitales como en todo el cuerpo, cuando se da una estimulación sexual.

En primer lugar, debemos considerar los hechos y situaciones que pueden constituirse como **estímulos sexuales**. Un estímulo puede originarse fuera del propio cuerpo o bien en el interior del mismo. Los externos son percibidos por uno o varios de los órganos de los sentidos: vista, tacto, gusto, oído y olfato; en cambio, los originados en el interior son principalmente las fantasías, recuerdos y sueños.

Es importante destacar que los estímulos efectivos varían de una persona a otra, e incluso cambian en diferentes momentos y épocas de su vida. De ahí que sea un error y un mito hablar de las "zonas erógenas" como un hecho universal. Hay mujeres que se excitan y experimentan mucho placer por caricias en los pechos, mientras que para otras esto en ocasiones no sólo es desagradable, sino repulsivo. Lo mismo sucede en el varón en cuanto a diversas áreas de su cuerpo.

Por tanto, en primer lugar debemos tratar de conocer precisamente los sitios y las situaciones que sean estimulantes, placenteros y excitantes para nuestra pareja, a la vez que nos permita saber aquello que le disgusta y, por ende, que no le permita excitarse y sentir placer.

Lo anterior podemos compararlo con lo que sucede cuando vemos un dibujo o pintura; habrá ciertas personas a quienes les guste y a otras no, lo mismo sucede en cuanto a los estímulos sexuales. Así, habrá personas para las cuales sea muy estimulante ver ciertas situaciones y, para otras, ver a la pareja.

Estas circunstancias pueden ser muy variables, por lo cual se analizarán con más detalle en otro capítulo.

El gusto y el olfato, íntimamente relacionados, pueden ser un importante elemento para propiciar o terminar la excitación, y por tanto, propiciar una buena relación sexual. Aquí hablamos sobre todo de pulcritud y aseo adecuados, sin llevarlos a exageraciones que sólo

ocasionan efectos nocivos. Esto último se refiere principalmente a que algunas mujeres consideran desagradables sus secreciones naturales. En realidad, en ausencia de enfermedad o infección, las secreciones vaginales son tan normales como la saliva, ya que contienen una flora natural de gérmenes no patógenos; y que no implican enfermedad o suciedad. En cuanto a llevar al extremo el deseo de pulcritud, podemos decir que, en las mujeres, los frecuentes lavados y duchas vaginales, incluso con sustancias químicas, lejos de ayudar, dañan, a la larga, la mucosa de la vagina. Por otro lado, los olores y sabores naturales de una mujer que se baña diariamente son, para muchos varones, una fuente de excitación muy importante. Recordemos aquí la importancia del olfato, íntimamente relacionado con las emociones; de hecho en las estructuras del sistema nervioso central (cerebro), los centros de las emociones, coinciden con aquellas en donde se encuentran los núcleos nerviosos del olfato.

El tacto, es uno de los principales elementos para la estimulación sexual efectiva, por lo cual en este aspecto también es indispensable conocer los gustos y preferencias de nuestra pareja. En ciertas personas las caricias, en lugar de producir excitación, son desagradables. Por esto es muy importante la comunicación, expresar lo que nos gusta y lo que nos desagrada, para lograr dar y recibir caricias placenteras y estimulantes.

Lo mismo sucede con el oído, para algunas personas es muy estimulante escuchar las exclamaciones de su pareja; otras se sienten muy excitadas cuando, durante la relación sexual, el compañero expresa cualquier tipo de sentimiento. Aquí de nuevo no hay regla, lo que para unos puede ser muy estimulante, para otros puede no serlo.

En cuanto a los estímulos provenientes del interior, mencionamos los recuerdos y fantasías. Ambos hechos, esencialmente internos, consisten en los procesos mentales del individuo y desempeñan un papel muy importante en la excitación y estimulación sexual. Recordar situaciones o personas coadyuva para la excitación; pero la fuente más rica y que no tiene límites es la fantasía. Con ella se pueden realizar todos los actos y transportarnos a cualquier

situación, por extraña o complicada que parezca. En este caso, el gusto y la capacidad para utilizar este medio de estimulación varía muchísimo de un individuo a otro.

Hemos visto someramente las vías y formas mediante las que puede desencadenarse una excitación que nos lleve a una respuesta sexual. Ahora se abordarán de modo breve los cambios que, durante la respuesta sexual, se producen en el organismo femenino y masculino.

