

 José Luis y Silvia
CINALLI

SECRETOS DEL DORMITORIO



¡una chispa de pasión!

IDEAS PARA REFRESCAR
TU MATRIMONIO



José Luis y Silvia
CINALLI

SECRETOS DEL DORMITORIO



¡una chispa de pasión!

IDEAS PARA REFRESCAR
TU MATRIMONIO



AUTORES

José Luis y Silvia Cinalli

CORRECCIÓN

Esperanza Robeff de Sabadini

DISEÑO DE TAPA

Cintia Slobodiuk & Bibiana Parra

COMPAGINACIÓN

Denis López – www.solvisualprint.com.ar

EDICIÓN Y PUBLICACIÓN
PLACERES PERFECTOS

Av. Castelli 314 – Resistencia

CP: 3500 – Chaco – Argentina

Tel/fax: (0054) 0362 - 4438000

E-mail: consultas@placeresperfectos.com.ar

Sitio Web: www.placeresperfectos.com.ar

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO I

EL DESEO

EL DESEO

¿Cómo nace el deseo?

Secretos del dormitorio: Fiesta de Aromas.

Las hormonas del amor.

Secretos del dormitorio: Jugando a los detectives.

El deseo y la edad. ¿Cómo es la sexualidad en la vejez?

Secretos del dormitorio: Un baño erótico.

Test: Conozca cómo está su deseo sexual.

Intensidad del deseo. ¿Adicto al sexo?

FALTA DE DESEO Y POSIBLES SOLUCIONES

Causas. Incidencia en los enfermos cardíacos.

Infidelidad y muerte coital.

Otros factores que afectan el deseo sexual.

Cómo solucionar la falta de deseo sexual.

Las mujeres y sus complejos.

Secretos del dormitorio: Llaves para disfrutar del amor.

El alcohol y el deseo.

Alimentos afrodisíacos, ¿existen?

Secretos del dormitorio: Cena afrodisíaca.

Pasos para aumentar el deseo sexual.

Secretos del dormitorio: Erotizar la habitación.

CAPÍTULO II

LA EXCITACIÓN

EXCITACIÓN

Excitación en la mujer. Etapas.

Secretos del dormitorio: Erotizar la pareja.

Excitación en el hombre. Etapas.

Secretos del dormitorio: Travesura de a dos.

IMPOTENCIA

Causas.

Cuando él no puede.

Cómo superar la impotencia.

Viagra: ¿cómo funciona?

Secretos del dormitorio: Cinco consejos no sexuales para seguir activo.

Frigidez. Causas y soluciones. ¿Viagra femenino?

Secretos del dormitorio: Sorpresas eróticas.

Cuando duele hacer el amor.

Secretos del dormitorio: Juegos inocentes.

CAPÍTULO III

EL ORGASMO

ORGASMO

¿Qué es el orgasmo? ¿Orgasmo por penetración?

Orgasmo simultáneo: ¿máximo placer?

Eyacuación femenina.

Orgasmo en la mujer.

Orgasmo en el hombre.

Test de orgasmo: ¿lo experimentó un hombre o una mujer?

Despertar los sentidos.

Secretos del dormitorio: Cambiar la posición.

CUANDO LA MUJER NO ALCANZA EL ORGASMO

Ausencia de orgasmo en la mujer.

Cómo superar la anorgasmia.

Secretos del dormitorio: Ejercitar los músculos del amor.

EYACULACIÓN PRECOZ

¿Una enfermedad?

Auto Test: ¿Seré eyaculador precoz?

Eyacuación precoz y masturbación.

Secretos del dormitorio: Masajes relajantes.

Cómo solucionar la eyacuación precoz.

Eyacuación retardada. Soluciones.

Secretos del dormitorio: Intentar algo nuevo.

CAPÍTULO IV

LA ANATOMÍA Y LAS POSICIONES DEL AMOR

EL HOMBRE Y SU MAQUINARIA

Aparato reproductor masculino.

El pene y sus complejos.

Las mujeres y el tamaño del pene.

Secretos del dormitorio: Preliminares jugosos.

LA MUJER Y SU INTIMIDAD

Genitales externos: relacionados con el placer.

Genitales internos: relacionados con la capacidad de reproducción.

Secretos del dormitorio: El sexo es cuestión de actitud.

El ciclo menstrual.

Fecundación y embarazo.

Secretos del dormitorio: A mejorar las marcas.

El embarazo y las posiciones sexuales.

POSICIONES SEXUALES PREFERIDAS

Posiciones básicas.

El punto G.

Sexo oral.

Secretos del dormitorio: Besos: un afrodisíaco olvidado.

Bibliografía.

Referencias bibliográficas.

INTRODUCCIÓN

Escribimos este libro desde el corazón y la experiencia y lo dedicamos a todas aquellas parejas que se animen a descubrir una dimensión nueva en el vínculo del compromiso y la fidelidad.

No hubiese sido posible escribirlo antes. Fue enriquecido por anécdotas y preguntas, así como por las vivencias de muchos que nos compartieron su intimidad y, convencidos de que la dimensión sexual del matrimonio es un área delicada y secreta pero que debe ser cuidada y nutrida por la entrega de los dos esposos y amantes, es que nos dimos a esta tarea.

Parte del deleite de la relación está en la oportunidad única que brinda la intimidad del dormitorio para ser todo lo que podemos ser y, sin embargo, nunca demostrarlo al resto del mundo. “Gracias a Dios”, dijo Robert Browning, “¡la más humilde de sus criaturas se jacta de tener un alma de dos caras; una para enfrentarse al mundo, y la otra para mostrársela a la persona amada!”. Cada uno de nosotros puede ser hacia los demás de alguna manera, pero ser todo en el sentido más absoluto, junto a su cónyuge. El dormitorio es para amar y reír, para ser apasionados o tiernos, protectores o dependientes, galantes o seducidos, según como estemos cada día.

¿Qué mujer no soñó con ese amante romántico y dulce que la llevara por caminos de placer y gratificación en una entrega absoluta? ¿Qué varón no deseó que su mujer fuera ardiente y desinhibida en la intimidad, tan capaz y segura de ella misma como del amor de su esposo?

Este libro les enseñará a enriquecer la intimidad matrimonial de una manera creativa. Les ofrecerá recetas contra la monotonía y algunos juegos inocentes para avivar el fuego de la pasión. Les guiará a través de nuevos repertorios para amar. Les desafiará a encender la llama del deseo y les dará ideas pícaras y divertidas para soltar la imaginación...

Después de leer este libro, nada en el dormitorio volverá a ser igual, pero deben guardar el secreto...

José Luis y Silvia

CAPÍTULO I

EL DESEO

*“¡Tan fuerte es el amor...!
¡Tan cierta es la pasión...!
¡El fuego del amor es una llama
que Dios mismo ha encendido!
¡No hay mares que puedan apagarlo,
ni ríos que puedan extinguirlo!
Si alguien se atreviera
a ofrecer todas sus riquezas
a cambio del amor,
no recibiría más que desprecio.”*

Cantar de los Cantares 8:6 -7

EL DESEO

El deseo es difícil de explicar. Es ese cosquilleo en el cuerpo al sólo pensar en la persona amada. Es el anhelo por una intimidad compartida. Es la etapa del interés sexual, previa al encuentro íntimo.

Para que el deseo aparezca a veces se requiere mucho esfuerzo, otras poco y algunas nada, ¡simplemente surge!

En un matrimonio de años, con innumerables experiencias de vida y cambios, se hace necesario, de tanto en tanto, darle “una ayudita al deseo” para que el fuego de la pasión siga ardiendo.

Para sentir deseo se necesita la libertad interior (emocional y mental) para experimentar el placer. Los mandatos sociales, religiosos y familiares contrarios a la sexualidad apagan el deseo. El sexo es imaginación y su poder reside en el cerebro.

Se requiere, además, una estimulación adecuada. Es un factor esencial en la calidad de la relación sexual. La confianza en la pareja para hablar de las

preferencias sexuales de cada uno es determinante en el grado de satisfacción.

Si el deseo no se presenta, el resto de la respuesta sexual queda inhibida.

Y... ¿CÓMO NACE EL DESEO?

Nace en el cerebro. El mismo circuito (hipotálamo y sistema límbico) que regula el hambre, la sed, entre otros apetitos, es el que interviene en la génesis del deseo sexual. Para entender cómo funcionan estos centros neurológicos, pensemos en una persona en estado de inanición a la que se le abre el centro del apetito y presenta sensación de hambre, que la obliga a buscar comida. Una vez que se ha ingerido suficiente alimento, este centro se cierra y se activa el centro de la saciedad; y ya no despierta interés ni la más rica comida.

Algo parecido ocurre con el deseo sexual. Cuando no se tienen relaciones sexuales durante algún tiempo, posiblemente se sienta más deseo, pues el centro neurológico “se enciende”. Después de un encuentro sexual, la mayoría de los hombres se sienten “saciados”. Las mujeres, en cambio, presentan un punto de saciedad más variable: algunas se sienten plenas después de un orgasmo; otras desean más.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Fiesta de aromas

Desde la antigüedad, el sentido del olfato ha servido para intensificar las sensaciones de la vida sexual de las parejas. Las fragancias y los bellos aromas son uno de los temas más recurrentes en Cantar de los Cantares (hay más de 30 referencias); entre ellas podemos citar: “... ¡son más fragantes tus perfumes que todas las especias!... Hay en tus vestidos la dulce fragancia de los bosques del Líbano” (4:10-11). “El paraíso de tus pechos es un huerto de manzanos, nardos y azahares...” (4:13). Las preocupaciones, el estrés y la rutina diaria embotan los sentidos hasta niveles elementales, pero el amor los expande. Se ha demostrado que los olores inciden sobre

nuestro cerebro. En ello se basa la aromaterapia. Los aromas agradables alivian la mente y el cuerpo, mejoran el humor, estimulan la creatividad y aumentan el deseo.

El jazmín tiene propiedades antidepresivas. La rosa, el romero, el cedro, el pachulí, la albahaca y otros, poseen efectos afrodisíacos. El sándalo, el geranio y el enebro relajan. El toronjil restablece el equilibrio en las emociones. La lavanda, la naranja y la manzanilla alivian las tensiones. Los aceites son útiles para friccionar, nutrir y perfumar la piel. También se usan en el agua de baño o en el quemador de aromaterapia. Para atraer al amante ideal recomendamos aplicar en el cuerpo una mezcla formada por un aceite base de jojoba (10ml) con 6 gotas de aceites esenciales del aroma preferido. Para perfumar una habitación se utilizarán en un quemador 5 gotas de una combinación de los siguientes aceites: cedro, sándalo, albahaca y geranio.

El dulce perfume de un ambiente nos vinculará más intensamente en el éxtasis del amor conyugal.

LAS HORMONAS DEL AMOR

La hormona responsable del deseo es, para ambos sexos, la testosterona. Se la llama la “hormona de la libido”. Su disminución o ausencia afecta el deseo sexual.

En el varón, la falta de testosterona durante la pubertad impide la masculinización y determina un eunuco que carece de deseo sexual. Los reyes conocían este principio y, por ello, castraban antes de la pubertad a los esclavos varones encargados de cuidar a sus mujeres. Sabían que, hasta con la más seductora y atractiva, seguirían fríos como un témpano.

Los hombres adultos que tienen déficit de testosterona mantienen sus características masculinas, pero carecen de interés o deseo sexual. Entonces deberíamos decir: “¡hurra, viva la testosterona!”, pero cuidado: el exceso no aumenta el deseo sexual sino que produce crecimiento de la próstata y, eventualmente, puede despertar un cáncer dependiente de esta hormona. Por ello, el uso de testosterona sólo se recomienda si hay una disminución en los niveles sanguíneos, detectados por análisis específicos. Los riesgos asociados al uso indiscriminado son muy serios.

En la mujer, la testosterona es también la hormona responsable del deseo, aunque los niveles que se requieren son mucho más bajos (aproximadamente el 10% respecto del sexo masculino). Las fuentes productoras son los ovarios (50%) y las glándulas suprarrenales (50%). En las púberes, las suprarrenales comienzan a producir testosterona antes que en los varones, lo que explica el desarrollo más temprano de las mujeres en relación con aquellos.

Algunos estudios indican que a partir de los 40 años se comienza a producir un descenso en los niveles de testosterona, agravándose en la post-menopausia. Sin embargo, habrá que esperar mayores resultados ya que los datos actuales no son nada concluyentes.

Repasemos las características de una persona con déficit de testosterona:

- Disminución de la energía vital y de la sensación de placer.
- Disminución del tono muscular.
- Ausencia o disminución del deseo.
- Disminución de la sensibilidad peneana, pérdida de la erección y menor volumen eyaculatorio en el varón.
- Disminución de la sensibilidad clitoridea y de la capacidad orgásmica en la mujer.

Hace tres años me sometí a una ligadura de trompas. Desde entonces, no tengo los mismos deseos sexuales que antes. Mi esposo es el que toma la iniciativa siempre y yo accedo sólo para complacerlo. Ambos estamos preocupados. ¿Qué podemos hacer?

Ana, 43 años.

La salpingotomía o ligadura de trompas es la cirugía en la que se cortan o se atan las trompas de Falopio en el curso de una cesárea o de una laparoscopia. Es un método de esterilización definitiva que implica anestesia general, a diferencia de la esterilización masculina, llamada vasectomía, que se realiza con anestesia local.

El fin de la ligadura de trompas es impedir que los óvulos que se desprenden de los ovarios se unan con los espermatozoides y se produzca un embarazo. Después de esta operación, no se modifica el funcionamiento sexual de la mujer, salvo que ya no podrá concebir.

Concluimos, entonces, en que la ligadura tubaria no disminuye el deseo sexual en la mayoría de los casos. Cuando se produce una pérdida del deseo

(como en el caso que nos comentan) responde a otras causas, entre las que se destaca la asociación del sexo a la capacidad para engendrar. De ahí que algunas mujeres después de la operación experimentan como un duelo el no poder tener más hijos, lo cual mitiga inconscientemente su apetito sexual.

Mi esposo es un hombre joven. Recientemente ha sido operado de uno de sus testículos. El médico dijo que podría disminuir su apetito sexual. ¿Es verdad?

Estela, 38 años.

Es verdad. Una cirugía en los testículos o una enfermedad que interfiera con la producción de testosterona puede originar una pérdida del deseo. Otras causas incluyen lesión física de los testículos por accidente, castración quirúrgica, radiación, enfermedades que destruyen el tejido testicular (paperas), la falta de descenso bilateral de los testículos, la quimioterapia con citotóxicos y otras drogas con efectos antiandrogénicos. Del mismo modo en la mujer, cuando se extirpan los ovarios, se provoca una modificación en la producción de hormonas y el deseo sexual suele verse afectado.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Jugando a los detectives

No permitan que el sexo se transforme en una aburrida rutina. Hay muchos ingredientes para innovar en la vieja receta de los siglos.

Les proponemos un atrevido y sensual juego detectivesco. La próxima vez que tengan sexo, uno de los dos acariciará a su pareja dejando que fluya la espontaneidad. Imaginemos que empieza el hombre; probablemente, lo que toque sea lo que prefiere recibir, eso es lo que hacemos todos instintivamente: mostramos nuestras preferencias como un modo no verbal de comunicación.

El trabajo detectivesco consistirá en que el esposo estimulará nuevas zonas, midiendo la excitación de su pareja por los suspiros, gemidos o la tensión de su abdomen.

Así como el detective recuerda los detalles, la mujer recordará cada lugar y forma en la que fue acariciada. Esa “memorización mental” le permitirá sorprender a su esposo dándole placer justo donde y como él deseaba, desde quizás hacía tiempo. ¡Qué buena oportunidad para complacerse mutuamente!

EL DESEO Y LA EDAD

No sólo la edad, sino el sexo de la persona influyen sobre el deseo. El pico del deseo sexual en el hombre está alrededor de los 20 años; mientras que, en la mujer, a final de los 30 y comienzo de los 40. El deseo es más alterable en la mujer que en el varón.

¿EL DESEO CAMBIA CON LA EDAD?

La edad avanzada, por sí sola, no afecta el deseo sexual.

La disminución en la frecuencia con que se mantienen relaciones sexuales durante la vejez no es el resultado ni de la falta de deseo ni de problemas en el funcionamiento sexual, sino, a menudo, de la falta de una pareja dispuesta (la sexualidad es una de las últimas funciones biológicas que decaen en el proceso de envejecimiento).

En la mujer, suele producirse un descenso abrupto en la frecuencia de las relaciones sexuales en la menopausia, pero la pérdida de interés suele deberse más a la exteriorización de actitudes negativas hacia la sexualidad que a un problema físico o a un cambio hormonal de esta etapa de la vida. En todo caso, el deseo sexual de la mujer se relaciona con el clima afectivo de la pareja y con el erotismo desarrollado a través de los años.

Nuestra sociedad cree que la sexualidad de los ancianos es inapropiada, por lo que cotidianamente les niega el derecho a ella, y lo hace de múltiples maneras: al obligarlos a vivir en la casa de sus hijos adultos o en instituciones en las que carecen de privacidad o desalentando el recasamiento, ya que constituye una amenaza para los hijos adultos por las nuevas relaciones afectivas y sexuales de su progenitor y por el temor a que se altere la distribución de la herencia. Los estudios de McKain sobre

matrimonios en el período de jubilación indican que generalmente son satisfactorios.

Consejo útil

Realicen ejercicio. La actividad física disminuye los síntomas del envejecimiento. Puede comenzarse con media hora, día por medio, de caminata o gimnasia suave.

Con el ejercicio los huesos se fortifican, mejora la irrigación cerebral, aumenta la lucidez mental, disminuye la grasa corporal, mejoran los niveles de colesterol sano y se favorece la inmunidad general, entre otros tantos beneficios.

¿CÓMO ES LA SEXUALIDAD DEL HOMBRE EN LA VEJEZ?

Ventajas:

- La frecuencia con que mantienen relaciones sexuales es mayor que la de las mujeres a igual edad.
- No se afecta el deseo sexual.
- Decrece la urgencia para eyacular, lo que permite más tiempo en una relación sexual.
- No disminuye la capacidad reproductiva, ni siquiera a los 80 o 90 años.

Desventajas:

- Las erecciones son más lentas y no tan rígidas.
- La producción de semen disminuye.
- Los orgasmos son más suaves.
- El período refractario se alarga. Pasando los 70 años se mide más en días que en horas.
- Disminuye la producción de testosterona.

Nota: Aunque la madurez produce una declinación natural del vigor, no tienen por qué terminarse los tiempos felices de intimidad sexual. Si un

varón no sufre enfermedad física y no ingiere ningún medicamento que inhiba el reflejo erectivo, debería mantener intacta siempre la capacidad de erección.

Mi esposa y yo llevamos 30 años de casados. Hemos tenido un buen matrimonio sin problemas “en la cama”. Hoy día disfrutamos de nuestra sexualidad tanto o más que cuando nos casamos. El problema es que no nos creen.

Ernesto, 67 años.

Nosotros sí. El asesoramiento a cientos de matrimonios nos ha permitido observar que aquellos que se aman, se respetan y se mantienen enamorados, asumen sin conflictos los cambios físicos producidos por el envejecimiento, desarrollando una buena intimidad. La clave para una sexualidad activa hasta la ancianidad es el tipo de matrimonio que han llevado. Las parejas que han logrado “encajar”, que se sienten emocionalmente cerca y que se comunican bien son las que a la postre disfrutarán de una buena sexualidad. Los trastornos sexuales y la pérdida del deseo que surgen en medio de la hostilidad matrimonial magnifican los deterioros físicos producidos por el envejecimiento. Helen Kaplan nos da un ejemplo: “Una esposa que se ha sentido desvalorizada, controlada y dominada durante muchos años por su marido, aprovecha la oportunidad que ahora le ofrece su vulnerabilidad sexual para expresarle su enojo. Lo “castrará” permaneciendo pasivamente agresiva y no se mostrará disponible sexualmente ni lo estimulará...”.

¿CÓMO ES LA SEXUALIDAD DE LA MUJER EN LA VEJEZ?

Ventajas:

- El clítoris no se afecta ni pierde su sensibilidad.
- Se conserva la capacidad orgásmica.
- Desaparece el temor a un embarazo no deseado.
- Disminuyen los síntomas de la menopausia al permanecer activa sexualmente.

Desventajas:

- La atrofia gana terreno sobre la tonicidad de todos los órganos, incluidos los genitales.
- Disminuye la lubricación vaginal y tarda más en aparecer.
- La vagina se hace menos elástica y sus paredes se afinan provocando en ocasiones dolor, irritación o infección.
- Decrecen las contracciones musculares durante el orgasmo por pérdida del tono muscular.

La disminución de estrógenos no suele producir pérdida del deseo sexual. Se ha demostrado que es responsable de los cambios genitales mencionados más arriba, los que ocasionan incomodidad y dolor durante la penetración, persistiendo incluso días después de la relación (ardor, dolor al orinar, etc.), razón por la que la mujer trata de evitar todo contacto sexual. Es el dolor el que produce la pérdida del deseo sexual, no la disminución de estrógeno. Masters y Johnson demostraron que las mujeres sexualmente activas durante su edad madura detienen el proceso de envejecimiento; poseen mejor lubricación, trofismo, pH vaginal y disminución de los síntomas menopáusicos, en comparación con las sexualmente inactivas.

□ SECRETOS DEL DORMITORIO

Un baño erótico. Una charla amiga.

¡Qué bueno resulta relajarse y disfrutar del amor de pareja! Les proponemos:

Un baño erótico. Cualquiera de los dos puede colocar algunas flores frescas cerca de la bañera y preparar un baño de inmersión con espuma, sales o aceites esenciales. Llenar la bañera de agua caliente ayuda a relajarse y mejora la erección. La idea es estimular todos los sentidos. Jueguen con el jabón que, suave y escurridizo, los invita a perseguirlo por la bañera; esa es la excusa perfecta para tocar y dejar. Disfruten de que las pieles se rocen, se deslicen una sobre la otra. Incluso pueden sentarse enfrentados y usar los pies para acariciar las zonas más sensibles. Esos

toques suaves y atrevidos, más las palabras tiernas hacen maravillas en un matrimonio de años ¡Sólo es cuestión de darse tiempo para experimentarlo!