CAMBIOS FÍSICOS DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL

El principal fenómeno que se da ante la excitación es la vasocongestión, es decir, la acumulación de sangre en la zona pélvica; esta congestión sanguínea provoca los dos principales fenómenos preparatorios para la relación sexual: en la mujer la lubricación vaginal y en el varón la erección del pene. A nivel psicológico, podemos decir que lo que sucede fundamentalmente es un aumento de tensión tendiente a buscar mayor estimulación y a aumentar el acercamiento con la otra persona.

Cuando esta excitación llega a su nivel más alto, puede permanecer así cierto tiempo hasta que se desencadena el segundo fenómeno físico de la respuesta sexual: la fase mioclónica o fase orgásmica; ésta consiste físicamente en una serie de contracciones musculares, sobre todo a nivel genital, que liberan la vasocongestión y, a nivel psicológico, provocan una sensación de gran placer, muchas veces difícil de describir. Si queremos hacer una similitud, un buen ejemplo a menor escala sería el estornudo: primero sentimos el cosquilleo nasal y un aumento de tensión o presión (excitación), y finalmente viene una liberación explosiva de esta tensión (orgasmo).

En el decenio de 1960 se publicó un libro con los resultados de diez años de investigaciones sobre la respuesta sexual, que llevaron a cabo William Masters y Virginia Johnson. Ellos fueron los pioneros en la investigación de la fisiología de la respuesta sexual; diseñaron una curva como modelo de los cambios que hemos

mencionado, en la que nos presentan cuatro fases de la respuesta: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente, Helen S. Kaplan introduce el modelo en el que sólo considera tres fases: deseo, vasocongestión y mioclónica (orgasmo) (véase figura 1-6). Detallemos ahora los cambios físicos que se dan en cada uno de los sexos y empecemos por la mujer.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Durante la fase de excitación, el principal cambio que se da es la lubricación vaginal; durante ésta se produce un líquido que humedece la vagina, especialmente en el tercio externo: los labios mayores, al llenarse de sangre, aumentan de tamaño y se separan, es decir, se entreabren; los labios menores también aumentan de tamaño y se expanden ligeramente. El clítoris se congestiona de sangre y aumenta de tamaño, a diferencia del pene, el incremento es en cuanto al diámetro y no en longitud. Esta circunstancia hace que sea extremadamente sensible, al grado de que las caricias directas pueden ser molestas en vez de producir placer o excitación. Asimismo, esta sensibilidad del clítoris varía de una mujer a otra.

Ahora bien, los cambios que se dan en los órganos sexuales internos consisten en las modificaciones que se presentan en los tercios internos vaginales y en el útero o matriz, el cual se yergue, y



Figura 1-6. Modelos fisiológicos de la respuesta sexual.

pierde parcialmente la antroversión que tenía en estado de reposo; ello provoca que el fondo de la vagina se expanda, formándose una especie de bolsa invertida.

Asimismo, otras partes del cuerpo sufren cambios durante la fase de excitación; por ejemplo, los pechos de la mujer pueden aumentar ligeramente de tamaño, pero sobre todo se presenta erección de los pezones, en el resto del cuerpo pueden darse fenómenos de tensión muscular, en ocasiones con algunos movimientos involuntarios.

Durante la fase que Masters y Johnson denominan **meseta**, hay ciertos cambios importantes, que de no conocerse pueden dar la impresión de que se ha perdido la excitación; tal es el caso de retraimiento del clitoris, es decir, parece que desaparece, y deja de ser visible. Los fenómenos que revisamos en el resto de los órganos se acentúan durante esta fase. Es importante mencionar que las areolas (zonas oscuras que rodean a los pezones) se congestionan y al observarlas parecería que los pezones hubieran perdido su erección. La tensión muscular es todavía mayor, en especial los músculos de la cara, lo que da lugar a una expresión facial tensa que indica un estado avanzado de excitación.