Una charla amiga. Muchas mujeres encuentran irresistible al hombre que sabe escuchar y que tiene ganas de indagar en la intimidad de su alma. Este es un ejercicio erótico que se relaciona con lo emocional. Es un tiempo de renovar la mirada y desatar la pasión suavemente. El esposo no debe descubrir sus intenciones de seducción. Se mostrará disponible, observando detenidamente, y seguirá cada movimiento de ella con su mirada, hasta cautivarla. La escuchará con atención (como si fuera lo más importante del mundo) y, poco a poco, casi con picardía, pero con una sinceridad absoluta, le dirá que lo sigue volviendo loco como un adolescente, que es la mujer de sus sueños y que la ama más que cuando se casaron. Si ella sabe que hoy la ama y la desea, también lo deseará. ¡Ojo! Si alguno de los dos está enojado o discutieron recientemente, ¡cuidado!, esta actividad podría desatar nuevas discusiones.

TEST: CONOZCA CÓMO ESTÁ SU DESEO¹

A cada afirmación coloquen el número que mejor describa la situación particular de cada uno. Si el enunciado es aplicable en su totalidad, coloquen 9; si es moderadamente aplicable, 5 y, si no es aplicable, 1.

1. No pienso en el sexo muy a menudo.
2. Por lo general, el sexo me resulta poco satisfactorio.
3. Nunca tomo la iniciativa en el sexo.
4. Con frecuencia rechazo las insinuaciones de mi pareja para hacer el amor.
5. Me resulta difícil estar de humor para el sexo.
6. En general me siento no deseable.

7. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me distraigo.
8. No soy una persona muy apasionada.
9. Nunca me masturbo.
10. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.
11. Sería feliz si dejara el sexo fuera de nuestra relación, si ello no fuera a causar problemas.
12. Nunca tengo fantasías sexuales.
13. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son corrientes en nuestra relación.
14. Es común que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.
15. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.

Resultado:

Primer paso: Sumar todos los puntos de las respuestas 1 a 10 y anotar el total en la línea A.

Segundo paso: Sumar los puntos obtenidos desde la 11 a la 15 y anotar el total en la línea B.

Tercer paso: Multiplicar por dos el resultado de la línea B y anotarlo en la línea C.

Cuarto paso: Sumar la línea A y C. Ese resultado es el puntaje final.

Interpretación de los resultados:

Si el puntaje final es inferior a 90, no existen problemas con el deseo sexual. Si está en el rango de 121 a 140, es probable una disminución del deseo, pero no constituye un diagnóstico. Las cifras mayores a 140 indican un problema importante de inhibición del deseo. Se sugiere la consulta con un profesional.

INTENSIDAD DEL DESEO

Existe una escala para medir el deseo que va en un continuo desde la adicción al sexo a la aversión al mismo.

- **Deseo sexual hiperactivo (adicción sexual).**

Los pensamientos y sentimientos sexuales son tan intensos que interfieren con las actividades cotidianas. Él o ella, responden a una amplia variedad de estímulos; se sienten excitados la mayor parte del tiempo y encuentran el sexo sumamente placentero. Habitualmente no controlan su deseo y, por mantener relaciones sexuales, arriesgan la familia, el trabajo o lo que sea. Suelen presionar a su pareja por más sexo. A menudo se tornan insaciables; después de una relación quieren otra o manifiestan sólo una calma momentánea.

La hipersexualidad femenina se denomina ninfomanía y resulta más una fantasía de los hombres que una realidad médica. Se presenta muy aisladamente y siempre asociada a enfermedades psiquiátricas graves. No tienen un deseo aumentado sino una obsesión por el coito.

¿Adicto al sexo?

Mi marido tiene treinta años y llevamos tres de casados. El problema es que todo lo que parece interesarle en la vida es el sexo. Siempre está pensando en “eso”. Quiere hacer el amor todos los días, mientras que a mí me gustaría hacerlo cada dos o tres días. Dice que no quisiera importunarme pero que lo necesita, mientras que yo, a pesar de que me gusta, no siento la misma necesidad. ¿Es posible que mi marido sea un adicto al sexo?

Cristina, 30 años.

Absolutamente no. Este es el típico caso de desajuste sexual. No es nada raro que un hombre de la edad de su esposo quiera sexo todos los días, tal vez incluso varias veces al día si esto le hace sentirse bien, si está sano y su pareja le excita. Y es también perfectamente razonable su inquietud.

En la película “Annie Hall”, Woody Allen está en consulta con su psicoanalista; mientras que su pareja de pantalla (Diane Keaton) está con el suyo. A cada uno le preguntan acerca de la frecuencia sexual. “Casi nunca”, contesta Woody Allen y agrega con tristeza: “por ahí, tres veces por semana”. Ella responde: “constantemente, tres veces a la semana”. Este film muestra la realidad de muchas parejas en la actualidad. Cuando existe una discrepancia entre las necesidades e intereses sexuales de los miembros de una pareja, si no se solucionan, pueden aparecer problemas más graves. Si bien es cierto que la cantidad de relaciones que tendrán dependerá, en última instancia, de un acuerdo mutuo, quizás una solución sería organizar encuentros de mayor calidad. Sustituir los tiempos íntimos monótonos y mecánicos por sesiones más excitantes y creativas en las que ambos se sientan unidos en una intimidad compartida, mostrando flexibilidad en cuanto a las solicitudes amorosas del otro. Otras sugerencias para mejorar la comunicación sexual:

- Hablar con claridad acerca de los deseos.
 - Distinguir entre invitación y demanda.
 - No apurar al otro.
 - Ampliar el repertorio amatorio.
 - Compartir las fantasías para vivirlas entre ambos.
 - Programar los tiempos de intimidad a fin de evitar las interrupciones.
- “La mayoría de los autores que han investigado los problemas conyugales coinciden en marcar la necesidad de realimentación del vínculo de manera regular. Para preservar la intimidad, los miembros de la pareja deben disponer de momentos especiales para estar juntos, sin relegarlos al “tiempo sobrante” de otras tareas que no les dejan energía disponible”.²

• **Deseo sexual elevado – normal.**

Se excitan por variados estímulos y viven “oleadas de deseo”. Son proactivos (buscan iniciar un encuentro). Tienen alta frecuencia coital aunque saben controlar el impulso sexual. No padecen de angustia ni ellos ni sus parejas por ese intenso deseo, sino que lo vehiculizan hacia una sensualidad romántica.

• **Deseo sexual bajo – normal.**

De manera espontánea no experimentan deseo ni tienen fantasías. No sufren si deben permanecer en abstinencia. No buscan activamente un encuentro, pero mantienen el interés frente a parejas adecuadas y atractivas (son reactivos).

- **Deseo sexual calmo hipoactivo leve.**

No manifiestan deseo alguno ni responden a la estimulación. Se los conoce como “anoréxicos sexuales” porque han perdido su apetito. No encuentran placer en la actividad sexual.

A menos que sus parejas insistan, pueden prescindir de las relaciones por meses o años.

- **Deseo sexual hipoactivo grave.**

Les resulta imposible excitarse. No disfrutan, no se estimulan, no experimentan placer y pueden vivir sin frustración como célibes.

- **Aversión, evitación fóbica.**

Experimentan un miedo intenso e irracional al sexo, asociado al impulso incontrolable de evitar todo lo sexual. Presentan angustia, repulsión y malestar frente a sensaciones, situaciones o pensamientos sexuales. Les repele el contacto con su pareja. Esta aversión puede ser total, es decir, a todas las situaciones, o puede ser parcial, es decir, a determinadas actividades, por ejemplo la penetración; responderán con pánico sólo frente a esa posibilidad, pero en otro tipo de actividades participarán sin problemas.

Otras fobias sexuales podrían ser al beso profundo, a la saliva, a la vagina, al pene erecto, a exhibirse desnudo/a, etc.

Todos los fóbicos tienden a evitar el sexo. Se muestran muy ansiosos y tratan de escapar de las situaciones en las que se verían involucrados sexualmente, aunque sea con su pareja. Se “desconectan” de todo lo sexual. A toda propuesta de su cónyuge que tienda a la intimidad (una cena romántica, una velada placentera, etc.) tratan de evitarla. No se niegan abiertamente al sexo, pero son muy ingeniosos para eludir el contacto. No sería nada raro que se ocupen en cocinar, tejer, mirar TV, arreglar el auto o algún artefacto, etc.; o sostener largas conversaciones con amigos por teléfono a fin de no tener que responder en la cama. Tratan siempre de estar en actividades sociales y en compañía de muchas personas para no quedarse

a solas con su pareja. “Algunos han aprendido a desconectar a su compañera/o mostrándose poco atractivos: excepto si tienen que salir; no se afeitan, no se bañan ni se lavan los dientes. Pueden desarrollar síntomas somáticos y realmente se enferman para escapar de la temida angustia sexual. La famosa frase: “esta noche no, querido/a, me duele la cabeza, no es una broma en estos matrimonios”.³

Cuando ella rechaza el sexo

Un caso que ilustra

Al final de una charla introductoria de sexualidad, se acercó una mujer. Olía a vómito; con sus ojos desencajados, expresó enojo y dijo que no soportaba que se mencionara el sexo en su presencia y que, había acudido a la charla porque no sabía que se iba a tocar este tema; de otra forma jamás hubiera asistido porque – según ella – el sexo le daba asco, al punto de provocarle náuseas y vómitos; explicó que en el transcurso de la charla se había retirado al baño varias veces a vomitar.

Nos extrañó su reacción, básicamente por dos motivos: primero, porque todos los presentes (más de cincuenta parejas) habían disfrutado de la charla, la que terminó con un cálido y sostenido aplauso y, segundo, porque no habíamos abordado el tema en sí, sino sólo las diferentes cosmovisiones y creencias, con algunos chistes que matizaron el encuentro. Al indagar en la historia personal, esta mujer refirió una dolorosa vida de abuso sexual (en la infancia por su padrastro; durante el matrimonio por su pareja). Relató que era obligada con amenazas, y hasta golpes, a mantener relaciones. Ella, con el tiempo, aprendió a someterse para evitar peleas y palizas, aunque sigue sintiendo el mismo asco y en lo único que piensa es en soportar para que el marido no la abandone...

FALTA DE DESEO

La ausencia del deseo implica, para algunas personas, el no promover actividad sexual alguna; en cambio, para otras, es no responder cuando la

pareja la sugiere. Evita o prohíbe al cónyuge la estimulación, o bien, no se “permite” el disfrutar o abandonarse a la experiencia sexual.

La ausencia de deseo se conoce como “falta de ganas”.

Los hombres pueden perder el interés por el sexo y conservar, sin embargo, la erección y la eyaculación.

En las mujeres, el grado de afectación va desde una ausencia total, denominada frigidez (la más grave de las inhibiciones sexuales), hasta un deseo disminuido o hipoactivo.

Las mujeres frígidas no experimentan sensaciones eróticas ni placer sexual; están vacías de sentimientos sexuales con ausencia total de respuesta sexual.

Las personas con deseo sexual disminuido se caracterizan por la evitación del contacto, pero una vez iniciada la relación, responden a la estimulación.

Quienes tienen más problemas con el deseo sexual son las mujeres. Un 30% de la población femenina presenta deseo sexual inhibido. Representa el motivo más frecuente de consulta (60% del total).⁴

CAUSAS

La mayoría de las enfermedades provocan una baja del deseo, ya sea por dejar al paciente sin fuerzas o porque destruyen el sentimiento de bienestar haciendo que se sienta menos atractivo.

Las enfermedades como causa de desajuste sexual adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad.

Podemos mencionar, asociadas a la falta de deseo:

- **Enfermedades sistémicas:** insuficiencia renal crónica, cirrosis, atrofia testicular, síndrome de Cushing, castración, hidrocele, varicocele, cáncer, entre otras. Los tratamientos de quimioterapia ejercen efectos devastadores en la libido, pues afectan la capacidad de producir hormonas sexuales
- **Enfermedades cardíacas.**
- **Enfermedades cerebrales neurológicas:** Parkinson, tumores cerebrales, epilepsia temporal.

- **Depresión:** con frecuencia está asociada a la disminución del deseo sexual. Puede ser que la depresión preceda al problema del deseo, o que la falta de deseo sea causante de la depresión.
- **Enfermedades metabólicas.**
- **Enfermedades endocrinas:** diabetes (el deseo generalmente se conserva, el problema se relaciona con la disfunción eréctil en el hombre, y las alteraciones orgásmicas tanto en el hombre como en la mujer), hiperprolactinemia, tumores endocrinos.
- **Uso excesivo de narcóticos:** el consumo a largo plazo de **marihuana** inhibe el deseo y disminuye la producción de esperma, con aumento de los espermatozoides anómalos, en el varón. En la mujer, suprime la ovulación y provoca irregularidades menstruales. La cocaína provoca disfunciones sexuales en ambos sexos, ya que es un potente anestésico y depresor.
- **Alteraciones posparto:** durante el amamantamiento se produce aumento de la oxitocina y la prolactina y disminución de la testosterona, lo que implica una franca disminución del deseo sexual.
- **Cuadros clínicos dolorosos locales:** vulvovaginitis, algias pelvianas crónicas (dolores), lesiones de la musculatura del periné (por ejemplo, después de un parto con episiotomía o desgarros).
- **Enfermedades genitales:** provocan dolor y suprimen todo deseo de un encuentro sexual. Durante el tratamiento de la esterilidad femenina, a causa de los interminables estudios, se suele perder el deseo sexual.
- **Medicamentos:** hipnóticos, benzodiacepinas; antihipertensivos, sulpirida, ansiolíticos, y otros. Ante cualquier medicación que se ingiera, y falta de deseo concomitante, será necesario consultar al médico.

EL CORAZÓN Y EL SEXO

Existe en los pacientes cardíacos un gran temor a morir durante la actividad sexual; sin embargo, el gasto energético implicado en una relación sexual es equivalente a subir dos pisos por escalera. El Dr. E. Chapunoff dijo: “El sexo es menos peligroso de lo que comúnmente se cree. Un altercado de palabras (discusión) es tan perjudicial, y más aún, que el acto sexual. Además no se puede comparar el grado de satisfacción que generan estas dos situaciones”.

Una manera segura de evaluar el estado del corazón es por medio de la ergometría o prueba de esfuerzo. Si los estudios ergométricos informan la ausencia de síntomas cardíacos al superar 140 latidos por minuto, se pueden permitir las relaciones sexuales al paciente.

Las recomendaciones para un paciente cardíaco, a la hora de mantener actividad sexual, son las siguientes:

- **Evitar la exposición a temperaturas extremas;** las sábanas muy frías, las bebidas con hielo y las temperaturas bajas contraen las arterias coronarias. El excesivo calor provoca sudoración, mareos y debilidad.
- **Evitar las “proezas sexuales”,** como las posiciones fatigosas y exigentes. No hay nada que demostrar. La sexualidad debe ser gratificante y relajada.
- **Evitar la actividad sexual después de las comidas;** fundamentalmente dentro de las tres horas siguientes a una comida copiosa.
- **Evitar los estados que provoquen ansiedad,** como correr contra el reloj o tener relaciones sexuales en situaciones peligrosas.

Nota: Si la capacidad cardíaca es baja, la realización de la actividad sexual debería orientarse durante la mañana, luego de un período de descanso.

Infidelidad y muerte coital

El patólogo japonés Ueno analizó la autopsia de 34 víctimas fallecidas súbitamente durante el coito; 25 de esos decesos ocurrieron en las habitaciones de hoteles, otros 5 en el hogar, y en la mayor parte de los casos

eran aventuras extramatrimoniales. Todos los individuos tenían niveles sanguíneos de alcohol dentro del grado de intoxicación, o muy cerca de él. Las mujeres habían sido un promedio de 18 años más jóvenes que las víctimas...

En conclusión: ¡Para vivir más hay que permanecer fieles!

OTROS FACTORES QUE AFECTAN EL DESEO SEXUAL

- **Estrés y cansancio. El exceso de trabajo es un asesino del deseo.** La liberación femenina hizo que la mujer trabajara fuera del hogar y, después de una jornada completa, regresara a cocinar, limpiar, planchar y mil cosas más. Es comprensible que diga: “hoy estoy cansada, querido” o “me duele la cabeza”.

- **Errores en la técnica amatoria. La estimulación adecuada consiste en el descubrimiento de las necesidades del cónyuge.** La falta de comunicación y la ignorancia en materia sexual son responsables de las relaciones rutinarias y monótonas en las que se pierde, poco a poco, el deseo por un nuevo encuentro. A medida que transcurren los años, sobre todo cuando se envejece, se hace necesario si no una mayor excitación, al menos algo diferente.

- **Alteraciones de la imagen corporal.** La disminución de la autoestima, la desvalorización personal y los sentimientos negativos hacia uno mismo, pueden traducirse en pérdida del deseo. **La aceptación es, desde todo punto de vista, la clave.**

- **Secuelas psíquicas.** Las malas experiencias sexuales durante la niñez, como abusos físicos y sexuales, o las que se desarrollan a partir de intervenciones quirúrgicas (mastectomía, histerectomía, prostactetomía...) influyen negativamente sobre la libido.

- **El miedo a la intimidad. Es imposible sentir miedo y placer al mismo tiempo.** El temor es una emoción que produce cambios corporales que lo preparan para enfrentar un peligro. Se eliminan los reflejos sexuales, la

sangre fluye hacia los músculos, disminuyendo en los genitales. El miedo a perder el control, a recibir críticas por parte de la pareja, a experimentar dolores en la relación, al ser oídos por terceras personas y al embarazo son los temores más recurrentes.

- **El enojo y los problemas afectivos en el seno de la pareja.** El enojo afecta más a las mujeres que a los hombres. Las interacciones negativas con el cónyuge son incompatibles con la pasión y el deseo.

- **Pensamientos negativos.** ¡Es increíble el poder que ejerce la mente sobre el deseo! Si la mente decide desconectarse, por más que se intente, no habrá respuesta positiva. Los sentimientos contrarios a la sexualidad, el hábito de evocar imágenes mentales negativas, la vergüenza, la culpa y el miedo; así como una auto-imagen corporal pobre que genera complejos, conflictos y retraimientos, inhiben los circuitos cerebrales del deseo y bloquean la respuesta sexual normal.

De igual manera, los sentimientos negativos hacia ese encuentro en particular inhiben la relajación corporal y mental que son requisitos necesarios para responder a la estimulación y para abandonarse a la experiencia del momento. La falta de privacidad, el estar pendiente de una situación (esperar un llamado telefónico, escuchar si el bebé llora o si los niños escuchan) impiden el normal funcionamiento sexual.

La falta de deseo puede ser una situación:

- **Transitoria**, desencadenada por enfermedades agudas (gripe, anginas y otras), estrés, medicamentos, etc. Todo estado de dolor físico o emocional provoca el cese del deseo, sin importar la calidad del estímulo.

- **Permanente**, provocada por enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, depresión severa, etc.) o por problemas de pareja (falta de perdón, desinterés, hostilidad hacia el cónyuge, etc.).

Mi esposa “no tiene ganas”. Últimamente hemos tenido peleas por esta causa; no quiere estar conmigo y me acusa de perseguirla sexualmente. ¿Existe alguna manera de aumentar su deseo sexual?

Hernán, 48 años.

Sí, terminando con las peleas. El enojo sin resolver es una de las causas más comunes y graves de pérdida del deseo. Muchos consejeros fracasan al no darse cuenta de que las parejas con serios problemas de comunicación son malos candidatos para una terapia sexual. Esos pacientes deberían realizar terapia de pareja para, luego, recibir ayuda en el plano sexual. Como dice la Dra. Hilda Tozzi: “es necesario hacer las paces antes de poder hacer el amor”.

Helen Kaplan comenta: “Si bien hombres y mujeres pueden apagarse si están enojados con su pareja, eso sucede con mayor frecuencia en las mujeres. La mayoría de ellas pierden el deseo por un compañero hacia quien sienten hostilidad. Nuestro cerebro tiene la posibilidad de desconectar el deseo cuando, por los mensajes que recibe, decide que la acción sexual no favorece al individuo”.⁵

La doctora Olga Marega expresa: “no es cierto que el deseo existe en la gente como una cosa global. Hay que ver si están dadas las condiciones para que uno desee. Muchas personas ante la primera aparición del deseo sexual votan por un “no” (“mejor no, porque hoy me ofendió”, “mejor no, porque puedo quedar embarazada”, “mejor no, porque mañana tengo que levantarme temprano”, “mejor no, porque los chicos pueden escuchar”, etc.).

La palabra de Dios dice: “...que el enojo no les dure todo el día” (Efesios 4:26). ¡Este es un consejo infalible!

CÓMO SOLUCIONAR LA FALTA DE DESEO

Lo primero es descartar causas orgánicas (patrimonio exclusivo del médico). De constatarse alguna, deberá tratarse apropiadamente y luego reevaluarse desde el punto de vista sexológico.

Si la pérdida del deseo se relaciona con:

- **Medicamentos:** se debe discontinuar el tratamiento, de ser posible, o cambiar la medicación. Cuando ambas posibilidades resulten irrealizables, se administrará un antídoto.

- **Déficit de testosterona:** se procede al reemplazo hormonal en dosis apropiadas para cada sexo.
- **Cáncer u otra enfermedad crónica:** se intenta mejorar el estado general del paciente (física y emocionalmente).
- **Dolor coital (dispareunia) y sequedad vaginal posmenopáusica:** reemplazo hormonal; en caso de no ser posible, se prescribirá un lubricante no hormonal.
- **Depresión:** se impone la psicoterapia junto a medicación antidepresiva que no sea sexotóxica (que no inhiba el deseo ni la respuesta sexual).
- **Impotencia:** tratamiento de la causa (ver más adelante).
- **Otros problemas genitales:** se impone consultar al ginecólogo o urólogo.

LAS MUJERES Y SUS COMPLEJOS⁶

Complejo de abandono: cree que nadie la quiere y que las demostraciones de amor que recibe son siempre insuficientes.

Complejo de Antígona: se desvive por su padre y sus hermanos, aun a costa de sacrificar la propia vida.

Complejo de Brunilda: exige que el hombre sea un héroe, capaz de grandes hazañas.

Complejo de castración: se siente sexualmente incompleta, no deseable.

Complejo de Cleopatra: actúa en el terreno sexual para dominar y manejar al hombre.

Complejo de Dafne: experimenta fobia al sexo, especialmente a la introducción del pene.

Complejo de Marilyn Monroe: se sabe bella y excitante, pero “se agota” sexualmente con las miradas que la “desnudan y poseen” hasta sentirse asqueada de tanta libidinosidad.

Complejo maternal: se limita a dar sólo ternura maternal.

Complejo de prostitución: necesita regalos u otras compensaciones materiales para actuar positivamente en el sexo.