Después de la meseta sobreviene la **fase de orgasmo** que Kaplan llama mioclónica o de contracciones musculares. Éstas se producen sobre todo en la musculatura de órganos sexuales tanto externa como interna, son involuntarias y, como mencionamos, tienen un efecto fundamentalmente liberador de la tensión y la vasocongestión. Es obvio que el factor más importante del orgasmo es la intensa sensación de placer, cuya situación varía muchísimo de una persona a otra. En cuanto al orgasmo femenino es importante señalar algunos hechos de reciente investigación: el primero se refiere a que algunas mujeres son capaces de una multiorgasmia, es decir, pueden tener más de un orgasmo sin la necesidad de que se inicie un nuevo ciclo de respuesta (véase la figura 1-7a); en algunas se da con cierta continuidad y en otras sobreviene después de que la tensión disminuye un poco (véase la figura 1-7b). Si bien esta situación es más común en las mujeres que en los varones, como veremos más adelante, tampoco quiere decir que sea un fenómeno universal, y aquellas

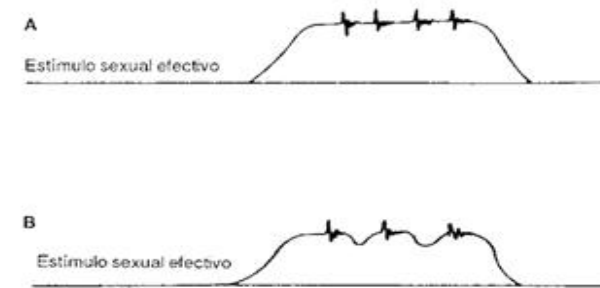


Figura 1-7. Modelos de multiorgasmia.

mujeres que no son multiorgásmicas no deben sentir que están mal o que carecen de algo.

El segundo aspecto importante, y que hasta hace poco ha sido aceptado, es la posibilidad de que algunas mujeres expulsen líquido durante el orgasmo en mayor o menor cantidad, por la uretra, es decir, tienen eyaculación. Publicaciones recientes presentan investigaciones que demuestran que las mujeres tienen una acumulación de células glandulares en el tejido que rodea a la uretra, equivalentes a las células que en el varón constituyen la próstata; al parecer, en algunas mujeres las contracciones orgásmicas provocan un vaciado del líquido que producen estas células, que al salir por la uretra constituye la eyaculación femenina. En el pasado, muchas mujeres le referían esta situación a sus médicos, quienes consideraban que se orinaban o sufrían un relajamiento de los músculos, lo que provocaba la salida de orina. Hoy en día podemos afirmar que se trata de contracciones musculares que provocan la expulsión del líquido producido por estas células y que no tiene nada que ver con orina.

De hecho, se piensa que para llegar a este punto, es necesario estimular el Punto de Graffenberg (véase la figura 1-2). Al parecer a la mujer que se le estimula este punto experimenta una sensación intensa, y algunas refieren tener deseos de orinar; esto ocasiona que con frecuencia interrumpa las caricias y el juego sexual por temor; pero si continúa la estimulación es muy factible que presente la

eyaculación. De nuevo, es importante recalcar que no estamos hablando de un fenómeno universal y, por tanto, no debe sentirse extraña aquella mujer que no lo presente.

Esto explica lo que muchas mujeres nos dicen al respecto de que sólo logran tener orgasmos si en el momento de mayor excitación cierran las piernas y al cruzarlas se desencadena. Probablemente ello sucede porque al cerrar las piernas el pene se eleva y de este modo estimula directamente tanto al clitoris como al Punto G.

Por último, cuando después de uno o varios orgasmos cesa la tensión, aparece la fase que Masters y Johnson llamaron **resolución**, es decir, todos los cambios físicos presentados desaparecen y vuelven a las condiciones iniciales, lo que por lo general provoca gran relajamiento y bienestar.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

Ante el estímulo sexual efectivo, se produce la vasocongestión, que en el varón se representa por la erección del pene. Esta respuesta eréctil se da porque el pene está constituido en su interior por los llamados cuerpos esponjosos, que son estructuras semejantes a esponjas; la congestión de sangre hace que las estructuras se saturen y un sistema de válvulas muy finas impide que la sangre salga de los cuerpos, manteniéndose así la erección. Otro de los cambios en la **fase de excitación** es que la piel del escroto se pone tensa y se engruesa y los testículos se elevan. Éstos son, en resumen, los principales cambios que, a nivel de órganos sexuales se presentan durante la excitación masculina.

Ahora bien, en el resto del cuerpo, se ha visto que en un porcentaje menor de varones, y de manera inconstante, aparece también erección de las tetillas, aumento de la tensión muscular y movimientos involuntarios.

En la **fase de meseta**, los cambios vistos en la fase previa se acentúan y se mantienen, llegando al punto extremo que desencadenará el orgasmo. Durante esta fase, en algunos varones se produce la salida de unas gotas de líquido mucoso por el meato urinario; se

dice que esta secreción proviene de unas pequeñas glándulas conocidas como bulbouretrales. Lo importante aquí es que esta secreción, por escasa que sea, puede contener espermatozoides y provocar embarazo, aun sin haber existido una eyaculación como tal.

Asimismo, durante el **orgasmo** en el varón, al igual que en la mujer, se presentan los componentes fisiológicos y subjetivos, predominando en el primero las contracciones musculares.

Mitos y creencias

En cuanto al orgasmo de los varones será necesario aclarar varias creencias erróneas que con frecuencia limitan, el pleno desarrollo y goce de la sexualidad.

La primera es la que se refiere a que el orgasmo masculino es casi sinónimo de eyaculación. Estudios experimentales recientes han demostrado la posibilidad que en el varón se presenten orgasmos que no necesariamente estén acompañados de eyaculación; de la misma manera, se sabe de eyaculaciones que se presentan sin las contracciones musculares, que a su vez pueden o no acompañarse de la sensación placentera del orgasmo. En resumen, todo lo anterior significa que para el varón orgasmo y eyaculación son dos fenómenos diferentes, que si bien muchas veces se presentan simultáneamente, también pueden aparecer separados.

Otro de los mitos es el de no ser capaz de controlar la eyaculación, y que la manera de retardarla es tratando de pensar en otras cosas durante el coito (contar en sentido descendente o realizar complicadas operaciones aritméticas) o incluso provocarse dolor mediante pellizcos o situaciones similares. Cualquiera que haya intentado uno o varios de estos métodos sabrá que son bastante ineficaces. Algunos varones acuden a la utilización de pomadas o cremas anestésicas; desgraciadamente éstas, al anestesiar, llegan a provocar la pérdida total de sensación, con la que se inhibe la eyaculación, y en algunos casos se pierde por completo la erección, lo cual es doblemente grave.

Respecto a esta situación, conocida como eyaculación precoz o discontrol eyaculatorio, es pertinente señalar que el procedimiento

casi infalible para resolverla es a través de un breve proceso terapéutico en que el varón, generalmente ayudado por su pareja, aprende a alargar la meseta de la respuesta sexual y a decidir el momento en el que desea eyacular.

Otra creencia muy difundida es que el varón pierde la erección casi de inmediato, después de la eyacuación, sin hacer nada para evitarlo. La realidad es bastante distinta. Veamos: se sabe que la resolución, es decir, la fase de la respuesta en la que todos los cambios de la excitación retoman a la situación inicial, es directamente proporcional al tiempo que dure la fase vasocongestiva preorgásmica, es decir, mientras mayor sea el tiempo que un varón permanezca excitado y con erección, más tardará en perderla después de la eyacuación; esto no se da en el caso de la eyacuación precoz o discontrol eyaculatorio. El varón que sea capaz de eyacular cuando lo desee, podrá permitirle a su pareja obtener uno o varios orgasmos; pero aun si eyacula, después de una prolongada excitación, será capaz de continuar el coito e incluso estar en posibilidades de tener varios orgasmos.

Con seguridad, esta última aseveración habrá hecho reflexionar a más de un lector, dado que es otro de los mitos prevalentes: el varón sólo puede tener un orgasmo y son las mujeres las capaces de tener varios. La realidad es que diversas investigaciones en laboratorio han demostrado que también el varón puede ser multiorgásmico, y lo que es más, al igual que en la mujer, existen diversos tipos de orgasmo masculinos. Se conocen los orgasmos acompañados de eyacuación; otro tipo sería el orgasmo con contracciones musculares, pero sin eyacuación, el cual se cita con mayor frecuencia en la literatura científica, cuando se habla sobre los varones multiorgásmicos. En este caso, al parecer, los varones tienen varios orgasmos sin eyacuación y el último lo acompaña la salida del semen. Otro de los orgasmos masculinos es el focalizado en la próstata, que se presenta con mayor frecuencia en las relaciones homosexuales masculinas, en las que puede haber penetración peneana por vía anal.

A este respecto, es importante señalar el disgusto o temor que muchos varones sienten de recibir cualquier caricia en la zona del

ano. La realidad es que muchos heterosexuales, al hacer esto, descartan una zona riquísima en posibilidades sensoriales, limitando toda una gama de sensaciones y de disfrute sexual.