Complejo de Tiestes: le perturba la culpa por un recuerdo incestuoso de la infancia.

Ante un problema de falta de deseo – aun cuando sea or-gánica – las emociones negativas que surgen o los problemas de pareja, potencian la disfunción sexual, por lo que se aconseja:

- Tratar ambas dimensiones (orgánica y psicológica).
- Incentivar a la cooperación de los cónyuges. Ningún trata-miento es eficaz si sólo es intentado por una de las partes.
- Determinar el tipo de relación de pareja para predecir los resultados del tratamiento. Si las dificultades diádicas son muy importantes, se impone su resolución, antes que las sexuales.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Llaves para disfrutar del amor

Evoquen experiencias gratificantes. Revivir las imágenes mentales de momentos románticos y apasionados actúa como la chispa que enciende el deseo.

“¡Hazme del todo tuya! ¡Date prisa! ¡Llévame, oh rey, a tu alcoba! Regocijémonos y deleitémonos juntos, Celebraremos tus caricias más que el vino. ¡Sobran las razones para amarte!”. Cantares 1:4.

Demuestren ternura. El trato amoroso, las palabras dulces y las caricias suaves en situaciones no sexuales llevan a una intimidad gratificante,

relajada y placentera, por un deseo compartido. La buena relación de pareja “fuera del dormitorio” contribuye de manera decisiva a enriquecer los secretos del dormitorio.

“Hay dulzura en sus labios; ¡es un hombre encantador! ¡Así es mi amado!”. Cantares 5:16.

Eviten el aburrimiento. La repetición mecánica del acto sexual conduce al hastío, embota los sentidos y adormece las sensaciones. Cuando una pareja busca nuevas maneras de expresar el amor, la novedad se convierte en el disparador del deseo. *“...Iremos a los viñedos y veremos sus retoños, los capullos abiertos, y los granados en flor. ¡Allí te entregaré mi amor!”*. Cantares 7:12.

Preparen el ambiente. El desempeño y el placer dependerán – y mucho – del ambiente en que se desarrolle el encuentro íntimo. En otras palabras, un ambiente limpio, arreglado, perfumado, privado y sin interrupciones, de acuerdo con las preferencias personales, son factores que impactan en el resultado final de la experiencia, sobre todo en las mujeres.

“Ven conmigo, amado mío, acompáñame a los campos. Pasaremos la noche entre flores de azahar”. Cantares 7:11.

EL ALCOHOL Y EL DESEO

Shakespeare escribió: “La bebida, señor, estimula y menoscaba; excita el deseo, pero disminuye la capacidad”, dando a entender que los efectos anestésicos del alcohol llevan al fracaso sexual por impotencia temporal que no puede ser superada ni por el deseo creciente ni por una gran determinación, lo cual es verdad.

ALIMENTOS AFRODISÍACOS: ¿EXISTEN?

Un afrodisíaco es todo lo que, en teoría, aumenta el apetito y el rendimiento sexuales.

Incontables alimentos dicen aumentar “las ganas”, pero la gran mayoría no tiene esa facultad, excepto por el cambio en la perspectiva mental de la persona. Las ensaladas de apio y nueces, por ejemplo, suelen ser afrodisíacos poderosos para aquellos que piensan así. Otros alimentos muy populares son: papas, bananas, tomates, ostras, trufas, chocolate, jalea real, miel, guaraná y salvia.

Pero científicamente no hay ningún alimento específico para aumentar el deseo. **No obstante, es bien sabido que una dieta variada mejora la salud, incluyendo la sexual.**

La medicina tradicional china usa hierbas como la raíz de ginseng para aumentar el vigor sexual y disminuir la fatiga. Un estudio publicado en el periódico “British Pharmacology”, de mayo de 1995, concluyó que el ginseng funciona de una manera similar al sildenafil (Viagra), al intensificar los efectos del óxido nítrico, ayudando a relajar las arterias y permitiendo un mayor fluido sanguíneo hacia los genitales. En la herboristería se la puede encontrar en polvo o en saquitos para infusión.

En la Biblia existe la idea de los alimentos afrodisíacos cuando dice en Cantar de los Cantares 4:11: “*Son tus labios un panal, amada mía; de tu lengua brotan leche y miel...*”.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Cena afrodisíaca

Uno de los placeres más importantes de la vida consiste en deleitarse con un buen plato gastronómico. Combinar sabores, realzar gustos, mezclar texturas y colores son estímulos potentes que nos invitan a un disfrute suave con los sentidos. Le proponemos:

Espaguetis picantes

Se necesitan 200 gr. de fideos frescos, 2 chiles o ajíes picantes, 4 dientes de ajo, una cucharada de aceite de oliva y queso rallado a gusto. Se fríen en el aceite los chiles picados muy finitos junto con los ajos, sin dejar que se doren. Una vez cocidos los fideos al dente, se le agrega la fritura que preparamos al principio. Añadir queso rallado y servir acompañados de una

pequeña copa de vino tinto. De postre, una tarta de frutas, que puede servirse tibia o fría.

PASOS PARA AUMENTAR EL DESEO

Esta terapia de pareja se recomienda en los casos en que se perciba ansiedad por el rendimiento, miedo a la intimidad, imágenes negativas recurrentes que impiden vivenciar el placer, frigidez o ausencia de la respuesta sexual generalizada y pérdida del deseo sin causa orgánica. La pareja debe estar en armonía y con un anhelo compartido de superar el problema sexual.

Objetivos

1. Librar a la pareja de los efectos negativos de:

- sobre enfatizar la iniciativa masculina;
- aceptar el coito como única forma de relación sexual (a expensas de otras);
- concebir al orgasmo como meta (en vez de experimentar un placer sensual más lento).

2. Incrementar las expresiones de afecto y la comunicación verbal – no verbal. Será una exigencia el charlar y expresar los sentimientos acerca de gustos o preferencias en los diversos contextos, ajenos al dormitorio. Sexualidad es más que genitalidad.

3. Practicar caricias en todo el cuerpo, incluyendo los genitales. Dar y recibir placer mediante el acto de acariciar, tocar suavemente, mimar, etc. El estímulo táctil suave y mutuo acrecienta el vínculo afectuoso entre las personas. “Tendemos a responder con amor a una persona que nos acaricia. El contacto táctil tierno aumenta la intimidad y el compromiso mutuo”.⁷

4. Eliminar la ansiedad y toda fuente generadora de sentimientos negativos y contrarios a la sexualidad que causan disminución o pérdida del deseo.

Nota: deberán comprometerse a no tener relaciones sexuales durante el tiempo pactado para los ejercicios.

Instrucciones

• Primera etapa. Encuentro sexual sin penetración.

Solos, en el lugar elegido con anterioridad (uno nuevo estimula los sentidos; incluso, pueden programar una luna de miel con el propósito de realizar la terapia) o en la propia casa (siempre que esté limpia, confortable y vacía), se darán una ducha o un baño de inmersión. Muy bien perfumados, se recostarán tranquilamente. Por turnos, cada uno de ustedes dará masajes suaves (con cremas o aceites) en todo el cuerpo de su cónyuge, por espacio de diez minutos. Céntrense en las sensaciones que surgen con total naturalidad. Recuerden que el órgano sexual más importante es la mente, por ello creen en su pareja imágenes mentales agradables por medio de palabras, besos, caricias, suspiros o como mejor quieran. Atrévase a expresar el amor de maneras distintas. Al principio se sentirán “ridículos”, pero es gratificante para el cónyuge. Recuerden que el cuerpo responde con toda su fuerza al placer si le damos permiso para hacerlo.⁸

No se concentren en los genitales, a fin de que adquieran sensibilidad otras zonas erógenas. La obsesión por los genitales hace que ellos tengan toda la responsabilidad de la satisfacción sexual; mientras que el resto del cuerpo no participa.

El éxito de esta etapa dependerá del compromiso de la pareja a no estropearla apresurando los tiempos para una penetración o un orgasmo. **Él no necesita tener una erección; ella no debe hacer que él la logre. A ninguno se le permite siquiera que alcance el orgasmo.**⁹

Nota: deberá repetirse dos o tres veces este encuentro para relajarse paulatinamente. Con el tiempo podrán incorporarlo al repertorio amoroso o no, dependiendo de los gustos personales.

Motivos por los que puede fracasar esta etapa

Algunas parejas suelen reaccionar negativamente. Las causas incluyen un conjunto de emociones que van desde el disgusto hasta la indiferencia.

Suelen escucharse frases como: “fue muy mecánico”, “no tuvimos tiempo para practicarlo más que una vez”, “no pude concentrarme, ¡tengo tantas cosas en qué pensar!”, “no pude dejar que me toque, estoy tan gorda que me da vergüenza...”, “me da cosquillas”, etc. Para entender, es necesario observar la historia de cada uno de los cónyuges y de la vida compartida como pareja. Una persona que ha sido herida o engañada, puede responder evitando la intimidad como una manera de protegerse contra episodios similares. La crianza represiva hace que se despierte culpa por sentir placer (muchas mujeres asocian el placer con el ser una “mala mujer”). El enojo o el rencor hacen que no se quiera dar placer como venganza, o que no se desee sentir placer para frustrar al otro. El temor al rechazo de la pareja o a fracasar en estimular al otro hacen que se sabotee esta etapa. En el caso de las mujeres que padecen frigidez, se recomienda practicar los ejercicios con la ropa puesta, lo que resulta menos amenazador y más excitante para ellas, ya que sistemáticamente se niegan a las caricias, las soportan a disgusto o las impiden de algún modo.

Nota: Se prescindirá de esta primera etapa cuando uno o ambos miembros de la pareja muestren ansiedad y temor a la intimidad de tal magnitud que se resistan enfáticamente a repetir los ejercicios. En estos casos, se centrará la atención en la relación sexual en sí (segunda etapa).

- **Segunda etapa. Encuentro sexual con estimulación genital.**

El propósito es estimular los genitales sin buscar el orgasmo. Implica un tiempo de masajes que se van alternando entre el cuerpo en general y los genitales en particular. La idea es usar una “candencia perturbadora”, con el fin de aumentar y disminuir la estimulación para mejorar la relajación y acrecentar la sensación de placer. **No deben preocuparse por la erección que, como respuesta normal, se presentará y se perderá varias veces a lo largo de esta etapa.** Es natural. Traten de ser lo más tiernos y cariñosos que puedan. La mujer comunicará a su esposo “en qué punto se encuentra”, ya que ella no presenta signos exteriores de excitación. Para realizar los ejercicios se sugiere buscar las posiciones que resulten más cómodas. Muchas parejas obtienen grandes ventajas realizando esta terapia. Esto no es sorprendente, pues se eliminan las fuentes de temor y tensión provocadas por la relación sexual. No se impone ningún “deber” a los cónyuges. No están rindiendo ningún examen ni corriendo una carrera. “Cuando la

finalidad humana del placer sustituye a la finalidad compulsiva del desempeño, la situación sexual suele tornarse lo bastante relajada para que las reacciones eróticas se desarrollen libremente”.¹⁰

Motivos por los que puede fracasar esta etapa

Si bien para muchas parejas representa una novedad el estar relajados y disfrutar de un intercambio amoroso sin la presión de una relación sexual, en algunos casos, aparece la ansiedad por las caricias genitales, la culpa por la actividad en sí o por el placer sexual.

Algunas emociones negativas se irán aplacando con la repetición de estos ejercicios, pero cuando son muy intensas, perturban e impiden avanzar hacia la tercera y última etapa.

Uno de esos sentimientos negativos que obstaculizan el avance, se asocia con la apariencia, los olores o las secreciones de los genitales propios y del cónyuge. Debe ser hablado francamente. Por la proximidad con los lugares de evacuación, suele asociarse la idea mental de suciedad. Una higiene escrupulosa evita muchas reacciones desagradables.

Finalmente, cuando uno de los dos se niega a ser acariciado, se aconseja que el que no quiere recibir dé a su pareja todo lo indicado. El que se niega podrá apreciar el placer y la comunicación que se establece a punto tal de ser “desafiado” a vencer sus resistencias y acoplarse a un tiempo de relajación y caricias. Ésta suele ser una manera muy efectiva de proseguir.

• Tercera etapa. Encuentro sexual con penetración, pero sin orgasmo.

En este tiempo la pareja se estimulará mutuamente buscando una buena erección en el hombre, y cierto grado de lubricación en la mujer. Cualquiera de los dos puede tomar la iniciativa y jugar y experimentar posiciones a modo de diversión, sin presiones. No se preocupen por llegar al orgasmo. El objetivo principal es abandonarse al placer erótico y a las sensaciones sexuales reprimidas durante tanto tiempo. Se busca que ambos puedan responder a los estímulos sexuales estando relajados, en un clima afectivo y cariñoso.

Recomendaciones

La primera etapa se debe repetir varias veces en el lapso de una a dos semanas. El encuentro entre los esposos, de ser posible, quedará limitado a esas caricias sin mantener relaciones sexuales.

La segunda etapa se agregará a la primera luego de esa semana inicial, concluyendo allí, o continuando con la tercera etapa (de la relación sexual en sí), siempre y cuando las inhibiciones o la ansiedad no hayan ganado terreno.

Se evitará el comportamiento coercitivo o apresurado para llegar al orgasmo, como si fuera una meta por conquistar.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Erotizar la habitación

Preparar el escenario aumenta la expectación y potencia el deseo. El ambiente es tan importante como la pasión y la creatividad que se pone en cada caricia o susurro. Pueden intentar:

Una nueva decoración: las flores estimulan la vista y el olfato. Vale todo, desde esparcir pétalos sobre las almohadas o perfumarlas con esencia de rosa y jazmín hasta transformar todo en un ambiente natural y salvaje, con plantas y helechos ¡Debemos disfrutar de la belleza de la creación! Cambiar las cosas de lugar: no piensen sólo en muebles, podrían cambiar la ubicación de las luces, cuadros, adornos. Agregar espejos, alfombras, velas, etc.

Vestir la cama: existen muchos lugares para hacer el amor, pero las comodidades que ofrece una buena cama no admiten comparación. ¿Por qué no darle algunos toques especiales? Sábanas limpias, suaves y bien perfumadas invitan al placer. Corregir cualquier ruido o crujido que aparezca ante los movimientos, es esencial. Parece trivial, pero una cama estruendosa, si no arruina, al menos acorta los tiempos de placer. ¡Quizás sea hora de renovar la cama!

Una buena iluminación: no hablamos de luces brillantes o potentes que deslumbren, sino de la suficiente que les permita observar los movimientos

y el cuerpo del amante. Las luces tenues o de colores y las velas perfumadas y distribuidas por el cuarto crean un efecto visual único, capaz de transformar un ambiente en cálido e íntimo, además de favorecer la visualización de las distintas texturas y tonos de la piel.

Poner música: la buena música relaja, a la vez que añade pasión al encuentro. Pueden moverse juguetonamente a su ritmo o ponerla tan suave que no llame la atención.

Dar lo mejor: amar encarna una entrega e implica permitir que el otro nos conozca, el otorgar la llave para que penetre en lo más íntimo del ser y de las emociones, el atreverse a mostrar la propia vulnerabilidad; en definitiva, envolvernos juntos en el deleite de ser uno solo.

CAPÍTULO II

LA EXCITACIÓN

*“¡El fuego del amor es una llama
que Dios mismo ha encendido!
¡No hay mares que puedan apagarlo,
ni ríos que puedan extinguirlo!”*

Cantar de los Cantares 8:6b-7a.

EXCITACIÓN

Tanto el hombre como la mujer pueden ser excitados en cualquier momento y de maneras muy diversas (a través de la vista, del oído, de la mente o por la asociación con situaciones agradables) pero el estímulo más fuerte es el tacto, debido a la presencia de terminaciones nerviosas en la piel y tejidos más profundos (cuanto más terminaciones nerviosas tenga una zona, mayor es la sensibilidad).

Las llamadas áreas erógenas o productoras de amor son las que tienen gran cantidad de terminaciones nerviosas, a saber: el glande del pene, el clítoris y los labios menores de la mujer, la zona alrededor del ano, el ano mismo, la parte interna de los muslos, los pechos, especialmente los pezones; el cuello, la boca y las orejas. Estos son sitios que, estimulados convenientemente, provocan excitación.

A mi esposo le gusta que lo acaricie cerca del ano ¿tiene algo de homosexual?

Mariela, 25 años.

La estimulación anal del varón no tiene nada que ver con desear penetrar o ser penetrado por otro varón.

El ano participa de las zonas erógenas, tanto del hombre como de la mujer, por ello es que la estimulación suave suele desencadenar placer y, en

algunos, hasta la intensificación del orgasmo.

EXCITACIÓN EN LA MUJER

La lubricación vaginal es el primer signo de excitación. Comienza de 10 a 30 segundos de iniciada la estimulación.

- **La vagina** se ensancha en sus dos tercios internos, creando un efecto denominado “de carpa o globo”.
- **El útero** se eleva dentro del abdomen, ayudando al efecto del globo vaginal.
- **La vulva** (labios mayores, menores y clítoris) junto con el útero y la vagina, intensifican su color rojizo como consecuencia de la afluencia de sangre.
- **El clítoris** aumenta de tamaño y se endurece, fenómeno perceptible sólo al tacto.
- **El tono muscular y la presión sanguínea** aumentan, con aceleración del pulso y de la respiración. Aparece el rubor sexual en la zona abdominal y se extiende hacia los pechos y la nuca.
- **Los senos aumentan su tamaño (hasta un 50%) y los pezones se erectan.**

Dato importante

La sangre requerida en la excitación femenina es 10 veces más que la necesaria para la erección peneana, de ahí que la mujer necesite mayor tiempo de estimulación.

La respuesta sexual femenina es más variable que la masculina, quizás porque la excitación de la mujer requiere la integración de estímulos

provenientes de distintas partes, ya que las zonas erógenas están diseminadas en todo el cuerpo. En cambio en el hombre, la zona erógena por excelencia es la genital, la cual facilita la respuesta sexual. Aunque el clítoris suele ser epicentro del placer, con todo, no se trata de un botón mágico. La excitación depende de que los muchos lugares entren en funcionamiento. De ahí la importancia de los juegos previos a la penetración. La pareja suele no valorar esta etapa, cuyos beneficios son altamente gratificantes.

Nota: ¡Cuidado! Muchos varones juzgan el grado de excitación de su pareja por lo que ellos sienten; y llegan al orgasmo cuando ellas ni siquiera están estimuladas. De ese modo las obligan a fingir o a vivir una sexualidad vacía de placeres. Las mujeres, en lugar de quejarse de sus esposos, deberían ser las encargadas de enseñarles cómo necesitan ser estimuladas. ¡Hablen, instruyan al amor de su vida para ser satisfechas!

¡La mujer no es un lavarropa!

No fue diseñada con “respuesta automática”, es decir, no tiene un determinado lugar que, como el timbre, abre la puerta; o un sistema que permita programar el resultado. El cuerpo humano no es una máquina. Las experiencias anteriores y actuales condicionan la respuesta sexual.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Erotizar la pareja

Para lograr este cometido se requiere audacia, absoluta libertad y confianza para compartir las fantasías y animarse a vivirlas. Fantasear con la pareja es una parte importante de los preliminares eróticos que no debe ser desestimada. Por ejemplo, una fantasía casi universal y compartida tanto por hombres como por mujeres, es observar al cónyuge como se quita la ropa de manera seductora. Les proponemos:

Una sesión de *strip tease*. Después de haber atenuado la luz y perfumado la habitación, uno de ustedes aparecerá en el umbral de la puerta con ropa provocadora. Podría acompañar la actuación narrando una historia cargada de contenido erótico que hayan vivido o fantaseado juntos. Es muy excitante no sólo para el que habla, sino también para el que escucha. Se irán quitando las prendas despacio y suavemente y en el orden que más prefieran. ¡Hasta la manera de desabrochar un botón puede ser sensual!

Un juego sexy. Armar una cajita o cofre lleno de papelitos que contengan cada uno una acción atrevida e íntima que incluya besar, tocar o lo que ustedes prefieran. A lo largo de una semana o mes, de tanto en tanto, uno puede regalarle al otro la oportunidad de sacar un papelito y entregarlo a la pareja para obtener su premio.

El uso de ropa no convencional. Puede ser Tarzán y Jane, piratas, vaqueros, etc. ¡Adán y Eva es el más económico!

EXCITACIÓN EN EL HOMBRE

El pene erecto es el primer signo de excitación. Aparece como respuesta a un estímulo sexual mental (fantasías, visualización actual, etc.) o físico (caricias, manipulación genital, etc.), que desencadena el fenómeno sanguíneo de la erección.

Los testículos se elevan hacia el abdomen por la contracción de los cordones espermáticos y de los músculos del escroto que se tensan.

La uretra se ensancha.

Aumentan el pulso y la presión arterial. Aparece el rubor sexual en el abdomen, los hombros, el cuello y la cara. Algunos varones experimentan la erección de los pezones.

Es absolutamente normal que la erección del pene desaparezca y se recupere varias veces durante un juego sexual prolongado.

CUADRO COMPARATIVO DE EXCITACIÓN EN AMBOS SEXOS

Hombre

- Se excita con mucha facilidad.
- Se estimula a través de fantasías, imágenes, caricias genitales, etc.
- Presenta una zona erógena por excelencia: la genital.
- La excitación no depende demasiado de la calidad de la relación con su pareja.

Mujer

- Suele ser más difícil de excitar.
- Responde a las palabras suaves y a las caricias en un ambiente que le permita sentirse tranquila.
- Presenta zonas erógenas diseminadas por todo el cuerpo: pecho, cuello, genitales, etc.
- La excitación guarda relación estrecha con el estado de ánimo y la calidad de la relación sentimental.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Travesura de a dos

Hacer el amor dura tanto como 24 horas.

Preparar el ambiente y tener la disposición adecuada exceden los límites del dormitorio. De ahí que el bombardeo sutil y sugestivo de mensajes románticos a lo largo del día desencadene un torrente contenido de deseo creciente.

Algunas ideas:

1. Díganle algo sugestivo y sensual al cónyuge en el oído, justo un momento antes de separarse.
2. Tóquenlo/la “en ciertas zonas”, justo cuando están por entrar en un lugar público y no pueda devolver el toque.
3. Coloquen una nota entre sus papeles o déjenle un mensaje telefónico insinuante como: “te invito a una cena especial. Menú: yo”.

Estas picardías entre esposos son un condimento muy sabroso para una intimidad renovada.

IMPOTENCIA

“Cuando quiero no puedo” es la frase que resume la frustración asociada a los problemas de erección o disfunción eréctil, conocidos como impotencia, trastornos de la fase de excitación o excitación sexual inhibida. Es el terror de los hombres. Abarca desde una ausencia total de erección hasta una insuficiente, con poca rigidez e incapaz de penetrar. Algunos no logran obtener una erección desde el inicio de la relación sexual; otros, en cambio, refieren una erección normal pero que desaparece al intentar la penetración. Hay quienes obtienen una erección suficiente para la penetración, pero la pierden durante los movimientos coitales.

Según las encuestas, del 5 al 10% de los hombres sexualmente activos padecen disfunción eréctil. Las causas son muchas; sin embargo, los avances científicos permiten dar solución a gran cantidad de casos.

Los problemas erectivos son poco frecuentes en hombres jóvenes, pero aumentan conforme progresa en edad el sujeto. Un 10% de los hombres de 50 años padecen impotencia; aumenta a un 27% a los sesenta y a un 58% a los setenta y cinco años.

En los varones jóvenes, los casos de impotencia se deben a problemas psicológicos asociados al miedo y a la ansiedad. Helen Kaplan dice que el 85% de los casos de impotencia en Estados Unidos son estrictamente psicógenos.

¿QUÉ SE NECESITA PARA UNA ERECCIÓN?

La erección se produce cuando un estímulo cualquiera viaja a través de los nervios autonómicos parasimpáticos, desencadenando un fenómeno sanguíneo que es responsable de la rigidez del pene. Ese sistema debe estar indemne, caso contrario habrá una falla en la erección. Las causas pueden ser:

- Una escasa cantidad de sangre que llegue al pene.
- Una abundante cantidad que salga del pene. Se produce un fenómeno similar al del neumático pinchado: cuanto más sangre (aire) se agrega en el pene (neumático), más rápidamente tiende a irse. Son los casos típicos de erección inestable; la erección aparece, se pierde, vuelve a aparecer con mayor o menor intensidad y se pierde aun estando el pene dentro de la vagina.
- Excesiva ansiedad que libera una respuesta refleja del sistema nervioso, como preparándose para la huida.

Llevamos dos años de casados. Él no puede mantener su pene erecto durante los juegos previos a la relación sexual. ¿Será impotente?

Vanesa, 34 años.

Con toda probabilidad, no. Es normal que, durante el juego amoroso prolongado, el varón pierda la erección y vuelva a recuperarla varias veces, dependiendo del nivel de excitación. También es normal que luego de una eyaculación se produzca la pérdida de la erección, la que no podrá recuperarse hasta pasado un tiempo (algunos minutos en los más jóvenes, hasta días en los más ancianos) y que se conoce como período refractario. Para hablar de impotencia o dificultad en la erección debe haber un porcentaje de fallas que superen el 25% del total de los intentos por mantener una relación sexual. Este dato es fundamental, porque es muy común que todo hombre sano experimente alguna falla erectiva ocasionalmente.

CAUSAS

1. Psicológicas.

Responsable de al menos un 50% del total de los casos. La impotencia psicógena o funcional es, sin duda, la más frecuente. Helen Kaplan afirma que en el 85% de los pacientes con disfunción erectiva, ésta es de origen funcional. En el resto, se asocia a una causa orgánica y la refuerza.

Durante mucho tiempo se creyó que el hombre impotente estaba gravemente enfermo o tenía perturbaciones muy profundas de la mente. En la actualidad se sabe que en todo hombre sano, **la ansiedad** por la realización del acto sexual y **el miedo a fallar** son las causas más frecuentes de impotencia.

Entre otras, se mencionan:

- **El cansancio.** Un día agotador en el trabajo, una situación estresante en la oficina o muchas horas de concentración en los estudios, pueden producir tal fatiga física o emocional que disminuya la energía suficiente para lograr y/o mantener una buena erección.
- **La obesidad.** Para las personas excedidas de peso “hacer el amor” resulta, en ocasiones, muy cansador ya que no pueden realizar movimientos ligeros y placenteros.
- **La depresión.** Puede causar impotencia o ésta llevar a la depresión.
- **Los pensamientos antisexuales o no sexuales.** La mente es el motor del deseo. La excitación y la erección dependen de la concentración en estímulos excitantes. Pensamientos ajenos a la sexualidad (problemas de negocios, presiones laborales, etc.) bloquean los mecanismos de la erección.
- **La mala disposición hacia el sexo o hacia la esposa.** Algunos hombres encuentran poco atractivas a sus esposas, con lo cual terminan perdiendo el deseo y la excitación.
- **La eyaculación precoz.** En algunos casos puede desencadenar una impotencia secundaria producida por los altos niveles de ansiedad.
- **El luto por la pérdida de seres queridos.**
- **Las crisis importantes.** Divorcio, separaciones, mudanzas, pérdida del trabajo, etc.

2. Físicas u orgánicas.

Ocupa el segundo lugar en frecuencia, aunque cada vez que existe un problema sexual debe descartarse toda enfermedad antes de afirmar que el problema es psicógeno. Entre las enfermedades que ocasionan problemas erectivos, se encuentran:

- **Diabetes mellitus.** Es la primera en la lista. Produce lesiones neurológicas (afecta los nervios que llevan y traen información desde y hacia los genitales). Provoca, además, lesiones vasculares que van cerrando lentamente las arterias e impiden la llegada de sangre al pene.

- **Enfermedades cardíacas. Hipertensión (presión arterial elevada). Colesterol elevado u otra dislipemia.** Generan disturbios sexuales por la enfermedad en sí, por los temores a sufrir un ataque en plena actividad sexual, así como por los medicamentos que se ingieren. A modo preventivo se aconseja evitar las relaciones sexuales prolongadas, en posiciones fatigosas o los juegos sexuales demasiado extensos, ya que provocan aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Tomando estos recaudos, la gran mayoría de los pacientes cardíacos pueden seguir activos sexualmente. Se impone siempre preguntar al cardiólogo tratante.

Nota: muchos pacientes esperan que el médico les diga algo respecto de su vida sexual futura y la casi totalidad de los profesionales de la salud ni siquiera mencionan el tema por la creencia de que eso significa extralimitarse en sus funciones médicas. Ese vacío en la comunicación médico – paciente lleva a la renuncia prematura de la vida sexual de los gerontes, que en la gran mayoría de los casos lo único que necesitaban era el permiso y la reorientación de la actividad sexual.

- **Disminución de testosterona, aumento de prolactina u otra alteración hormonal.** Estas causas son poco frecuentes, pero deben ser investigadas.

- **Esclerosis múltiple, Parkinson, accidentes cerebro-vasculares y otras enfermedades neurológicas.** Provocan alteraciones que vehiculizan información desde y hasta los genitales.

- **Alcoholismo.** Origina impotencia de origen neurológico. Un poco de alcohol reduce la inhibición y ayuda a relajarse pero, en exceso, se transforma en un poderoso anestésico que retarda los reflejos y dilata los vasos arteriales, dificultando la erección.
- **Tabaquismo.** Los fumadores crónicos tienen menor oxigenación sanguínea y menor flujo de sangre hacia el pene porque el fumar afecta las arterias, haciéndolas más duras y disminuyendo su luz interior. Como resultado se produce una falla erectiva. Los hombres que fumaron o fuman durante años están propensos a sufrir fallas erectivas.
- **Dieta no saludable.** A la larga provocará enfermedades. Es importante recalcar que luego de una comida copiosa y con exceso de grasas, es frecuente experimentar una falla erectiva debido a que la sangre se encuentra en el aparato digestivo contribuyendo a la digestión y suele no quedar excedente para darse esos “lujos”.

Aparte de las enfermedades generales, hay otras que son genitales y que provocan impotencia, a saber:

- **Fimosis, parafimosis (estrechamiento del prepucio).** En ocasiones es tan estrecho que en el momento de la erección el glande queda apretado, lo que genera dolor con la consecuente pérdida de la erección.
- **Pene corvo congénito.**
- **Enfermedad de La Peyronie.** Se forman placas fibrosas en el pene. Aparece dolor durante la erección, curvatura del pene hacia un lado y a veces puede palparse una zona indurada en el cuerpo del pene. Evoluciona por brotes. No existe ningún tratamiento específico para este mal.

Nota. Los problemas prostáticos no suelen producir dificultades erectivas. Sólo cuando se opera por el abdomen y se dañan los nervios erectivos o si se indica terapia hormonal antiandrogénica, puede aparecer disfunción eréctil. Aun en las prostatectomías (extirpación de la próstata) no se pierden las sensaciones del orgasmo.

Cuando él no puede

Llevo casado dos meses. Mi esposa es muy atractiva y nos llevamos bien; sólo que a la hora de hacer el amor muchas veces “no funciona”. Cada vez estoy más nervioso y siento que esto me juega una mala pasada. ¿Qué puedo hacer?

Carlos.

Hay que descartar un problema orgánico. Usted no especificó su edad, pero estimamos que es un hombre joven. Para orientarlo en su problema, por favor, conteste a esta primera pregunta: ¿ha tenido erecciones con rigidez durante la noche o al despertar en los últimos meses? Si la respuesta es sí, con toda probabilidad, su disfunción eréctil es de origen psicológico. Por otra parte, sólo podríamos hablar de disfunción eréctil si usted ha fallado más del 25% de las veces que ha intentado mantener una relación sexual. La ansiedad por el rendimiento y el miedo a fallar van a jugarle siempre en contra ya que hacen que el cerebro libere neurotransmisores que contraen los músculos lisos del pene y sus arterias. Se reduce así el flujo sanguíneo y, el que existe, rápidamente se escapa provocando la flacidez del pene. Pensamientos tales como: “no voy a poder”, “voy a volver a fallar”, “voy a hacer el ridículo” son sumamente destructivos y agravan el cuadro. Le sugerimos consultar con un especialista porque usted podría beneficiarse con el sildenafil (conocido como viagra).

3. Farmacológicas.

Los medicamentos, la mayoría de las veces, son autores insospechados de impotencia:

- **Antihipertensivos**, fundamentalmente los bloqueantes beta y los diuréticos. Suelen tener un efecto negativo sobre el deseo sexual y la excitación, originando disfunción eréctil.
- **Antiulcerosos**.
- **Quimioterápicos**, empleados en el tratamiento del cáncer.

- **Antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos;** los sedantes en grandes dosis son sexualmente destructivos.
- **Antiandrógenos,** bloquean el efecto de la testosterona y reducen la respuesta sexual normal.

Numerosos autores afirman que **casi todos los medicamentos pueden causar impotencia temporal**, por lo cual es recomendable que, en caso de presentar trastornos erectivos junto al consumo de cualquier medicamento, se solicite al médico cambiar la medicación, ya que con frecuencia es posible.

Mi marido tuvo un infarto hace dos años. Está medicado y aunque se siente bien, desde entonces sufre de impotencia. Me cela mucho y se muestra muy ansioso. ¿Hay algo que podamos hacer? ¿Tiene solución su problema?

Maria, 58 años.

Ante todo, deben consultar con el cardiólogo ya que la impotencia podría estar generada por los medicamentos que ingiere o por el miedo a morir en plena actividad sexual. Se enseña como parámetro de referencia que si puede subir dos pisos por escaleras, puede mantener relaciones sexuales. Si la causa fuera medicamentosa, se debería optar por otros fármacos con menor efecto sexual negativo o combinar drogas a baja dosis, intentando potenciar los efectos positivos y disminuir los negativos. Un último consejo: quizás llegó el momento de ampliar el repertorio amoroso sexual. La vida íntima matrimonial no tiene por qué reducirse a la penetración; hay múltiples formas de mantener activa la vida sexual.

4. Diádicas.

Es aquella impotencia generada por un problema con la pareja:

- **La mala relación entre los cónyuges** puede determinar una impotencia. Por ejemplo: las luchas por el poder o la hostilidad verbal y gestual de la esposa suele disminuir no sólo el deseo de su esposo, sino también su capacidad de erección.

- **El aspecto femenino descuidado** podría ocasionar pérdida de la erección por falta de atracción física.
- **Una esposa poco dispuesta a mantener relaciones sexuales.** El clásico ejemplo es el de la mujer que hace sentir culpable al esposo que solicita intimidad sexual y, poco a poco, lo va “castrando” con su actitud.
- **La comunicación escasa acerca de deseos y fantasías.** El esposo que desea alguna novedad (un cambio de lugar o una nueva posición) puede sufrir una impotencia por miedo a la reacción de su esposa o a ser malinterpretado.

Nota: el hombre con disfunción eréctil no acude rápidamente a la consulta profesional, sino que oculta su problema. Se acuesta tarde o lee hasta que la esposa se duerme. Finge cansancio para no tener relaciones o simula orgasmos cuando la erección comienza a decrecer; se vuelve irritable o depresivo. Por el miedo a fallar, huye de los encuentros íntimos.

Tengo 45 años y llevo 15 de casado. Últimamente he tenido problemas para lograr una buena erección. Un compañero de trabajo me alcanzó un recorte del diario del domingo que aconseja comprar una pomada para restaurar el vigor perdido. ¿Qué hay de cierto en este anuncio?

No crea a esa propaganda. Las soluciones mágicas no existen. En el caso de las pomadas milagrosas, la realidad ha demostrado que se trata de un producto cosmético como los que borran las arrugas que nunca se van. Lo cierto es que, en ocasiones, algunos varones manifiestan mejoría, sin reparar en el hecho de que por escrito tienen indicaciones de cómo aplicársela: con masajes suaves en el pene por espacio de 10 a 15 minutos, o sea autoestimularse y “funciona” en los casos psicó-genos. **La mejoría se relaciona con la estimulación, no con la propiedad terapéutica de la “medicación”.**

CÓMO SUPERAR LA IMPOTENCIA

Después que se han descartado problemas de tipo orgánico (enfermedades) que pudieran explicar la disfunción erectiva, intentaremos una terapia de pareja cuyos objetivos serán:

1. Disminuir las fuentes de ansiedad que bloquean el mecanismo de la erección.
2. Disfrutar sin culpas de la relación sexual.
3. Adquirir confianza creciente en la capacidad erectiva que se recupera.

Requisitos previos

1. Tareas sexuales con la esposa.

El pronóstico de resolución del problema depende, y mucho, de la compañera del paciente. Una esposa paciente, colaboradora, sensible y condescendiente ayudará a que el esposo recupere la confianza en su respuesta sexual. Los progresos del esposo, para una esposa insegura, que se sienta poco atractiva o con una pobre autoestima, resultarán una amenaza personal que se expresará de múltiples maneras, e incluso puede llegar a pensar que podría perder a su marido ahora que es potente y viril. Como resultado de estos temores, la terapia puede fracasar.

2. Tareas sexuales sin exigencias.

Nuestra sociedad demandante y exitista suele asociar la masculinidad con un pene erecto, símbolo de virilidad. El hombre aparece como responsable de la propia satisfacción, pero también de dar placer a la mujer. Cuando “no puede” porque la erección falla, siente que no es más hombre, como si su hombría dependiera de lo que lleva entre las piernas. Además, nuestra sociedad hipersexualizada presenta imágenes de una sexualidad explosiva en parejas que alcanzan intensísimos orgasmos.

Esto actúa con un efecto rebote sobre nuestras propias vivencias y transforma el encuentro sexual en una tarea ansiógena (“debemos lograr lo mismo que vimos”) en lugar de ser una actividad relajada y placentera, en la que se mezclan el descanso y la risa.

Muchos disturbios de la erección obedecen a problemas emocionales simples: ansiedad por el rendimiento; temor a ser rechazado por la pareja; excesiva preocupación por dar satisfacción, culpa por el propio goce sexual.

Para una buena erección es necesario relajarse y disfrutar del amor íntimo.

Instrucciones

La secuencia básica será la siguiente:

- **Primera semana: placer sin erección.**

Durante la primera semana no habrá penetración ni or-gasmo. Con ropas o sin ellas, iniciarán encuentros con besos, caricias y masajes corporales, sin tocar las zonas genitales. La idea es “abandonarse” al placer. Exige el sosiego no sólo del cuerpo sino de la mente. El hombre no debe intentar una erección. Ni siquiera debe pensar en tenerla. El objetivo es disfrutar y explorar nuevas formas para comunicar el amor y el deseo hacia el cónyuge.

- **Segunda semana: placer con erección, sin orgasmo.**

En la segunda semana se incluye a los genitales como sitio de caricias y contacto buscando la excitación, es decir, la erección, pero sin llegar al orgasmo. El varón puede dejar su imaginación en libertad mientras recibe la estimulación (viejas experiencias gratificantes con la esposa se convierten en escudo contra la ansiedad, facilitando la erección). El hombre no debe pensar en una relación sexual, ni siquiera en la penetración. No está rindiendo un examen. El placer debe sustituir la ansiedad por el desempeño. Debe sentir libertad para gozar sin el mandato de “cumplir”.

- **Tercera semana: placer, erección y orgasmo.**

Los ejercicios anteriores son muy importantes porque refuerzan y acrecientan la confianza del varón en su propia capacidad de erección. En esta tercera semana, a todo lo anterior se agregará la penetración, y orgasmo si se desea, buscando la posición o técnica que resulte más excitante para él.

VIAGRA

El uso del Viagra ha revolucionado la sexología. Aunque el nombre comercial cambia según el laboratorio, la droga básica es el sildenafil. Este medicamento tiene una acción bastante específica sobre el mecanismo de la erección. Es eficaz, independientemente de la edad del varón, así como de la causa de la disfunción eréctil (se usa en casos orgánicos, psicógenos o mixtos). Se emplea en los varones con diabetes, hipertensos, que toman medicación antidepresiva, etc.

El sildenafil no actúa sobre el deseo, es decir que no es un afrodisíaco, sino una droga erectógena (provoca la erección, aumenta la capacidad de mantenerla, mejora la satisfacción sexual). Es una droga segura.

En caso de padecer alguna enfermedad general o tomar medicamentos, a la hora de hacer la consulta médica, recuérdale al facultativo qué fármacos está tomando, para evitar interacciones.

La aparición de esta droga ha cambiado el curso de la intimidad sexual de muchas parejas. Antes, incontables adultos mayores renunciaban al placer sexual. Hoy, muchos más han sido incorporados a una sexualidad activa con la ayuda extra del viagra.

Recomendaciones generales

- Se debe tomar antes de comer, con el estómago vacío y bastante agua.
- Su efecto comenzará una hora después de la ingesta y se mantiene hasta por cuatro o seis horas. Si se ha tomado junto con una comida copiosa y rica en grasas, el efecto se verá hacia las dos horas.
- No produce efectos por sí mismo, es decir, luego de haberlo ingerido deben mediar las caricias y estimulación adecuada para que se produzca la erección esperada. Algunos lo grafican con la frase: “el viagra es como la pólvora, para explotar necesita fuego”.
- La dosis recomendada es de 50 mg. En los varones mayores a 65 años debe comenzarse con 25 mg.
- Una vez que se llega al orgasmo y eyaculación, se pierde la erección, como pasa habitualmente.

- Una hora después (a veces un poco más) se puede mantener otra relación sexual porque se reduce el período refractario.
- Para algunos varones, el efecto positivo se mostrará luego de dos o tres tomas de sildenafil, para otros, luego de corregir la dosis.
- Los efectos secundarios más comunes después de la ingesta son: rubor fácil, dolor de cabeza y cierto malestar estomacal. En algunos hombres puede aparecer visión borrosa, azulina o sensibilidad a la luz.
- Algunos urólogos indicarán el sildenafil varias veces por semana, luego de una cirugía prostática, aun cuando no se tengan relaciones sexuales.
- Uno de los temores comunes es que nunca podrá dejarlo. Si el paciente quiere dejar de tomar sildenafil se sugiere que tome una vez y, al próximo encuentro sexual, lo omita. El dis-continuar de manera progresiva la toma es para que ese hombre en particular aumente su confianza en la intimidad y no descansa en la medicación como una muleta frente a su temor de “no poder”.
- No genera adicción. Esta pregunta es muy frecuente entre los consumidores. El tomar de manera habitual mejora la circulación, por eso puede decirse que tiene un efecto benéfico acumulativo. Se lo define como el “círculo virtuoso”. No se requiere dosis mayores para mejorar el efecto.
- Similares efectos se producen con el tadalafilo y el vardenafil, con el adyuvante de que sostienen el efecto más horas. Incluso en aquellos pacientes que no responden al sildenafil, sí lo hacen a las otras drogas.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Cinco consejos no sexuales para seguir activo

1. Practicar ejercicio en forma regular: desde caminar hasta nadar. La actividad elegida dependerá del tiempo que dis-ponga y de las preferencias personales. Lo aconsejable es que, por lo menos dos veces a la semana,

practique algún deporte a fin de mejorar la irrigación y la oxigenación de todos los órganos: cerebro, corazón y también del pene. Además, se vigorizan los músculos, aumenta la tonicidad y disminuyen las grasas.

2. Evitar el sobrepeso: fundamentalmente por las enfermedades que se asocian a la obesidad, como la hipertensión, la diabetes y la aterosclerosis, que influyen sobre la circulación y provocan impotencia.

3. Disminuir las exigencias: la vida es muy importante. Debemos aprender a disfrutarla cultivando actitudes saludables.

4. Reducir el estrés: ya que actúa negativamente sobre la función sexual.

5. No automedicarse: apenas se percate de una disfunción eréctil acuda a un urólogo o sexólogo y no intente “curas alternativas” que, lejos de solucionar el problema, agregarán otros.

FRIGIDEZ

Para hablar de frigidez, la mujer debe presentar las siguientes características:

a) No experimentar excitación ni placer. Está vacía de sensaciones y sentimientos sexuales, con una carencia absoluta de respuesta sexual. Puede mantenerse el deseo, pero no existe placer por el contacto y el coito resulta doloroso.

b) No mostrar señales de vasocongestión genital en respuesta a la estimulación, es decir, no presenta lubricación a pesar de una estimulación adecuada.

c) Expresar actitudes diversas frente a la sexualidad. Desde aborrecer toda actividad sexual y ser totalmente indiferente, hasta gozar del contacto físico no sexual.

Algunas soportan estoicamente las relaciones y se distraen con imágenes no sexuales, usando sus cuerpos mecánicamente de manera que sus

compañeros puedan eyacular rápidamente y terminar la relación.

Afortunadamente, son pocas las mujeres que presentan este problema, ya que cuando no existe ningún tipo de respuesta sexual y nunca la hubo, es difícil encontrar una salida rápida. Es mucho más sencillo tratar a una mujer que en algún momento de su historia tuvo respuesta, pero carece de la misma en la actualidad.