El ano es una zona profusamente inervada, lo que la hace muy sensible, de tal manera que las caricias en esta zona pueden ser muy placenteras, tanto para el varón como para la mujer.

La forma de estimular el orgasmo focalizado en la próstata es mediante la introducción de un dedo por el ano, acariciando la pared rectal anterior se encontrará al tacto la próstata en forma de una nuez pequeña. Suavemente la pareja acariciará preguntando si no provoca dolor o molestia; si el varón logra estar relajado y sólo percibir las sensaciones, descubrirá el orgasmo focalizado en la próstata. Al principio es probable que la sensación sea tan intensa que incluso parezca dolorosa, pero si se le comunica a la pareja podrá irse adecuando la caricia hasta ser sumamente placentera. El hecho de que un varón heterosexual pueda disfrutar de una posibilidad orgásmica más a través de caricias anales, no significa ninguna "inclinación ni peligro" homosexual.

El Instituto Mexicano de Sexología está investigando sobre otro tipo de orgasmo en el hombre: una descarga orgásmica que se desencadena por estimulación muy fina y focal en alguna zona del glande, como el frenillo o incluso en las tetillas. La sensación puede ser tan intensa que incluso haga que el varón rechace las caricias por "molestas", pero si logra una relajación adecuada se desencadenarán sensaciones muy intensas, que incluso se han manifestado acompañadas de la expulsión de un líquido claro y viscoso parecido a la orina y que tal vez sea en realidad una eyacuación de líquido prostático; sin duda esto sería el equivalente más cercano a la eyacuación femenina, y la estimulación del Punto G en la mujer.

Como hemos visto, esta profusión de mitos respecto a la respuesta sexual femenina y masculina, conllevan la represión y falta de aceptación y conocimientos que tenemos sobre nuestro propio funcionamiento, y principalmente el de las personas del otro género.

El mayor número de mitos en cuanto al funcionamiento sexual corresponde al varón, ya que en cuanto a la mujer sólo se le reconocía una función pasiva y de reproducción, y no placentera.

ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL

Como hemos visto, la respuesta sexual puede estar condicionada por múltiples estímulos y verse afectada por una gran variedad de situaciones; por ello, lo primero que debemos considerar es que las fallas ocasionales, como no lograr una erección o no conseguir un orgasmo, son de lo más comunes y no deben preocuparnos.

Sin embargo, la persona que sufre de manera persistente de alguna falla en su respuesta sexual, se dice que presenta una **disfunción sexual**. Existen diversos tipos, y generalmente se dividen en femeninas y masculinas.

Las disfunciones más comunes son la **eyaculación precoz** (en el varón) y la **anorgasmia** (en la mujer). En la primera, conocida también como discontrol eyaculatorio, el hombre eyacula de manera involuntaria antes de la penetración, en los casos más severos, o inmediatamente después de haber penetrado, o bien habiendo transcurrido poco tiempo desde la penetración, con lo que no logra en más de la mitad de los coitos que su pareja tenga un orgasmo. Esta disfunción es sumamente común y por ello se estima que tres de cada cuatro varones la presentan en mayor o menor grado, no logrando en su mayoría el control de la eyaculación.

Como mencionamos, una de las consecuencias características de esta disfunción es que en la mayoría de los casos la mujer no logra obtener orgasmos, es decir, presenta la disfunción femenina más frecuente: la anorgasmia. Al respecto no contamos todavía con datos precisos de investigaciones que nos permitan conocer el número de mujeres que sufre de esta disfunción en nuestro país; sin embargo, un cálculo conservador nos permite afirmar que por lo menos 40% nunca o casi nunca, logra obtener un orgasmo. Tal vez hablar de un frío 40% no nos diga mucho, pero pensemos que ello representa más de 7 millones de mujeres; en otros países, la anorgasmia aparece en porcentajes más bajos: en Francia 5%, en Estados Unidos 7% y en Japón 20 por ciento. Lo anterior seguramente nos hará reflexionar sobre la terrible situación en la que se encuentra la vida sexual de un número muy elevado de parejas de nuestro país.