Cualquiera sea el cuadro clínico, el tratamiento consiste en aprender a sensibilizarse a los estímulos, estar relajada, sentirse amada y libre de ansiedades.

CAUSAS

1. Hombre activo y mujer pasiva. Este estereotipo sexual resulta frustrante para muchas mujeres y puede desencadenar grandes desajustes en ambos. Para un hombre que se espera que siempre tome la iniciativa y orqueste el acto sexual nunca podrá “esperar acostado”. Él está exigido por la performance y no podrá darse el lujo de fallar. Él debe estar siempre listo. Esto origina una gran carga de ansiedad que se traduce en problemas erectivos. Mientras que en una mujer, que ha sido enseñada a no tomar la iniciativa, se sentirá frustrada por esa pasividad artificial haciendo que la relación sexual sea displa-centera.

2. Rechazo del cónyuge. Cuando la mujer está enojada o se siente explotada, engañada o maltratada por su marido, no responderá sexualmente. A diferencia del hombre, la calidad de la relación influye directamente en el desempeño sexual de la mujer. El hombre puede centrarse en las cualidades sensoriales y físicas de su compañera durante el acto sexual, ignorando cualquier aspecto negativo de su personalidad y de la calidad de la relación. En cambio, para que una mujer “funcione en la cama”, necesita tener sentimientos positivos y amorosos hacia su esposo y una buena imagen mental de él. “Si la mujer piensa que su compañero es estúpido, grosero o desleal, o si se siente repelida físicamente por él, podría tener dificultades en su rendimiento sexual, por muy bello que sea el cuerpo de él o grande su maestría como amante”.

¿Viagra femenino?

Si bien el viagra femenino todavía no ha sido descubierto, algunos medicamentos tienen un efecto positivo sobre la excitación femenina, a saber:

a) Terapia de reemplazo hormonal. La reposición de estrógenos en las mujeres menopáusicas disminuye la atrofia y mejora la lubricación, lo cual beneficia la sexualidad de la mujer. El resto de los efectos, es discutido por diversos círculos científicos.

b) Tibolona. Es uno de los fármacos usados en la terapia de reemplazo. Se lo ha considerado el viagra femenino por el efecto sobre la libido y la lubricación.

c) Terapia con andrógenos. Se utiliza de manera experimental. Representa una novedad para los casos de atrofia severa.

d) Sildenafil. Parecería que mejora las cuatro fases de la respuesta sexual. Todavía los datos no son concluyentes.

TERAPIA PARA LA FRIGIDEZ

Se emplea la misma técnica que para la ausencia de deseo (ver “pasos para aumentar el deseo sexual”).

SECRETOS DEL DORMITORIO

Sorpresas eróticas

Dar rienda suelta a la imaginación y a la creatividad favorece el desempeño sexual. Una de las técnicas de seducción más antigua ha sido incorporar juegos con cierta carga de picardía. Les proponemos:

Cambiar la posición, el lugar y el horario para hacer el amor (suele transformarse en más atractivo y excitante).

Sorprender al cónyuge con una bata sin ropa interior. La mujer puede presentarse en el dormitorio con tacos altos y totalmente desnuda. El varón puede hacer algo similar: por ejemplo, aparecer con las medias y los botines de fútbol sin nada más.

Armar esquelitas amorosas y dejarlas a la pareja en lugares en que pueda encontrarlas (mesita de luz, billetera, cartera, portafolios, etc.).

Desvestirse y arrojar las prendas de manera juguetona sobre el cuerpo del cónyuge. ¡Ojo con los botones!

Distribuir bombones y trocitos de frutas sobre el cuerpo del otro. Vendarle los ojos y proceder a degustarlos con suavidad.

CUANDO DUELE HACER EL AMOR

Dispareunia

El dolor asociado a la relación sexual se denomina dispareunia. De manera recurrente, la mujer acusa dolor antes, durante o después del coito.

La dispareunia puede ser primaria (desde el inicio de la vida sexual) o secundaria (adquirida años después del primer coito).

Vaginismo

Se denomina así a la contracción involuntaria de los músculos que rodean la vagina, tan intensa que impide la penetración del pene, lo cual imposibilita el coito.

Generalmente se observa en mujeres jóvenes, al inicio de su vida sexual, con actitudes negativas hacia el sexo, crianza estricta, rígida o con historia de abusos o traumas. Característicamente conservan el deseo y el placer sexual, pero la penetración resulta imposible. Aunque deseen con todas sus fuerzas estar con su pareja, no pueden por una respuesta corporal contraria.

Es un fenómeno **involuntario**. No debe forzarse a una relación pensando que es un capricho o un indicador de rechazo.

Se investigaron las causas de 1.000 parejas cuyos matrimonios no fueron consumados, es decir, parejas que no pudieron mantener ni una relación sexual desde que se casaron. Se examinó a las 1.000 mujeres, cuya edad promedio era de 29 años y se comprobó que estaban físicamente capacitadas para realizar el coito. Las razones esgrimidas por ellas para su abstinencia sexual pertenecían a las siguientes categorías:

- Temor al dolor en el coito inicial: 203 (20.3%)
- Opinión de que el coito es sucio o perverso: 178 (17.8%)
- Marido impotente: 117 (11.7%)
- Temor al embarazo: 102 (10.2%)
- Tamaño pequeño de la vagina: 82 (8.2%). Los exámenes físicos revelaron que los genitales de ella y los de su esposo tenían medidas normales.
- Ignorancia de la pareja en cuanto a la localización exacta de los órganos sexuales de la mujer: 52 (5.2%)
- Desagrado en extremo, respecto del pene: 46 (4.6%)
- Objeción intensa hacia el coito, a menos que se busque el embarazo: 39 (3.9 %)
- Rechazo hacia los anticonceptivos: 33 (3.3%)
- Creencia en que la sumisión de la mujer al hombre implica inferioridad: 31 (3.1%)
- Desagrado general hacia los hombres: 30 (3.0%)
- Deseo de sólo mimar maternalmente a su esposo: 14 (1.4%)
- Temor de dañar el pene del esposo: 12 (1.2%)

Si a estas mujeres se les hubiese proporcionado una educación sexual adecuada en una edad temprana, cuando menos los problemas sexuales del 80 al 85% de ellas no hubiesen existido nunca o no hubieran persistido, en caso de presentarse. ¹⁰

Causas generales

- **Educación sexofóbica.** Los principios religiosos y familiares muy rígidos y contrarios a una sexualidad placentera pueden llevar a la mujer a generar vaginismo o dispareunia por sentimientos de intensa culpa ante el placer que podrían sentir.
- **Experiencias sexuales negativas en la infancia.** Los intentos de violación, antecedentes de abuso sexual o incesto impiden el “abandonarse” al encuentro sexual.
- **Temor al embarazo.** La contracción espasmódica de los músculos pubococcígeos se produce ante la más mínima posibilidad de coito fecundante.
- **Desinformación sexual.** El miedo a desgarrarse o “romperse” internamente a consecuencia de la penetración, debido a un desconocimiento de los genitales propios y los del cónyuge, suele ser una causal frecuente.
- **Estimulación inadecuada.** Tanto la inexperiencia como la rudeza del marido en las primeras experiencias sexuales pueden ocasionar vaginismo o dispareunia.
- **Hostilidad y rechazo a la pareja.** El rencor y los desacuerdos pueden expresarse a través de cualquiera de los dos cuadros que venimos tratando.
- **Respuesta secundaria al dolor.** El vaginismo puede aparecer como consecuencia de la dispareunia.

Causas locales

- Infecciones que produzcan inflamación intensa y dolor a nivel genital o urinario.
- Anomalía en el desarrollo de los genitales (causa muy rara).
- Atrofia genital posmenopáusica.

- Cicatrices dolorosas, traumatismos locales o cirugías.
- Reacciones alérgicas.

Cómo superar este problema

1. Reconocer la causa: generalmente obedece a una combinación de factores físicos y psicológicos. Es importante una consulta ginecológica previa para descartar posibles problemas orgánicos y prescribir anticonceptivos en caso de que la pareja no cuente con un método. El varón debería consultar con el urólogo para evaluar la función eréctil. Una vez realizados estos pasos iniciales, es muy importante que la pareja lea acerca de la sexualidad y se informe de la genitalidad femenina y masculina a fin de que los temores por la desinformación se disipen definitivamente.

2. Compartir el problema: se insiste en la buena comunicación de los cónyuges, elemento esencial en el éxito de la terapia. Si se registran graves discordias entre los esposos, la terapia tenderá al fracaso.

3. Iniciar el tratamiento: el proceso se inicia a partir de un grupo interdisciplinario de trabajo. Ya hemos mencionado la consulta con el ginecólogo y el urólogo. Una vez finalizado este requisito previo, se procederá a practicar una de las técnicas más difundidas para estos casos (siempre que no exista causa orgánica, la que debería ser tratada antes de hacer la terapia), que se basa en desensibilizar la entrada vaginal de manera progresiva.

Comenzará la esposa por examinarse físicamente con un espejo y reconocer ella misma el fenómeno de contracción muscular cuando intenta introducir un dedo. Compartirá con su esposo los hallazgos.

Luego, disfrutarán juntos de un tiempo de caricias, abrazos y besos que permita la estimulación sexual de la esposa. De acuerdo con la preferencia personal (ella misma o su esposo) y con ayuda de una jalea anestésica, intentarán introducir lenta y muy suavemente un dedo en la vagina. Si la mujer tolera un dedo, acabarán allí.

En la próxima sesión intentarán llegar al mismo punto, a fin de que ella se acostumbre a esa sensación. Poco a poco, avanzarán en cada encuentro

hasta colocar dos dedos, sin prisa, teniendo en cuenta la respuesta de la esposa. Es fundamental no forzar ni apresurar las etapas, a fin de que las sensaciones eróticas se desarrollen y logren expresarse sin inhibiciones. El tiempo que llevará cumplir esta primera etapa dependerá de cada pareja (por lo general, de una a varias semanas), con varios encuentros durante ese tiempo. El momento de intentar la penetración es cuando se ha logrado introducir dos dedos sin que se presenten espasmos. Es imprescindible una buena lubricación tanto del pene como de la entrada vaginal. El esposo lo introducirá con lentitud, descansando dentro de ella todo lo que la esposa tolere (se recomienda sólo algunos minutos); luego saldrá con lentitud, para permanecer abrazados, compartiendo el resultado de la experiencia y comunicándose mutuamente amor y ternura. Suele ser aconsejable que la mujer esté arriba para dirigir la penetración. El esposo no llegará al orgasmo por coito sino después que la esposa se acostumbre y disfrute de la penetración, lo cual llevará un tiempo. Este proceso de desensibilización es bastante fácil para algunas; pero para la mayoría genera ansiedad aguda que normalmente es anticipatoria a la penetración; una vez introducido el pene se observa un fuerte descenso de la ansiedad.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Juegos inocentes

El buen humor, el espíritu sosegado y los momentos divertidos tienden a distender y relajar a las personas haciendo que las relaciones sexuales se disfruten más.

En nuestro diario vivir, estamos tan acostumbrados a que todo se hace con prisa, fechas topes y una seriedad total (aun nuestras relaciones sexuales) que vivimos opacamente, lo cual es una verdadera lástima, ya que la vida debería ser placentera en su mayor parte.

El dormitorio es uno de esos lugares, lleno de momentos dulces.

Les proponemos:

1. Cosquillas. “Hacer el sexo más divertido no significa trivializarlo ni convertirlo en un chiste. Se puede jugar y reír manteniendo el respeto, la confianza y el cariño”.¹¹ ¡Sorprender al otro con una persecución para hacerle cosquillas suele ser muy divertido!

2. Caricias juguetonas, con plumas o algo perfumado y suave. Puede ser una manera de despertar al amante para decirle lo lindo que es vivir juntos o para seducirlo a mitad del sueño.

3. Actos pícaros. Una vez que han comenzado a jugar, pueden ir más allá y hacer el amor con la ropa puesta, como si fuera parte del mismo juego.

CAPÍTULO III

EL ORGASMO

*“Si quieres disfrutar del amor
disfrútalo con tu esposa.
¡Guarda tu amor sólo para ella!
¡No se lo des a ninguna otra!
No compartas con nadie
el gozo de tu matrimonio”.*

Proverbios 5:15-17

EL ORGASMO

Llevo varios años de casada y no puedo definir con exactitud si he tenido orgasmos o no, ¿pueden decirme cómo se siente? Agradecería una respuesta específica.

Carmen, 32 años.

El orgasmo es difícil de explicar con palabras. Es como intentar explicar el bostezo o el estornudo. Sin embargo se define como la liberación repentina de la tensión muscular y nerviosa en una experiencia de placer físico intenso vivenciado por cada persona de una manera particular y única. También puede definirse como un reflejo, por lo cual debemos considerar que cada persona tiene un umbral distinto para experimentarlo.

Siempre me he preguntado por qué los hombres llegan fácilmente al orgasmo por penetración; mientras a nosotras las mujeres, nos cuesta tanto.

Jorgelina, 27 años.

La razón es muy sencilla. Durante el coito, el glande del pene, la zona más sensible del varón, es estimulada directamente por las paredes vaginales. La fricción y el roce permiten la excitación y el orgasmo. La mujer, en cambio, recibe la estimulación del clítoris de manera indirecta, por lo que se le hace más dificultoso llegar a un orgasmo. Por eso, la anorgasmia es la disfunción sexual más frecuente en la mujer.

La realidad estadística demuestra que algunas mujeres nunca tienen orgasmos (del 30 al 35%); otras sólo lo alcanzan a solas mediante la autoestimulación (del 20 al 25%); hay quienes lo alcanzan con el coito más una estimulación clitorídea adicional (del 25 al 30%); existen además las que lo logran mediante el coito sin estimulación adicional (del 20 al 25%), y por fin, existen las que son capaces de lograr un orgasmo sólo con fantasías eróticas o mediante la estimulación de los pechos o del beso (1 al 2%). Entre un 33 a un 55% del total de las mujeres experimentan orgasmos sólo en algunas oportunidades y no están satisfechas con esa frecuencia.

¿ORGASMO POR PENETRACIÓN?

En la primera relación con mi esposo experimenté un orgasmo por penetración, fue hermoso. El problema es que nunca más lo sentí. Sólo lo alcanzo cuando él me acaricia el clítoris, ¿existe algún consejo para lograr el orgasmo por penetración?

Popularmente se cree que el orgasmo se produce exclusivamente por la penetración. Cuando esto no ocurre – que ciertamente sucede en la mayoría de los casos – surgen preocupaciones acerca del tamaño de la vagina, del pene (muy pequeño, demasiado grande), dudas como amante o de la capacidad sexual del cónyuge.

En realidad, sólo 2 de cada 10 mujeres pueden alcanzar el orgasmo durante el coito. La gran mayoría sólo llegan por estimulación del clítoris. Lo que para la gente es “normal”, es decir, el orgasmo por penetración, en realidad, las investigaciones demuestran que constituye la excepción.

El clítoris sirve únicamente para el placer sexual, por esta razón tiene tantas terminaciones nerviosas y es tan exquisitamente sensible; mientras **la vagina sirve para ensancharse y parir**, por eso tiene pocas terminaciones nerviosas y, por ende, poca sensibilidad. Tal vez, a esta altura, podríamos

preguntarnos: ¿de dónde surgió la idea de que la mujer tiene que experimentar orgasmo por la penetración?

Concluimos, pues, en que si una mujer no llega al clímax mediante la penetración no quiere decir que sea neurótica o sexualmente inadecuada; tampoco es que su esposo sea un mal amante. Significa simplemente que es normal. “A menudo nos parece atractivo lo que no experimentamos. Si no tenemos orgasmos múltiples u orgasmos con la penetración, pensamos que esas experiencias deben ser superiores a las nuestras. Por lo tanto, nos empeñamos en ellas, como en alcanzar la hierba más verde que crece al otro lado de la valla”.¹²

Sin embargo, si desea experimentar el orgasmo por penetración deberá buscar las posiciones sexuales que le permitan moverse con facilidad y orquestar el acto sexual, a fin de lograr el roce con la zona clitorídea; preferentemente aquéllas en que la mujer está arriba.

¿DIFERENTES ORGASMOS?

Freud creía que la mujer tenía dos tipos de orgasmos: uno inmaduro clitorídeo, y otro vaginal o maduro. Al clitorídeo lo denominaba infantil y al vaginal maduro, porque lo asociaba al “placer” de la penetración. Sin embargo, la sexología ha demostrado que existe un solo tipo de orgasmo y ocurre no por la penetración, sino por estimulación de la zona clitorídea. El clítoris es el centro y el disparador del orgasmo femenino, pero ¡cuidado!, no es un “botón automático”, es necesario estimularlo de una manera gratificante, y eso depende de cada mujer; es tan personal, que algunos estudiosos hablan de la “huella dactilar del orgasmo” indicando lo individualmente único de esa experiencia.

¿ORGASMO SIMULTÁNEO?

Algunas décadas atrás se enseñaba que el orgasmo simultáneo significaba máximo placer y el fin último de la experiencia sexual. De esa manera, muchos esposos se daban al esfuerzo de tratar de armonizar sus orgasmos, lo que usualmente producía una pérdida de la espontaneidad.

Habrán ocasiones cuando pueda ocurrir que ambos experimenten un orgasmo al mismo tiempo, pero no es la generalidad y debe considerarse como una

simple coincidencia, eliminando la creencia popular de verlo como “el ideal de unión”.

El objetivo se cumple cuando en amor y comprensión, sin prisas, ambos quedan plenamente satisfechos en cada encuentro sexual.

¿EYACULACIÓN FEMENINA?

Las mujeres que tienen un desarrollo especial de las glándulas de Skene son las que eyaculan durante el orgasmo. Producen un líquido que no es orina y que es eliminado durante la actividad sexual cerca de la uretra femenina (en algunas mujeres, este líquido ha llegado a mojar parte de la cama). No se la debe confundir con la lubricación vaginal ya que ésta se produce al comienzo de la excitación sexual.

El Kama-Sutra se refiere a la eyaculación femenina en estos términos: “el semen de las mujeres se continúa escurriendo desde el inicio hasta la finalización de la relación sexual, lo mismo que el semen masculino”. Los griegos creían que si la eyaculación masculina se juntaba con la femenina, la mujer quedaba embarazada.

¿POR QUÉ LAS MUJERES FINGEN ORGASMOS?

Es más fácil para las mujeres fingir placer que para los hombres. Caldiz y Resnicoff afirman: “a veces las mujeres fingen un gozo no sentido... Las causas pueden ser varias: vergüenza de mostrarse fría, miedo al enojo del compañero, ganas de sentirse y mostrarse super-femenina, gratificación económica, falta de confianza en sí misma y cien buenas razones más...”.

ORGASMO EN LA MUJER

Como respuesta a la estimulación sexual se producen una serie de cambios genitales que tienden a propiciar el orgasmo:

- La lubricación vaginal comienza de 10 a 30 segundos después de iniciada la estimulación.

- Los labios mayores, menores y el resto de la vulva se agrandan.
- La vagina se alarga, aumenta su tamaño y se pone de un rojo rutilante.
- El útero modifica su posición y se eleva para permitir que la vagina se ensanche.
- El tercio externo de la vagina se estrecha por la congestión vulvar, lo que facilita el orgasmo.
- El clítoris comienza a contraerse, lo cual significa aumento en la excitación y cercanía al orgasmo. Este es el momento para la penetración, ya que los niveles altos de excitación impiden el dolor y las molestias que suelen ocurrir cuando hay poca estimulación.
- En el resto del cuerpo se observa la llamada miotonía, que es el aumento en la tensión de todos los músculos del cuerpo. Los pezones se ponen turgentes y las mamas aumentan hasta un 50% de su tamaño. Aumentan la frecuencia cardiaca, la respiración y la presión arterial.

El orgasmo propiamente dicho comienza con contracciones rítmicas que se producen cada 0,8 segundos, son de 3 a 15 en total y ocurren en la plataforma orgásmica (tercio externo de la vagina, músculos del periné, útero y ano), presentándose las primeras más fuertes para, luego, ser más débiles y espaciadas. El útero se contrae en forma irregular. Ese espacio de tiempo (medido en segundos) puede prolongarse por más de un minuto debido a las sensaciones musculares que acompañan al orgasmo. El orgasmo provoca la expulsión de la sangre acumulada en las zonas genitales. Cuando no se producen estas contracciones orgásmicas, es probable que la mujer tenga por algunas horas, una sensación de pesadez o dolor en el bajo vientre.

ORGASMO EN EL HOMBRE

Al inicio de la erección, se cierra el paso entre la vejiga y la uretra, haciendo imposible la salida de orina.

El pene, una vez erecto, no muestra grandes cambios, excepto que puede observarse por la punta del pene alguna que otra gota de líquido claro llamado “la gotita fisiológica”, cuya función es alcalinizar el conducto por el que pasarán los espermatozoides. Durante esta fase, al igual que en la anterior, la erección puede perderse y recuperarse varias veces en un juego amatorio prolongado sin que signifique problema. Es una reacción normal del organismo.

Esta etapa corresponde al coito en sí, es decir, al tiempo de la penetración. Como consecuencia de la relación sexual, se intensifican todos los fenómenos mencionados durante la excitación, es decir, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y de la presión arterial. La corona del glande se pone más turgente, los testículos se elevan más y aumentan su tamaño (hasta un 50% de su volumen). Aparece el rubor sexual o se intensifica si apareció antes. Puede producirse la erección de los pezones. Todo el cuerpo aumenta su tonismo y esa tensión acumulada sirve como preparación para el orgasmo.

El orgasmo en sí comienza con espasmos, contracciones o “palpitaciones” rítmicas del pene, los músculos de su base, la uretra, la próstata, las vesículas seminales y los vasos deferentes, implicando luego a todo el cuerpo. Por medio de estas contracciones se expelen el semen en forma de varios chorros rápidos que pueden fluir a corta distancia o a distancia considerable; pero este hecho no guarda relación con la fuerza o virilidad del hombre. La cantidad de semen que se eyacula varía entre 1 y 5 ml, lo que depende del tiempo transcurrido entre una relación sexual y otra. Si se producen varias eyaculaciones en un lapso corto, es probable que la cantidad sea más escasa.

Después de la experiencia del orgasmo, los órganos sexuales y el cuerpo entero requieren de cierto tiempo para relajarse y recuperar el estado anterior de reposo, previo a la estimulación sexual. El signo visible más importante en el hombre es la pérdida de la erección (a mayor duración del estímulo sexual, mayor es el tiempo que necesita para perder enteramente la erección).

Nota: El hombre no puede responder a un nuevo estímulo sexual hasta pasado algún tiempo (desde algunos minutos hasta varios días); en otras palabras, no puede volver a tener erección y orgasmo hasta pasar por ese

período llamado “refractario”, cuya duración es variable según el hombre y la edad (más corto en los hombres jóvenes y más prolongado en los de mayor edad). Por este hecho, el hombre no puede ser multiorgásmico.

CUADRO COMPARATIVO DEL ORGASMO

MUJER

- Es el punto máximo de placer sexual y dura pocos segundos.
- Comienza en la región genital pero involucra el cuerpo entero.
- Se percibe como contracciones rítmicas rápidas, 3 a 4 en menos de un segundo, para después ser más débiles, hasta pasar a una relajación completa.
- No hay eyaculación con el orgasmo.
- Puede ser multiorgásmica, es decir, experimentar varios orgasmos en una sola relación.
- La ausencia del orgasmo es el problema sexual femenino más frecuente.
- No es necesario el orgasmo para quedar embarazada.
- Generalmente el orgasmo se experimenta por estimulación clitorídea y no por penetración.

HOMBRE

- Es el punto máximo de placer sexual y dura pocos segundos.
- Comienza en la región genital y luego involucra todo el cuerpo.
- Se percibe como contracciones rítmicas rápidas del pene, los músculos de la base, la próstata, las vesículas seminales y los vasos deferentes, etc.
- Se acompaña de la eyaculación. Aunque son dos fenómenos distintos, van juntos.
- Presenta un solo orgasmo por cada relación sexual. Después, entra en el “período refractario”, tiempo en el que no podrá tener una nueva erección u orgasmo.
- Es muy raro que un hombre no tenga orgasmo.

DESPUÉS DEL ORGASMO

Después del orgasmo se invierten los cambios acaecidos durante la relación sexual.

Todo fue una explosión de fuerza, pasión y ternura, como una tormenta recia de verano. Ahora, los cuerpos retornan a la normalidad quedando una sensación de sosiego y suave calma que invita al descanso.

Si no se experimentó el orgasmo, suele sentirse insatisfacción y molestia en la zona genital provocada por la gran cantidad de sangre acumulada durante la excitación.

En el siguiente cuadro es posible apreciar las diferencias por sexo:

MUJER

- Después de un orgasmo, es posible lograr otros sucesivos (dependiendo de la estimulación). A esto se denomina **capacidad multiorgásmica**.
- Los pechos, el útero, la vagina y el clítoris retornan a su tamaño y posición normal.
- Desaparece el rubor sexual.
- La tensión muscular disminuye.
- La presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración se normalizan.
- El cuello del útero permanece abierto para recibir los espermatozoides.

VARÓN

- No posee capacidad multiorgásmica. Una vez finalizado el orgasmo entra en el período refractario, durante el cual es imposible tener erección, orgasmo o eyaculación.
- Después del orgasmo se pierde la erección, en dos tiempos: primero, una pérdida rápida y parcial. Luego, en una etapa más lenta, la pérdida total.
- Los testículos se empequeñecen y vuelven al escroto.
- Desaparece el rubor sexual.
- La presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración se normalizan.

TEST DEL ORGASMO: ¿LO EXPERIMENTÓ UN HOMBRE O UNA MUJER?¹³

Estudiosos de la sexualidad no fueron capaces de diferenciar con claridad si quienes relataban estas historias acerca del orgasmo eran hombres o mujeres.

Lean cada descripción y adjudíquenla al género que les parezca.

Las respuestas figuran al final.

1. Fue como una explosión moderada que me reconfortó y distendió, después de un ardor cauterizante que empezó en los genitales y se extendió en un instante desde los pies a la cabeza.

2. Mis orgasmos son como palpitantes estallidos de energía que empiezan en la zona pélvica y luego me inundan todo el cuer-po. A veces me parece que me precipito al vacío en caída libre y otras tengo la impresión de que mi cuerpo es una gran orquesta que interpreta un gran crescendo.

3. A veces los orgasmos son de un ardor y vehemencia inauditos, estremecedores, pero en ocasiones producen la sensación de momentos fugaces, densos y estancos.

4. Noto un torrente de calor que me va de los pies a la cabeza, acompañado de un fuerte ritmo palpitante. Después todo se calma, como en un crepúsculo rosado.

5. Me siento como el tapón de una botella de champán en el momento de descorcharla.

6. De repente, después de una enorme tensión acumulada, me sentí como si me proyectaran al firmamento, y continué su-biendo y subiendo, recibiendo el aire fresco que rompía en mis costados. Me cosquilleaban las entrañas y tenía la piel fría. El corazón me palpitaba con fuerza y me costaba respirar.

1 (Hombre). 2 (Mujer). 3 (Hombre). 4 (Hombre). 5 (Mujer). 6 (Mujer).

DESPERTAR LOS SENTIDOS

Tanto el hombre como la mujer son fuertemente excitables a través de los sentidos. Cantar de los Cantares es un libro vívido de emociones, lleno de comparaciones que nos llevan a través del tacto, el gusto, el olfato, el oído y la vista a un universo de exquisitas sensaciones. Sabores agradables, fragancias dulces, caricias suaves, besos tiernos y palabras amables forman un torrente de belleza sensorial, marco especial para el romance conyugal.

1. La vista. *“A los ojos de mi amado, yo no podría ser más bella”* (8:10). No dice que ella es perfecta, sino que ante los ojos de su esposo sí lo es. La belleza es subjetiva y está sujeta a cánones culturales, pero qué liberador es apreciar nuestra identidad como única y bella. La aceptación saludable del cuerpo es esencial para sentir placer, así como para saber darlo. En general, el hombre se excita más por la vista que por cualquiera de los otros sentidos. Mirar la cara y los gestos, los cuerpos y sus movimientos es un privilegio tanto del hombre como de su esposa, y forma parte de la comunicación íntima no verbal. ¿Por qué desaprovecharla? Podemos apelar a recursos visuales clásicos, desde una simple mirada provocadora: *“amada mía, desde que me miraste mi corazón te pertenece”* (4:9), hasta el uso de lencería fina, tacos altos, bijuterie, etc. en el caso de la mujer, o diversos colores de ropa interior en el varón.

2. El oído. Es un punto muy sensible. Normalmente, las mujeres se excitan por medio de palabras dulces y cariñosas. Cantar de los Cantares es abundante en palabras de afirmación, en halagos y en la valoración del otro: *“eres bella, amada mía; bella como la ciudad de Tirsá, hermosa como Jerusalén, majestuosa como las estrellas”* (6:4). Es que el amor nos impulsa a pensar lo mejor, a decir lo más bello, a dar lo más tierno.

3. El olfato. *“El paraíso de tus pechos es un huerto de manzanos. Hay en él nardos y azahares, los más variados aromas, y las más finas especias”* (4:13-14). Nuestra nariz puede discriminar 10.000 olores diferentes. Si Dios quisiera que fuera insignificante, ¿para qué nos creó tan exquisitos? Los aromas agradables provenientes de perfumes, flores y aceites esenciales estimulan a ambos sexos por igual. No es patrimonio de las mujeres. Un hombre con olores desagradables es el repelente más fuerte para una mujer

apasionada. Acicalarse y perfumarse debe ser una tarea para el hogar y no sólo para ocasiones especiales.

4. El gusto. Por medio del paladar es posible ingresar al universo de los sabores. “*Son tus labios un panal, amada mía; de tu lengua brotan leche y miel*” (4:11). “*Tus pechos se volverán dos racimos de uvas, y tu aliento tendrá fragancia de manzanas*” (7:8). Las frutas son un excelente aperitivo erótico. No es por el poder nutritivo en sí, sino por la manera en que se degustan que pueden provocar excitación en la pareja.

5. El tacto. La piel es el órgano más extenso de nuestro cuerpo y un mar inmenso de posibilidades. Cuidarla es fundamental, ya que es el primer sitio de contacto físico, el sentido de mayor efecto sensual y que incide directamente en la intimidad. “*Prefiero tus caricias, más que el vino*” (1:2). Las caricias, los toques suaves y la ternura expresada en el tacto son probablemente habilidades no del todo explotadas, pero ¡cuánto ayudan!

EL ORGASMO Y EL PLACER

Una amiga me comentó que disfruta mucho de su intimidad. Habló de cosquilleos profundos y de sensaciones fantásticas cuando llega al orgasmo. Me gustaría sentir lo mismo. ¿Se puede mejorar el placer del orgasmo?

Pamela, 38 años.

La respuesta es un rotundo sí.

Implica animarse a descubrir sensaciones nuevas, a la vez que quitar todo prejuicio que impida el placer.

Cuando el esposo busca la satisfacción de su esposa y no la suya propia, destinará un tiempo para expresar con caricias, abrazos, besos y palabras, su interés.

Al observar la respuesta positiva en ella, él mismo disfrutará y, si la estimulación y el período de excitación ocurren por un lapso tal que permita una erección mayor a 20 minutos, el orgasmo probablemente será más intenso en el hombre. Un período de estimulación equivalente en la mujer le asegura altas posibilidades de un orgasmo, ya que está demostrado que la

estimulación continuada es el factor decisivo en la respuesta sexual femenina. **Muchas mujeres señalaron que la estimulación erótica previa al acto sexual era el aspecto más importante del encuentro sexual.**

Sin embargo, no queremos decir que un acto sexual sea mejor por el simple hecho de durar más. Eso es un mito; la mayoría de los matrimonios han referido un acto sexual o coito de 12 a 15 minutos contado a partir del momento de la penetración, como muy gratificante para ambos, sin considerar el tiempo previo de estimulación. La mujer está mejor equipada biológicamente para experimentar más de un orgasmo durante una misma relación sexual. Por ello, apenas el esposo haya eyaculado, puede seguir estimulando la zona clitorídea para que su esposa experimente otro orgasmo si ella lo desea, aunque muchas mujeres expresan completa satisfacción con uno solo.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Cambiar la posición

En muchas librerías se exhibe una agenda con 365 posiciones para hacer el amor; una para cada día del año. Pero no se obsesionen con esto: “el acto sexual no debe convertirse en una proeza deportiva o una experimentación de laboratorio. Es la expresión del amor, y comprende manifestaciones físicas y emocionales muy íntimas. Las diversas posturas y juegos sexuales deben realizarse en función del placer mutuo y compartido, con la mayor libertad e intensidad posible”.¹⁴

Algunas posiciones producen mayor roce con el clítoris, otras dan mayor profundidad en la penetración. Deben probar. Cada uno de ustedes proponga una nueva posición o invente una que nunca hayan intentado.

CUANDO LA MUJER NO ALCANZA EL ORGASMO

Debemos distinguir:

1. Las que nunca experimentaron orgasmo.
2. Las que lo experimentaron en alguna etapa, pero no en la actualidad.
3. Las que no siempre tienen orgasmo.

1. Las que nunca experimentaron orgasmo: suelen ser mujeres mayores o de mediana edad. Las causas pueden ser:

a) Mitos y prejuicios. Por ejemplo, que la mujer “decente” no goza. Asocian el acto sexual con el pecado o el goce con las prostitutas. De niñas les enseñaron que el sexo era malo y sucio. Fueron criadas para ser “decentes”, “agradables” y “buenas”. La mujer así educada estará dispuesta siempre a dar, pero nunca a recibir placer. No se relajará para disfrutar de la intimidad con su esposo.

Alejandra se había casado a los 35 años. Desde el inicio de su matrimonio no pudo sentir placer de ninguna manera. Había recibido el mensaje de que el sexo era perteneciente a la naturaleza carnal y que la alejaba de una vida santa. Aunque intelectualmente sabía que esto era erróneo y amaba a su esposo, no podía evitarlo, era mayor el desagrado que el placer, a pesar de los esfuerzos amorosos de su esposo, quien últimamente había desistido de tener relaciones para evitar que se sintiera mal.

b) Desconocimiento de la anatomía y su funcionamiento. Muchos hombres y mujeres no han visto con detalle los genitales y carecen de la información anatómica básica.

c) Comunicación sexual escasa. Generalmente da vergüenza hablar de los **deseos sexuales**. Reprimir, no comunicar lo que se siente, pensar que “él conoce o debería conocer” es la excusa perfecta para evitar el hablar de “eso” que da vergüenza. **¡Pero nadie puede leer la mente del otro, de ahí la necesidad de la comunicación por medio de palabras, gestos que se entiendan y mensajes claros!**

Marta, de 45 años, manifestó en la entrevista personal que nunca habló abiertamente de sus necesidades sexuales con su esposo. El sexo era para

ella un deber matrimonial tedioso y desagradable.

En la sesión de terapia le sugerimos la necesidad de comunicar sus necesidades sexuales a su esposo, a lo que se negó rotundamente porque estaba convencida de que él tenía que saber lo que ella necesitaba.

2. Las que lo experimentaron en alguna etapa, pero no en la actualidad. Las causas son:

a) Experiencias traumáticas.

Sandra disfrutaba plenamente de las relaciones sexuales con su esposo. Sin embargo, hubo una experiencia emocional muy fuerte que hizo que jamás volviera a tener orgasmo: la aventura amorosa de su esposo con una compañera de trabajo.

Otras veces, la enfermedad o muerte de un ser querido genera estrés y angustia que se pueden traducir en ausencia, no sólo de orgasmos, sino también de deseo sexual.

b) Temor o miedo al rechazo.

Laura sufrió el abandono repetido de su marido. La primera vez, a pocos meses de la boda porque – según él – “ella no era lo que esperaba” y volvió a la casa de su madre. Al tiempo, se arrepintió y regresó con ella, pero con una actitud fría y distante. Siempre reprochaba por la comida, la limpieza, el trato, etc. Coincidentemente con esas circunstancias, ella dejó de disfrutar del sexo.

c) Tediosa rutina. La exigencia de horarios lleva a que la mujer se involucre en relaciones breves y con pocos juegos preliminares que no le permiten alcanzar la excitación necesaria para el orgasmo.

3. Las que no siempre tienen orgasmo. Es el grupo más numeroso. Las causas más frecuentes son:

a) Cansancio. Los roles sociales que desempeña una mujer: profesional o laboral, madre, hermana, amiga, ama de casa y amante, muchas veces la dejan sin ganas de embarcarse en la búsqueda del placer. Los expertos

empiezan a hacer hincapié en que la mayor amenaza para la satisfacción sexual femenina podría ser social.

b) Estrés, mal humor, discusión acalorada con alguna persona y mil razones más. Limitar nuestra sexualidad y olvidar el orgasmo no es bueno, natural ni saludable, ya que la excitación sexual provoca aumento del flujo sanguíneo en la zona genital y puede provocar congestión pélvica y dolores crónicos. El orgasmo representa la liberación de la tensión sexual, con la posterior relajación.

CÓMO SUPERAR LA ANORGASMIA

La buena calidad en la relación matrimonial es fundamental para superar este problema sexual. Que ella no tenga orgasmo es un problema de los dos porque es en la relación donde falta el placer; de ahí que se trate a la pareja.

Algunos consejos:

- **Suspendan durante dos semanas las relaciones sexuales** para aprender nuevas maneras de comunicarse el amor que sienten.
- **Reaviven el romanticismo.** Inviertan tiempo en ustedes como pareja. Esos instantes son el regalo más íntimo que pueden dar. Planifiquen un fin de semana solos, sin hijos y en un lugar confortable. Es el momento ideal para aprender cosas nuevas, sacar a pasear la curiosidad, redescubrir el encanto de los primeros encuentros, volver a enamorarse con ojos renovados. No se limiten a “cumplir” con la pareja repitiendo siempre la misma actuación. Echen a volar la imaginación, estimulen la creatividad y mantengan la mente abierta a nuevas experiencias.
- **Agreguen estimulación genital sin penetración.** Si reconocen problemas añadidos, por ejemplo que les hayan dicho que el sexo es algo malo y no les enseñaran a vivirlo con libertad, quizá se sientan culpables, inseguros o con vergüenza frente a la sexualidad y el placer.

Sin embargo, el sexo en el matrimonio es uno de los mejores placeres, agradable a los ojos de Dios.

Les proponemos que, casi jugando, descubran cada parte de los genitales (pueden leer el capítulo siguiente para orientarse). Sería bueno que logran reconocer y tocar suavemente cada estructura, sobre todo el clítoris (dónde está y cómo se siente cuando está flácido o erecto). Entre las posiciones corporales que facilitan la estimulación, es aconsejable que el hombre se coloque detrás de la mujer, la espalda de ella sobre el pecho de él, con sus piernas dentro de las de él. Eso permite al esposo tener las manos libres para acariciar los pechos y la zona genital de su esposa, a la vez que proveerle de seguridad, intimidad y cuidado por la proximidad física. Otra manera es de costado, con un brazo rodeando su cuello y atrayendo su cabeza hacia el pecho del esposo, y con la otra mano acariciar suavemente la zona genital. Suele ser muy excitante que ella coloque la mano suya sobre la mano de su esposo y dirija cada movimiento. Si la mujer expresa que no siente nada o que es muy sensible al tacto, se puede agregar lubricantes acuosos o aceite para bebés. Una vez comenzado el masaje sobre los genitales, mantener la proximidad y el contacto físico son la clave de una buena estimulación. Lo mismo que comenzar en zonas próximas (muslos, rodillas, bajo vientre, etc.) y, poco a poco, llegar hasta los genitales. Se pueden usar uno, dos y hasta tres dedos para estimular el clítoris. Comenzar deslizando los dedos hacia adelante y atrás. Si es muy pequeño, comenzar en círculos. A medida que aumente la excitación en la mujer, incrementar lentamente la presión. Si la mujer lograra el orgasmo en esta etapa, apenas lo alcance, las caricias y los masajes deben ser muy suaves porque el clítoris en ese momento es extremadamente sensible.

Cuando logren disfrutar de la estimulación genital; entonces pasarán a la siguiente etapa.

- Practiquen el coito con estimulación clitoridea adicional. La mayoría de las mujeres llegan al orgasmo al ser estimuladas en el clítoris. En la posición lateral o de costado, el hombre tiene sus manos libres para acariciar y estimular la zona clitoridea hasta el momento inmediatamente anterior al orgasmo y permitir, luego, que los movimientos propios del coito pongan en acción el reflejo orgásmico.

Existen varias posiciones cómodas que permiten simultáneamente el estímulo clitorideo y la penetración, a saber: lado a lado; la mujer encima o el hombre arrodillado sobre la cama y la mujer con sus piernas abiertas.

En algunos casos, durante esta etapa, puede manifestarse que la entrada vaginal esté floja y la pareja no pueda determinar las sensaciones porque no hay fricción entre el pene y las paredes vaginales. Si esto ocurre, habría que ejercitar los músculos del amor, ya que ayudan a fortalecer la zona que rodea a la vagina logrando excelentes resultados.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Ejercitar los músculos del amor

El tono muscular disminuye con los años. De ahí que muchas parejas desde la edad media en adelante, sobre todo si son sedentarios, perciban como que el pene “baila” en la vagina porque no hay suficiente fricción o roce entre el pene y las paredes vaginales.

La manera de prevenir o corregir este inconveniente es con la ejercitación de un grupo muscular pelviano que tiene forma de ocho en la mujer y se ubica alrededor de los orificios vaginal y anal; mientras que en el varón está en la raíz del pene y alrededor del ano.

El entrenamiento y el ejercicio para fortalecer “los músculos del amor” han reportado múltiples beneficios.

Lo primero será reconocer y familiarizarse con los músculos del fondo pélvico. Para ello es necesario ir al baño, comenzar a orinar y detener abruptamente el chorro. Los músculos que se contraen para permitir este acto serán los que trabajarán en adelante.

Cada uno de ustedes, en el tiempo que disponga hará estos ejercicios que, como nadie los nota, puede practicarlos mientras trabaja, mira TV, etc.

El ejercicio básico consiste en contraerlo y relajarlo 15 veces al inicio, hasta alcanzar 100 repeticiones, 3 veces al día. Para realizarlos no deben estar en el baño u orinar, sino que con la vejiga vacía, en momentos distintos del día, contraerán y relajarán el grupo muscular que identificaron al orinar.

Después de 6 semanas comenzarán a notarse los resultados.

Ejercitar los músculos del amor ha demostrado que previene en la mujer los prolapsos de bajo grado, fortalece la vagina después del parto, mejora la lubricación en las posmenopáusicas, permite un mayor placer para ambos miembros de la pareja porque se percibe la vagina más ajustada al pene e intensifica el orgasmo, además de que permite acceder más fácil a él. Se sabe de mujeres que tras meses de entrenamiento, han comenzado a experimentar por primera vez orgasmos múltiples. En el varón, mejora el control eyaculatorio, incrementa el orgasmo, y algunos, logran tal grado de control que pueden mover el pene a voluntad.

EYACULACIÓN PRECOZ

Martín mira su reloj. Terminó la jornada de trabajo. Ya es hora de regresar a casa.

Otra vez lo invaden esos sentimientos encontrados. Quiere y no quiere volver. “Que no vuelva a repetirse nuevamente – piensa para sus adentros – veré como me las arreglo para evitarlo”.

Once de la noche. Las niñas finalmente se durmieron. Ella intenta acercarse. Siente sus brazos tibios y el roce de su piel, y se pone tenso, muy nervioso. “No podré – piensa. Será un nuevo desastre”. Rechaza las caricias.

Desea ese calor, ese contacto, esos pechos tibios que tan-to le gusta tocar, pero siente que esa ola de calor lo invade y no quiere volver a saborear el fracaso de “acabar” antes de empezar.

Analía interpreta el rechazo como un “ya no te quiero”. Es que con los embarazos había aumentado de peso, perdiendo las curvas que tanto le agradaban a él. Su redondez le daba rabia. Esa noche, después de tantas similares, habló por vez primera de separación.

Martín se sentía un fracasado, un inútil como hombre. Ella se merece alguien mejor – musitó despacio – y con un suspiro de resignación le dijo que quizás era lo mejor.

Allí los conocimos.

AUTO-TEST

Lean cada enunciado y contesten.

Momentos antes del acto sexual es común que al esposo le transpiren las manos, tenga taquicardia, sensación de ahogo, nerviosismo y ansiedad. (Si presenta al menos dos de estas manifestaciones marquen sí). Si No

¿La penetración dura menos de 5 minutos?