Otra disfunción muy frecuente en un gran número de parejas es la **apatía sexual**, es decir, la pérdida del deseo o interés por la pareja. La principal causa de esta disfunción es porque permitimos que la relación sexual se vuelva rutinaria, sin novedades e interés. Más adelante abordamos aspectos más específicos que hacen de la vida sexual una permanente búsqueda y descubrimiento de nuevas y ricas sensaciones para la pareja.

En la mujer, la **hipolubricación** es otra disfunción. Recordemos que en la respuesta sexual, el fenómeno principal de la excitación femenina es la lubricación vaginal. En este caso, la mujer no lubrica y, por ende, la penetración vaginal puede ser molesta o incluso dolorosa.

Asimismo, la mujer puede presentar disfunciones como **dispareunia** y **vaginismo**. La primera consiste en el dolor durante la relación sexual y la segunda se refiere al cierre involuntario de la musculatura de la vagina ocluyéndola, lo que se acompaña de sensaciones dolorosas.

La dispareunia requiere, antes que nada, de un cuidadoso examen médico para descartar infecciones o enfermedades que pudieran provocarla. Por su parte, el vaginismo es responsable de un número importante de relaciones no consumadas, dada la imposibilidad de realizar la penetración.

Otras disfunciones masculinas son la **incompetencia eréctil**, conocida como "impotencia", en la que el varón no logra tener o mantener la erección, y la **incompetencia eyaculatoria**, en donde se presenta la imposibilidad para eyacular, sin importar el tiempo o tipo de estímulo, ambas son menos frecuentes. Para este tipo de problemas, con frecuencia se consulta a médicos que, con buena intención, pero carentes de información actualizada en sexología, prescriben medicamentos tomados o inyectados que contienen testosterona (hormona masculina) o sus derivados. El objetivo es la consecución de mejores erecciones, pero la realidad es que la testosterona no influye en nada sobre la capacidad eréctil masculina. Sus efectos, tanto en mujeres como en varones, parecen ser el de mejorar en algunos casos el deseo sexual, pero no el funcionamiento; así, un

varón con problemas de erección, al aplicársele testosterona puede presentar un aumento del deseo, pero seguirá teniendo dificultades eréctiles, con lo que se incrementará su angustia y frustración. En la actualidad existen medicamentos que, inyectados en el pene pueden mejorar la calidad de las erecciones, sólo que este procedimiento sólo debe utilizarse bajo estricta prescripción médica y después de cuidadosos y complejos estudios. El tratar este tema no lleva naturalmente a referirnos a los llamados **afrodisiacos**.

AFRODISIACOS, QUIMERA Y REALIDAD

Desde tiempo inmemorial hemos buscado la sustancia o alimento capaz de incrementar nuestro vigor sexual, y convertirnos en ese "semental" que muchos, si no es que todos, deseamos ser.

Esto ha provocado que se hable de que algunos alimentos, como los mariscos y en especial los ostiones, tienen un genuino efecto afrodisiaco, que mejorará las capacidades sexuales, y por el contrario, de la menta, que se piensa afecta negativamente el desempeño sexual.

En función de los alimentos, podemos decir que **no** existe ninguno que específicamente aumente o disminuya las capacidades sexuales; sí es importante para un buen funcionamiento no sólo sexual, sino corporal, una alimentación buena y equilibrada. La ingestión de proteínas, carbohidratos y grasas de manera balanceada, es básica.

Por otro lado, se habla de drogas o medicamentos con efectos afrodisiacos. En este sentido, hay que aclarar lo que se considera como afrodisiaco. Podríamos hablar de una sustancia que incremente las capacidades físicas: mayor número de erecciones o más potentes; en este sentido, no existe fármaco o droga alguna que lo logre. Por otro lado, si consideramos afrodisiaco aquella sustancia que aumenta las sensaciones subjetivas de placer y orgasmo, entonces nos daremos cuenta que en este caso cualquier cosa, una flor, una melodía o cualquier situación, puede ser afrodisiaco. Tal es el caso de las personas que refieren que ciertas drogas o fármacos las hacen sentir

con mayor intensidad el orgasmo o disfrutar mayormente de sus relaciones sexuales.

En este sentido, debemos reconsiderar la gran posibilidad de los humanos de hacer que cada momento con nuestra pareja se convierta en un elemento afrodisiaco, que nos permite incrementar el placer y gusto de la comunicación a todos los niveles, obviamente incluyendo el sexual.

Todos los elementos de la relación y la comunicación son importantes, así como los acercamientos y caricias físicas. ■