¿Los juegos previos duran menos de 5 minutos?

¿Intentan una segunda relación para compensar el poco tiempo de la primera?

Solo para el esposo

¿Puede decidir el momento en el cual eyacular?

¿Eyacula con pocos movimientos (menos de 30)?

¿Es más importante dar placer a su esposa que su propio placer?

¿Antes o durante la relación busca distraerse para evitar “acabar”?

¿Usó condones, pomadas u otra cosa para “disminuir la sensibilidad”?

¿Evade las caricias genitales por miedo a “acabar”?

Resultados

Cuanto más “sí” aparezcan, más certero es el diagnóstico de eyaculación precoz. Si hay un ligero predominio de los “sí”, es muy probable que exista un problema leve del control eyacula-torio. Si predominan los “no”, quédense tranquilos, la eyaculación precoz no es problema.

DEFINICIONES INICIALES

Eyacuación ultraprecoz. La sola fantasía provoca orgasmo, sin necesidad de ningún estímulo físico sobre los genitales.

Eyacuación “ante portas” (del latín, antes de la puerta). El hombre eyacula en el momento de introducir el pene en la vagina, entre las piernas de su esposa.

Eyacuación precoz. La eyacuación ocurre a poco de introducir el pene en vagina, sin poder decidir el momento. Es la disfunción sexual masculina más común y a la vez, la de más fácil resolución terapéutica.

En la casi totalidad de los casos reconoce como causas una **gran ansiedad** por el acto sexual sumada a **experiencias iniciales vividas como frustrantes.**

La creencia común es que son más sensibles, que están muy excitados, que no pueden contenerse por “calientes”. Sin embargo es todo lo contrario, ya que presentan un tipo de anestesia que les impide reconocer las “señales” que indican la inminencia de la eyacuación. Todo hombre sabe qué sensaciones aparecen antes de la eyacuación, porque es un acto que se decide a voluntad.

El eyaculador precoz no puede decidir cuándo eyacular; en otras palabras, lo sorprende sin que pueda evitarlo.

Al principio del matrimonio, puede aceptarse como normal por desconocimiento. Otras, la ternura y la comprensión de la mujer hacen que calle su insatisfacción esperando que se solucione el problema por sí solo. Pero está comprobado que tiende a agravarse a medida que pasa el tiempo. Algunos se jactan de **“meter varios goles en un mismo partido”** porque en un solo encuentro sexual pueden tener dos erecciones y eyaculaciones; una muy rápida y luego otra que “dura más”, a fin de satisfacer a su esposa. Esto ocurre en los primeros tiempos, pero luego se dan cuenta de que no siempre pueden tener una segunda relación; entonces toman conciencia de su problemática, lo que era de “súper” fue siempre anormal. En ese momento se instala el temor que aumenta con cada nuevo encuentro sexual y determina un ciclo repetitivo de frustración y fracaso.

El placer sexual es notablemente menor; tanto, que los pacientes que acuden a la consulta lo hacen por la falta de placer que sienten en sus experiencias sexuales. Los sentimientos asociados son de profunda frustración y autoestima muy baja, lo que influye sobre todas las áreas de su vida. Sienten que no “sirven” como hombres; a veces tienen la imagen mental de un minusválido. Es frecuente la asociación de cuadros depresivos con este problema y los intentos fallidos de solucionarlo. Cuando acuden a la consulta están desesperanzados.

Nuestras relaciones amorosas duran escasos minutos. Ambos queremos disfrutar un poco más. Compenso esta situación volviendo a hacer el amor rápidamente, pero no todas las veces puedo. ¿Seré eyaculador precoz?

Mario, 25 años.

El hecho de que dure pocos minutos no significa que sea eyaculador precoz, siempre y cuando pueda decidir el momento de “acabar”. Hay un mito muy difundido que consiste en creer que si los hombres prolongan el tiempo de penetración, se cumple el requisito necesario para que la mujer alcance el orgasmo y quede atisfecha. Sin embargo, no es la duración de la penetración la que determina el grado de satisfacción sino la calidad de la relación matrimonial enriquecida por los juegos y caricias antes y durante el coito en sí.

UN PROBLEMA DE ESTOS TIEMPOS

La eyaculación precoz es un problema de este siglo. Durante mucho tiempo **eyacular rápido fue una señal de virilidad, de “bien macho” o “superhombre”**. En 1952 el Dr. Abraham Stone, dijo que estimaba, sobre la base de sus propias observaciones, que la duración del acto sexual era de uno a dos minutos. Es que el sexo se relacionaba con la capacidad de reproducción. Si un hombre llegaba rápidamente al orgasmo se suponía que cumplía muy bien con el deber de embarazar. Además, para la sexualidad reproductiva (la destinada a tener hijos) no es necesario prolongar el tiempo antes de eyacular.

Por otra parte, a las mujeres se les negaba el derecho al placer. Con el movimiento de liberación femenina del siglo XX, los paradigmas

cambiaron. Ellas comenzaron a reclamar mayor duración del encuentro íntimo, a fin de excitarse y experimentar orgasmo. **Fue entonces cuando el “super-macho” se transformó en eyaculador precoz.**

CAUSAS

Dos son las principales causas de la eyaculación precoz que se refuerzan e interactúan entre sí:

- **Mal aprendizaje:** las primeras experiencias sexuales son determinantes.
- **Ansiedad:** de la misma manera que la ansiedad puede generar diarrea, manos temblorosas o sudorosas, palpitaciones y otras cosas más, en el funcionamiento sexual puede originar la eyaculación precoz.

IMPORTANCIA DE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS SEXUALES

Mario tuvo su primera experiencia a los 16 años con una prostituta. Recuerda la vergüenza que sentía, lo impersonal de la relación; por poco pierde la erección. Las manos le transpiraban y el corazón le latía tan fuerte que se le nublaban los sentidos. Apenas penetró en la vagina, eyaculó. Después de experiencias sexuales aisladas con otras mujeres, conoció a su esposa. Desde el inicio del matrimonio sufrió eyaculación precoz. Conoció al Señor en la edad media de la vida, pero su conversión no mejoró la sexualidad de la pareja. Desde hace un año se agregó una impotencia secundaria.

En la terapia de pareja descubrimos mucho resentimiento en la esposa, quien le recriminaba que su mal desempeño era consecuencia del pecado de su juventud. Esa actitud de hostilidad había aumentado la culpa en él, agravando el problema.

La primera experiencia sexual en el varón es determinante en la conducta sexual futura. Con la primera experiencia se **forma un programa cerebral básico de funcionamiento**. Así, cuanto más corta haya sido la experiencia, o más cargada de connotaciones negativas (por ejemplo, miedo a ser

descubierto, culpa, incomodidad, burla de la compañera sexual u otro gesto que hiriera los sentimientos del hombre), mayor la probabilidad de que la eyaculación precoz aparezca.

Aquí vemos una gran diferencia entre aquellos que tienen su primera experiencia de manera distendida y placentera, como ocurre en la luna de miel, con la bendición de Dios, y aquellos que la tienen “para probar” con una prostituta o con su novia en una situación de riesgo, incomodidad, miedo o culpa. Según como se vivencie la primera experiencia, será el desempeño posterior.

UN SIMPLE CONSEJO

Proverbios 23:7 dice: *“porque cual es su pensamiento en su corazón, tal es él”*.

Si usted piensa que la eyaculación precoz es imposible de solucionar, para usted lo será. Su mente trabaja de acuerdo con sus pensamientos.

La eyaculación precoz no es una enfermedad, es un problema y se soluciona.

Como cristiano, pida a Dios que quite todo pensamiento de fracaso y de negativismo. Dios quiere bendecir su vida sexual. Solemos pensar que lo sexual es carnal, pero la Biblia hace mucha referencia a la sexualidad y ¡dedica todo un libro al encuentro matrimonial, como es Cantar de los Cantares! Per-mita que Dios lo fortalezca para cambiar de actitud y de conducta. De hecho, al seguir este único consejo, la sexualidad matrimonial será más íntima y gratificante para ambos.

CARACTERÍSTICAS DE EYACULADOR PRECOZ

- **Evita los juegos previos**, los que están afectados tanto en cantidad como en calidad.
- **Rechaza las caricias** por temor a que esto provoque la eyaculación.
- **Se apresura a penetrar** para evitar el “desastre”.

- **Se muestra ansioso**, aunque puede vestirse con otros ropajes: enojo, impaciencia, brusquedad, angustia, etc. En situaciones en las que la ansiedad tiende a ser menor, por ejemplo en las vacaciones, las relaciones sexuales suelen mejorar espontáneamente.
- **Elude las relaciones sexuales**, para evitar así las frustraciones.

EYACULACIÓN PRECOZ Y MASTURBACIÓN¹⁵

Gastón de 29 años, médico, concurrió a la primera entrevista hecho un manojo de nervios. Se sentía el más desdichado de los mortales. Recordó que desde el primer día en que comenzó a tener relaciones sexuales no pudo controlar su eyaculación. Con el paso del tiempo la situación había empeorado: a veces se producía la eyaculación antes de penetrar en la vagina.

Investigando en su historia se pudo reconstruir que, siendo un niño, su padre había entrado de improviso en el cuarto mientras él se estaba masturbando; lo castigó duramente y lo amenazó si lo sorprendía nuevamente. Agregó que su familia era muy religiosa, razón por la cual no pudo compartir con nadie las angustias y miedos que le ocasionaba desobedecer cada vez que se masturbaba. Dijo que lo hacía muy seguido, pues su deseo sexual era intenso, y que cada vez lo hacía más rápido, para evitar ser descubierto.

Cuando empezó a tener relaciones sexuales, se repitió el patrón de rapidez de su respuesta masturbatoria.

Ya no había nadie para castigarlo por sus actos sexuales, pero él seguía sintiendo miedo a ser descubierto y, de cierta forma, se castigaba solo. De nada sirve echarle la culpa a los padres o la familia, pero es posible trabajar sobre los efectos negativos de la crianza si vemos la sexualidad desde un aspecto positivo.

Los miedos y la culpa generaron la eyaculación precoz, no la masturbación.

SOLUCIONES POPULARES ¡DESCONFÍE!

Muchos hombres con eyaculación precoz son engañados y compran en algún comercio de artículos eróticos o de ayudas sexuales una pomada “mágica” o un anestésico en cuyo envase se lee: “prolongue su vigor”. Al creer falsamente que el problema del eyaculador precoz es un exceso de sensibilidad en el pene, tratan de resolverlo anestesiándolo. **Pero es una mentira.** Tales productos no resuelven el problema, hacen negocio con la ingenuidad del hombre angustiado, ya que la eyaculación precoz se debe justamente a lo contrario: es una especie de anestesia. Por ello tampoco sirven:

- **Las técnicas de distracción.** Creen que podrán “aguantar” si piensan en algo totalmente ajeno a la relación sexual (por ejemplo, el último partido de fútbol, un problema del trabajo, evocando algo desagradable, repitiendo el abecedario o provocándose dolor con un pellizco).

- **El consumo de alcohol.** El alcohol aumenta el erotismo y desinhibe a la persona. De ahí la creencia popular de que es un afrodisíaco, pero en realidad tiene efectos anestésicos. Puede generar incluso, una impotencia transitoria.

- **El cambio de pareja.** Tanto el hombre como la mujer pueden pensar que el problema no existiría de ser otra la persona con la cual estuvieran casados. Este juicio de valor entraña el peligro de la infidelidad para “probar” que no estamos mal nosotros, sino entre nosotros. Ello no sólo es un pecado sino que agrega dolor y frustración en la mayoría de los casos estudiados.

- **El uso de condones.** No son eficaces porque el problema, como señalamos antes, no se debe a una mayor sensibilidad del pene o a una “gran excitación”, sino a la liberación del sistema nervioso autonómico por ansiedad y mal aprendizaje.

- **La masturbación.** Algunos hombres refieren masturbarse dos o tres horas antes de tener relaciones sexuales para poder tener un coito más prolongado, lo cual no siempre logran.

- **Teniendo una nueva relación sexual.** Hay hombres que creen que la primera relación es para ellos y la segunda para su compañera. Lo que no saben es que con los años no habrá una segunda relación.
- **La circuncisión.** La eyaculación precoz ocurre en incircuncisos como en circuncidados por igual, dejando en claro que **la circuncisión no cura este problema**, como antes se creía.

EVOLUCIÓN NATURAL DE LA EYACULACIÓN PRECOZ ¹⁶

La eyaculación precoz puede seguir distintos caminos:

- **Mantenerse a lo largo de toda la vida.** El acto sexual se reducirá a algo rápido y sin placer, tanto para el hombre como para la mujer.
- **Generar una crisis matrimonial.** Los reproches continuos de la mujer que reclama placer producen el desgaste de la relación marital.
- **Provocar otras disfunciones.** La ansiedad puede llevar a una impotencia secundaria.
- **Evitar las relaciones sexuales.** Comienzan a eludir los encuentros íntimos frente a la reiteración de fracasos.
- **Buscar otra pareja para resolver el conflicto.** No es raro que uno o ambos cónyuges creen que el problema podría ser resuelto con un nuevo amante. Obviamente, el varón repite con otras parejas su problema.

Antes de empezar...

Los problemas sexuales siempre coexisten con problemas de comunicación, que es lo más fácil de observar y lo más difícil de asumir por parte de la pareja. Insistimos en mejorarla, que sea abierta, sincera y que toque todos los aspectos que les preocupen. Deben asumir que ambos

son responsables del problema, de nada sirve echarse la culpa mutuamente. Si hubiera conflictos importantes entre ustedes, necesitarán resolverlos antes de iniciar la terapia sexual.

Finalmente, de mutuo acuerdo, pacten no mantener relaciones sexuales por el tiempo requerido en los ejercicios. Este mandato aparentemente negativo es, en realidad, altamente positivo porque los libera de las ansiedades e infortunios tan conocidos por aquellas parejas que padecen el problema de la eyaculación precoz. Los ejercicios indicados reemplazan, y de manera más gratificante, las relaciones frustrantes del pasado.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Masajes relajantes

La actividad sexual no debería ser rutinaria ni monótona.

Un buen encuentro íntimo es algo tan sencillo como echar a volar la imaginación, estimular la curiosidad, sentirse a gusto con el propio cuerpo y estar dispuestos a compartir nuevas experiencias. Una manera de innovar consiste en descubrir qué toques o caricias despiertan mayor placer y cuáles los elevan en una sensación inigualable de experiencias gratificantes. La buena calidad de un encuentro erótico necesita de amantes receptivos, observadores y capaces de descifrar los gustos de la pareja. Por tanto, les proponemos una sesión de masajes.

Dedicarán tiempo a crear un ambiente cálido y envolvente en medio de una tenue y oscilante luz romántica. Flores distribuidas en el cuarto deleitarán los ojos. Para complacer los órganos olfativos con un exquisito perfume, nada mejor que la combinación de aromas cítricos y florales de aceites esenciales. Por último, una cama con sábanas suaves y una música de fondo prepararán el escenario. Así, con los sentidos excitados y anhelantes sería el momento apropiado para entregarse al placer sensual de recibir un masaje erótico por todo el cuerpo.

Quien da los masajes debe explorar, a través de distintos tipos de presión, ritmo y velocidad, las emociones que se despiertan. Las delicadas caricias serán intensificadas por las beneficiosas propiedades de los aceites naturales. Éste es un tiempo para relajarse en los brazos del otro y sentirse tiernamente amado. Si el masaje es completo, el éxtasis será total.

Sorprender a la pareja haciendo realidad esta fantasía, agregará espontaneidad y una estimulante sobredosis de pasión.

CÓMO SOLUCIONAR LA EYACULACIÓN PRECOZ

El objetivo principal es que el varón aprenda a tener un razonable control sobre la eyaculación, que será posible luego de realizar los ejercicios indicados.

Como objetivos adicionales, el varón logrará mantener niveles altos de excitación sin la urgencia eyaculatoria y, poco a poco, recuperará su confianza sexual sin que la ansiedad gane terreno en cada encuentro sexual. Una vez finalizada esta etapa de ejercicios y con la resolución del problema, verá que lo suyo era una sumatoria de actitudes, inhabilidades, temores, ansiedades, mitos y mal aprendizaje.

Primer paso, es estrictamente necesario:

Disponer de un lugar tranquilo y privado para realizar la terapia sexual.

- Cultivar una actitud positiva hacia el placer sexual en el matrimonio.
- Fomentar una comunicación franca, haciendo un énfasis en lo positivo de la pareja.

Como matrimonio, apartarán tiempo, de una hora y media al día, tres veces por semana, para cada uno de los pasos indicados. Se sugiere evitar las últimas horas de la jornada para que el cansancio no robe la frescura necesaria para estas experiencias.

En un lugar absolutamente privado, sin interrupciones de teléfono o niños jugando y sin presión por la hora, comenzarán charlando acerca de la alta probabilidad de superar el problema, si trabajan juntos. Hablarán de cómo se sienten. La eyaculación precoz ocasiona angustia en el varón, a veces en

los dos, sensación de fracaso, inutilidad y autoestima pobre. La intervención de una esposa con actitudes comprensivas y optimistas, ayudará decisivamente.

Segundo paso, un tiempo de descubrimiento:

- Masajes y caricias en el cuerpo, excluida el área genital.
- Prohibición del orgasmo.

En este segundo paso, cada uno tratará de “descubrir” las zonas de su propio cuerpo que responden satisfactoriamente a las caricias, sin la ansiedad de una relación sexual o del orgasmo propio o del cónyuge (recuerden que pactaron de mutuo acuerdo no mantener relaciones). En un lugar confortable e íntimo (elegido con anterioridad), los dos desnudos, aseados, tranquilos y sin apuro, se acariciarán por turnos, sin concentrarse en el área genital, por espacio de 15 minutos cada uno. Repetirán la experiencia de dar y recibir masajes y caricias, al menos 2 veces en el mismo encuentro.

Tercer paso, aumentar los niveles de excitación:

- Automasajes para lograr niveles muy altos de excitación sin eyacular, recurriendo para ello a la técnica de parada y arranque.

En condiciones normales, el cuerpo de todo hombre envía “señales” al cerebro acerca de la inminencia de la eyaculación. La ansiedad es la que bloquea esta información e impide al varón reconocer las sensaciones previas a dicho fenómeno.

En algunos casos, es posible que nunca haya reconocido esas **señales** o en el caso de que las registre, no sepa cómo responder ante ellas.

Este tercer paso está dirigido al esposo, a fin de que logre identificar esas señales y que se familiarice con ellas.

El actor principal es el hombre, quien comenzará con su propia mano a estimular su pene lentamente e irá reconociendo cómo responde. La esposa estará atenta a los gestos o palabras de su esposo para descubrir su nivel de

excitación. Cuando aparezca la urgencia por eyacular, el varón interrumpirá la estimulación hasta que haya desaparecido esa sensación; e incluso la erección debe perderse parcialmente. Luego de esta pausa, reanudará los automasajes genitales hasta que regrese la sensación de eyacular, interrumpiéndola nuevamente. Se repetirán una vez más los mismos pasos, para finalmente eyacular.

Repasemos esta etapa paso a paso:

- Alcanzar niveles altos de excitación, pero sin eyacular.
- Reconocer las señales previas a la eyaculación y detener la autoestimulación.
- Esperar a que pase dicha sensación.
- Reanudar el estímulo.

Cuarto paso, asociar las experiencias:

- Auto-estimulación manual con cremas o aceites perfumados para simular una vagina húmeda y tibia.

El objetivo de esta etapa es que el esposo pueda percibir las sensaciones de calor y humedad que otorgan la lubricación, a semejanza de la vagina, y que siempre fueron el disparador de su eyaculación.

Con los avances obtenidos en los pasos previos, ya está en condiciones de enfrentar este nuevo desafío.

Esta semana, los ejercicios serán similares a los anteriores con la única variante de que se repetirán menos veces (tres como máximo) para evitar vivenciarlos como una sobre exigencia.

Quinto paso, intervención de la esposa:

- Estimulación genital efectuada por la esposa hasta lograr similar grado de excitación que en el paso anterior.

Cada paso o etapa es de sumo valor, porque es la repetición la que permite al cerebro captar las señales que se emiten desde los genitales. ¡Aprendan a esperar los resultados trabajando sobre las técnicas!

Después de practicar varias veces el cuarto punto, intentarán la estimulación manual pero hecha por la esposa. **Ella estimulará genitualmente al esposo, hasta que aparezca la sensación de eyacular.** El esposo indicará el ritmo de la estimulación. En esta etapa, el hombre debe “olvidarse” de su compañera, en el sentido de que no debe intentar satisfacerla, sino centrar toda la atención en las sensaciones de su propio cuerpo. Repetirán el procedimiento tres veces como mínimo, cinco como máximo, para luego llegar libremente al orgasmo.

Dificultades potenciales: algunas mujeres manifiestan que se les cansa la mano o el brazo en la estimulación y, en muchos casos es real, porque los varones que han logrado “tolerar” niveles de excitación muy elevados sin la urgencia de eyacular, toman demasiado tiempo en los ejercicios, con el ulterior cansancio de sus compañeras.

Sexto paso, reiniciar la vida sexual:

- Masajes, caricias y besos previos a la relación sexual con posterior penetración vaginal en la posición con la mujer arriba.

El esposo, al lograr el control eyaculatorio a voluntad por medio de la estimulación manual, intentará la penetración vaginal con la mujer arriba. El hombre pondrá sus manos en las caderas de ella, después que ella tenga colocado el pene en su vagina y la guiará hacia arriba y hacia abajo hasta que se sienta próximo al orgasmo. Entonces detendrá el movimiento del cuerpo de su esposa. Segundos más tarde, una vez que la urgencia eyaculatoria haya desaparecido, la relación sexual continuará con los mismos movimientos de ascenso y descenso que señalamos antes. Durante esta etapa el hombre no deberá hacer movimientos activos; sólo la mujer es la que realizará el ascenso y descenso. Tres veces se repetirá lo indicado y sólo la cuarta vez tendrán libertad para moverse hasta alcanzar el orgasmo. Deberá repetirse la relación sexual de esta forma en tres o cuatro ocasiones más, antes de seguir adelante.

Dificultades potenciales: algunas mujeres manifiestan fatiga al permanecer en horcajadas por lo que se sugiere que cuando aparezca la urgencia de eyacular, la mujer salga de arriba y descanse a su lado. Si se pierde la erección, lo estimulará manualmente, antes de intentar la penetración.

Séptimo paso, agregar pequeños cambios:

Después de la repetición del coito en varias oportunidades, la pareja pasará a agregar el movimiento activo de la pelvis del varón, siempre estando acostado de espalda y ella arriba. Esto le permitirá al esposo controlar los movimientos de pene-tracción, tanto en intensidad como en profundidad. Ya falta muy poco para terminar la terapia.

Octavo paso, variar las posiciones:

Los avances obtenidos hasta el momento permiten practicar el coito en posición lateral y, finalmente, con el hombre arriba. Estas posiciones deberán practicarse en días distintos y como etapas sucesivas. La gran mayoría de los hombres manifiesta que a esta altura pueden “durar” aproximadamente diez minutos en vagina, sin eyacular.

Se recomienda practicar los últimos dos pasos por varias semanas para consolidar el aprendizaje.

Llegamos al final de nuestro recorrido. Se considera resuelto el problema una vez que el varón puede controlar a voluntad el momento de su eyaculación, por reconocer las sensaciones de su propio cuerpo.

Dificultades potenciales: no siempre coinciden las semanas con los avances. Algunos terminan antes, otros después. Cada persona tiene un ritmo de aprendizaje y debemos respetarlo.

EYACULACIÓN RETARDADA

Este trastorno produce una inhibición del orgasmo. Quien la padece presenta excitación y erección, pero falla a la hora de “acabar” después de

un coito vaginal de más de 30 minutos. Finalmente, perderá la erección y se dormirá sin alcanzar el orgasmo.

La situación más habitual es que alcanzan el orgasmo, es decir, “acaban”, por medio de la estimulación manual u oral, pero no por penetración vaginal. Las formas más leves son situacionales, se presenta sólo a veces y la mayoría se subsana con un coito largo y vigoroso en situaciones que no produzcan ansiedad. En las formas un poco más graves, el varón sólo puede eyacular cuando se masturba a solas. Es excepcionalmente raro ver a un hombre que nunca eyaculó.

Las causas que determinan la eyaculación retardada son muchas, tanto orgánicas como psicológicas.

Entre las orgánicas (que tienen una incidencia muy baja en comparación con las psicológicas) se reconocen algunos medicamentos que inhiben la eyaculación, las intervenciones quirúrgicas en el abdomen inferior o en los genitales, próstata y recto, así como las enfermedades que afectan los nervios (esclerosis en placas) y traumatismos de la médula (paraplejías).

La diabetes suele alterar también la erección. Los trastornos endocrinos suelen alterar además, el deseo. Entre las causas psicológicas, el espectro de posibilidades es mayor porque involucra desde factores educativos (falta de conocimiento en sexualidad) hasta la aversión sexual que se expresa con esta inhibición.

Su origen es semejante a la eyaculación precoz, sólo que en ella la ansiedad controla al individuo y libera una respuesta que él no desea; mientras que en la eyaculación retardada, el varón controla tanto su ansiedad que inhibe sus reflejos.

Características habituales:

- Puede eyacular en ciertas condiciones, pero no en otras.
- Controla tanto su ansiedad al punto de inhibir sus reflejos.
- Suele coexistir con problemas de pareja.

Lo primero que se recomienda es identificar las situaciones en las que puede eyacular y en las que no. Si sólo puede alcanzar el orgasmo cuando la esposa está fuera de casa, se hace necesario involucrar a la pareja. Ella será

la encargada de estimularlo hasta el orgasmo. A partir del momento en que esto se concreta, se prohíbe la masturbación solitaria.

Días después, se intentará el coito, pero alternando la penetración con tiempos de estimulación manual, para evitar los mismos pensamientos y el mismo comportamiento que ha generado esta situación.

El propósito fundamental de la terapia sexual radica en trabajar sobre la ansiedad y se basa en enseñar al varón a distraerse para que el reflejo eyaculatorio se libere. Se emplean técnicas variadas que intentan centrar la mente en otra cosa que no sea el acto sexual, y que éste a la vez resulte placentero, a fin de que se distienda y relaje, permitiendo la vivencia del momento.

Finalmente debemos observar la relación de pareja. Esta disfunción sexual suele presentarse en asociación con problemas maritales. Ejemplos de ello son el hombre que presenta eyaculación retardada luego de que descubre una infidelidad en su esposa o después que él es descubierto en una situación sexual, ya sea de masturbación a solas o de infidelidad, con lo que se bloquea la eyaculación como respuesta a esa situación dolorosa.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Intentar algo nuevo...

Cada persona tiene una manera particular de sentir placer y de alcanzar el orgasmo. El problema es que se suele caer en la misma rutina. Es como ducharse. Siempre se empieza igual, por el mismo lugar cada vez y se ejecutan los mismos movimientos, todas las veces. ¡Quizá la primera idea sea cambiar el ritual de baño! Los hábitos y las rutinas son las razones por las que se aborta el intentar algo nuevo. Aparecen sentimientos de confusión al salir del ritmo habitual y generalmente se tropieza en no saber qué hacer o cómo llevar a cabo una novedad.

Una de las maneras de aprender técnicas nuevas es descubrir zonas erógenas y gatillos para el placer: sitios hasta ahora desconocidos del cuerpo que produzcan estallidos de satisfacción; además de experimentar nuevas posiciones o juegos sexuales.

Se necesita disponer de tiempo, cierta quietud mental (no significa medio zombis, sino relajados) y una cuota de ganas. La curiosidad y el deseo de investigar, harán el resto.

Usar la imaginación, estimular zonas distintas de las habituales, probar diferentes caricias (más suaves, con un poco de más presión, en sentido ascendente, etc.) y vivenciar intensamente ese momento único e irrepetible. ¡Ése es un buen secreto del dormitorio!

En relación con las posiciones, a veces, un cambio determina que una mujer pase de no sentir nada a ser orgásmica. El ángulo y la profundidad de la penetración influyen en el goce de ambos. De ahí que las posiciones preferidas por las mujeres suelen ser las que logran cierto roce con el clítoris (la mujer arriba o con el esposo atrás o de costado, siempre que acaricie adicionalmente el clítoris), mientras que el hombre prefiere las posiciones en que la penetración sea más profunda y que le permita moverse con facilidad (hombre arriba o de atrás).

La posición más usada por las parejas occidentales es la clásica del misionero (la mujer está acostada con la espalda sobre la cama, el hombre encima con los brazos apoyados sobre la cama). La razón de su amplia aceptación es que resulta muy cómoda y además, permite besar, abrazar y mirar al cónyuge. El único problema con esta posición es cuando sólo se emplea ésta y nada más.

Aquí van algunas variantes:

- a)** Que ambos mantengan las piernas cerradas para intensificar la fricción.
- b)** Que el esposo se coloque un poco más arriba de lo normal y apoye los codos a los lados de la cabeza de su esposa. Aquí se pierde el contacto con los labios, pero se intensifica el placer de la mujer por el mayor roce a nivel clitorídeo.
- c)** Rodillas al pecho: consiste en flexionar las rodillas, levantar las piernas y abrazar con ellas los hombros del marido. Cuanto más altas estén las piernas, mayor será la profundidad de la penetración.

CAPÍTULO IV

LA ANATOMÍA Y LAS POSICIONES DEL AMOR

*¡Bendita sea tu propia fuente!
¡Goza con la compañera de tu juventud,
delicada y amorosa cervatilla!
¡Que nunca te falten sus caricias!
¡Que siempre te envuelva con su amor!”*

Proverbios 5:18-19

EL HOMBRE Y SU MAQUINARIA

El aparato reproductor del varón está compuesto por:

- **Pene.** Formado por dos cuerpos cavernosos, que corren paralelos, y un cuerpo esponjoso que va por debajo y contiene la uretra. Es un órgano de tejido eréctil, que al ser estimulado provoca la erección por un fenómeno sanguíneo (grandes arterias lo llenan de sangre y el pene aumenta de tamaño y se pone duro, es decir, se erecta). La longitud del pene varía según el sujeto, sin que guarde relación el tamaño con la gratificación para el hombre o para su pareja. Contrario a la creencia popular, hay más posibilidad de incomodidad y falta de satisfacción por causa de un pene grande que por uno pequeño. En conclusión, la satisfacción no está determinada por el tamaño.
- **Glande.** Es la cabeza del pene, muy sensible al tacto y cubierto por piel que se denomina prepucio. Debe mantenerse limpio para evitar infecciones (balanopostitis, uretritis, etc.). Si el prepucio es estrecho, es decir, no puede ser rebatido por detrás del glande, puede provocar dolor en la erección y

durante la relación sexual. Allí se hace necesario practicar la circuncisión, que consiste en quitar la piel del prepucio para dejar el glande expuesto. Se calcula que la mitad de los varones del mundo están circuncidados. Es muy común en Oriente y África, entre musulmanes y judíos. Éstos y otros pueblos utilizan esta práctica por razones religiosas. No hay ninguna evidencia de que la circuncisión produzca algún trastorno sexual ni de que cure alguna disfunción.

- **Testículos.** Los testículos están fuera del abdomen, en el escroto o bolsa que tiene dos compartimentos, uno para cada testículo y actúa como un termostato debido a que la producción de espermatozoides depende de la temperatura, que tiene que ser un poco menor a la del cuerpo. Los testículos tienen dos funciones: la producción de espermatozoides y la producción de hormonas, estas últimas responsables de los rasgos masculinos. En la pubertad, se inicia la producción de espermatozoides que no cesa durante toda la vida del sujeto. Su tamaño varía de una raza a otra y en cada hombre. En la raza oriental suelen ser más pequeños. No obstante, el tamaño promedio en un adulto es de 4 cm de longitud y 2 cm de diámetro.

El testículo izquierdo suele colgar más abajo y ser un tanto más pequeño que el derecho. Si los dos estuvieran al mismo nivel, sería muy fácil golpearse o que se tocaran entre sí, provocando dolor.

¡Está en la Biblia!

Cuando en Génesis se relata el pedido de Abraham a su criado para que buscara esposa para su hijo Isaac, se cuenta que el anciano Abraham hizo jurar a su siervo que cumpliría lo acordado. Para ello, el siervo debía poner las manos debajo del muslo del anciano, o lo que es igual para muchos comentaristas, entre los testículos. Era la forma de sellar todo pacto entre los patriarcas (Génesis 24).

Conductos genitales:

- **Epidídimo:** es un tubito arrollado sobre cada testículo, en el que terminan de madurar los espermatozoides. Tiene alrededor de 6 metros de longitud.

- **Conducto deferente:** continúa al anterior, es delgado y largo, describe una curva hacia arriba y atrás, alrededor de la vejiga; cuando llega cerca de ésta, se hace más amplio (como una pequeña bolsita). Allí se almacenan los espermatozoides hasta su eyaculación.

- **Uretra:** lleva hacia el exterior la orina, desde la vejiga, y el semen, desde los testículos, al exterior. Atraviesa la próstata y el pene.

- **El semen:** es el líquido formado por los espermatozoides y las secreciones de las vesículas seminales, el epidídimo, la próstata y las glándulas de Cowper. Es una sustancia semitranslúcida parecida a un gel. Cuando un hombre eyacula varias veces en un breve período de tiempo, el semen cambia de espeso y gelatinoso, a ser más claro y menos consistente. Cada eyaculación tiene de 1,5 a 5 ml de semen, aproximadamente. Sólo el 5% de un eyaculado normal está compuesto por espermatozoides; el 60% se origina en las vesículas seminales; el 30% proviene de la próstata y el 5% de las glándulas bulbouretrales. Posee un valor calórico de alrededor de 40 calorías (similar a un caramelo). De esto se deduce que una eyaculación es incapaz de debilitar a un hombre, como sostienen ciertos entrenadores.

Una anécdota

Durante el siglo XIX se creía que el semen era una “sustancia vital” y que cuando se derramaba, se perdía la salud. De ahí que los hombres procuraran no mantener relaciones sexuales a fin de no morir más jóvenes. Las mujeres debían cuidar a sus esposos y no provocarlos sexualmente, por eso dormían totalmente vestidas, de pies a cabeza.

Órganos accesorios:

- **Vesículas seminales:** son dos sacos pequeños que desembocan en la vejiga y producen un líquido que garantiza el movimiento de los espermatozoides después de la eyaculación.

- **Glándulas de Cowper:** producen durante la excitación una gotita transparente que aparece en la punta del pene y se llama “gotita fisiológica”.

Se encarga de neutralizar el efecto ácido de la orina, ya que ésta y el semen pasan por el mismo conducto y si quedan gotas de orina, los espermatozoides mueren. Aunque esa gotita no es semen, puede contener algunos espermatozoides.

- **Próstata:** es redonda, parece una castaña debajo de la vejiga. Está atravesada por la uretra y los dos conductos eyaculadores. Puede tocarse a través de un examen rectal. Es hormonalmente sensible. La próstata está continuamente en actividad produciendo una secreción alcalina que sirve de vehículo a los espermatozoides en el medio ácido de la vagina.

En períodos de abstinencia sexual suele aumentar de tamaño y ponerse tensa, lo cual cede con una frecuencia mayor de relaciones sexuales.

Cuando el varón llega a los cincuenta años, la próstata comienza a aumentar de tamaño, con lo que puede llegar a bloquear el paso de la orina y requerir una intervención quirúrgica, después de la cual es habitual la eyaculación retrógrada (el semen, en este caso, en lugar de salir hacia el exterior, va hacia la vejiga).

EL PENE Y SUS COMPLEJOS

Los hombres se preocupan por el tamaño pues están expuestos permanentemente a la comparación. “Esta idea se instala inocentemente cuando un niño, después de burlarse de la falta de pene de su hermana, un día alcanza a ver el su pare. La mirada a su penecito desnudo hace el resto. Es reforzado luego en la pubertad, con modelos que se presentan a través de diversos medios y la mirada a otros chicos en el club. De resultas, cotejando estos modelos masculinos con sus penes impresionantes, lo que pudo haber sido un pene, se convierte de nuevo en un mosquito”.¹⁷

Existen muchos mitos en relación con el tamaño; por ejemplo, que los hombres de piel negra tienen penes más grandes, lo cual no es verdad. Lo cierto es que a muchos hombres les preocupa profundamente este tema y hasta los limita en el desempeño sexual, por adoptar como verdaderas algunas creencias falsas.

Veamos la verdad:

- El tamaño del pene no se relaciona con el placer o goce sexual; en otras palabras, un hombre con pene pequeño puede tener más orgasmos o placer sexual que un hombre con pene más grande.

- El tamaño del pene no se relaciona con el tamaño o la contextura física del hombre (robusto o menudo).

- El tamaño del pene no se relaciona con el color de su piel (blanco o negro).

- El tamaño del pene no se relaciona con la satisfacción o goce sexual de la pareja. La vagina siempre se adapta y ajusta al pene y la sensación que percibe la esposa no depende tanto del tamaño del pene, como del tonismo muscular que rodea la vagina y de la predisposición psicológica a mantener una relación sexual; en otras palabras: pene más grande no significa mayor satisfacción.

- El tamaño del pene flácido no permite predecir cómo será durante la erección.

Puede existir gran diferencia de tamaño entre un pene y otro en estado de reposo (6-10 cm) pero ser casi idénticos durante la erección (12-18 cm).

Kinsey demostró que un 5% tiene una erección de menos de 9 cm, y sólo el 1% una erección que supera los 23 cm.

¿Será verdad?

Muchos especialistas dicen que los hombres no hablan francamente de su sexualidad, no expresan sus dudas, no admiten sus temores y fingen en mayor grado que las mujeres, excepto en las erecciones. ¿Quién escuchó dudas masculinas sobre la propia sexualidad? ¿Cuál será la razón por la que las “pomadas mágicas y las pastillitas para la potencia” se venden como pan caliente?

¡Todos anhelan una mejor vida sexual, más gratificante y menos exigente, pero nadie se atreve a pedir ayuda!

LAS MUJERES Y EL TAMAÑO DEL PENE

Muchas mujeres afirman que para disfrutar mejor del sexo es necesario e importante que el pene tenga un “buen tamaño”. Ya hemos dicho que tamaño más grande no significa mayor satisfacción, ni para el hombre, ni para la mujer; lo que sucede es que estas mujeres están influidas, al igual que los hombres, por el mismo mito: **“a mayor tamaño, mayor placer”**. La sensibilidad femenina está en el tercio externo de la vagina. Concluimos en que **el tamaño del pene no tiene importancia para lograr placer u orgasmo en la mujer.**

SECRETOS DEL DORMITORIO

Preliminares jugosos

El tiempo previo al acto sexual puede ser más intenso de que lo que imaginan. El jugueteo sexual y los preámbulos son experiencias maravillosas para aquellos que se animan a incursionar en nuevas sensaciones. Si tienen paciencia, poco a poco, irán descubriendo placer y aprenderán a complacerse mutuamente con extensas sesiones de ternura y pasión.

A fin de evadir la monotonía, les proponemos:

1. Una larga relación sexual. Con esto no queremos decir una larga penetración. Los juegos preliminares, como los besos en el cuello, el cuerpo y las zonas erógenas forman parte de la relación sexual. No dejen que la genitalidad sea el centro del encuentro. Estimulen todos los sentidos. Propónganse jugar, acariciar, besar y masajear más de media hora, antes de cualquier intento de penetración.

2. Masajes y besos en los pechos. Las glándulas mamarias son zonas erógenas en la mayoría de las mujeres. La sensación placentera que una mujer siente en sus pechos se distribuye por todo el cuerpo; por lo cual ella

estará encantada de que él permanezca masajeándolos o besándolos por bastante tiempo. Aquí van algunos consejos:

- Acariciar el pecho entero, no sólo el pezón.
- Emplear aceites y cremas para dar los masajes.
- Descubrir qué tipo de presión es la que más satisface (algunas gustan de más fuerza; otras en cambio, se complacen de caricias suaves y envolventes). Acaricien, besen o succionen de la misma manera que a ustedes les gustaría que se lo hicieran. Pueden estirar suavemente los pezones con sus labios, dientes o dedos y soltarlos; o bien recorrerlos circularmente con la punta de la lengua. Podrían usar otras partes del cuerpo para darse placer en esta zona como sus propios pezones, sus vientres, pubis y/o genitales. ¡Sean creativos!

LA MUJER Y SU INTIMIDAD

Genitales externos

Relacionados con el placer.

- **Monte de Venus:** zona sobre el pubis cubierta de vello pubiano. Visible en la mujer desnuda o cuando usa ropa ajustada. Muy rica en terminaciones nerviosas, por lo que la mujer puede disfrutar al ser acariciada en esta área.
- **Labios mayores:** dos pliegues laterales en la vulva, que se cubren de vello en la pubertad. Durante la excitación, los labios mayores se hinchan.
- **Labios menores:** se encuentran en la parte interna de los labios mayores, son más pequeños, sin glándulas ni vellos. Están constituidos por tejido eréctil. Tocarlos suavemente produce una sensación placentera.
- **Clítoris:** situado debajo del monte de Venus. Pequeño, de 2 cm de largo por 1 cm de diámetro. Es el sitio más sensible a nivel genital (entre 6.000 y 8.000 terminaciones nerviosas sensoriales). **La única función que ostenta es la del placer.** Está compuesto por tejido eréctil y al ser acariciado suave y lentamente aumenta de tamaño y proporciona satisfacción. La presión brusca origina dolor.

- **Vestíbulo:** es la entrada a los genitales internos. Está compuesto por la uretra y el introito vaginal que presenta como límite el himen. La uretra es muy corta, de 3 o 4 cm, y une la vejiga con el exterior, por medio del meato urinario.

- **Himen:** es una membrana fina que cierra parcialmente la entrada vaginal. Es muy diferente de una mujer a otra, incluso algunas nacen sin himen. El himen no tiene ninguna utilidad, aunque en el pasado se le rendía culto asociándolo a la virginidad. La Biblia afirma que esta creencia es absolutamente falsa en Proverbios 30:18-19: *“Hay tres, y hasta cuatro cosas que me parecen increíbles y no alcanzo a comprender: cómo saber que un águila ha pasado por el cielo; cómo saber que una serpiente ha pasado por una roca; cómo saber que un barco ha pasado por el mar; cómo saber que un hombre se ha acostado con una mujer”*. Su rotura puede coincidir con la primera relación sexual y ser dolorosa o no; o puede rasgarse por ejercicios deportivos u otra actividad. En otras mujeres, puede permanecer intacto aún teniendo relaciones sexuales; de ahí que la presencia o ausencia del himen no pruebe ni la inocencia ni las experiencias sexuales previas de una mujer.

Genitales internos

Relacionados con la capacidad de reproducción.

- **Vagina:** Tubo muscular que une el útero con la vulva. Posee gran elasticidad, lo que le permite adaptarse al pene y ser parte del canal del parto. Tiene de 8 a 12 cm de largo. La zona sensible es la más externa; en cambio, la interna o profunda no tiene sensibilidad. Como respuesta a la excitación produce un trasudado que, como pequeñas gotitas, se van juntando (simi-lar al vapor que se condensa en un vidrio). Esa lubricación comienza a los pocos segundos del inicio de la estimulación.

- **Útero:** tiene la forma de una pera invertida (tamaño similar a un puño cerrado). Posee una estructura muscular que se contrae durante el orgasmo. Es el lugar de asiento del embarazo. En la parte más inferior se encuentra el

cerviz o cuello del útero (consistente y carnososo, parece la punta de la nariz), que se comunica con la parte más profunda de la vagina y se puede tocar con los dedos. De aquí se toma la muestra para el Papanicolau que sirve para hacer el diagnóstico temprano de cáncer de cuello de útero. En la parte superior del útero y hacia ambos lados se encuentran dos pequeños orificios que comunican con las trompas de Falopio.

- **Trompas de Falopio u oviductos:** son dos, una a cada lado del útero que se corresponden con cada ovario. Son conductos de 10 cm de largo por 1 cm de ancho. En la porción más próxima al ovario poseen un flequillo con el que barren el óvulo del ovario, cuando se produce la ovulación. Luego, las contracciones musculares en forma de onda, lo transportan hacia el útero. Las infecciones en las trompas provocan alteraciones en este sistema de conducción, generando infertilidad.

- **Ovarios:** son dos pequeñas formaciones del tamaño de una almendra, cuya función es doble: la producción de óvulos y de hormonas.

- **Mamas:** La función esencial es el amamantamiento de los hijos. Sin embargo, las mamas y especialmente los pezones, son parte de los órganos sexuales porque estimulan al varón (por la visualización de los pechos de su esposa) y otorgan placer a la mujer (por la gran cantidad de terminaciones nerviosas y, por ende, la gran sensibilidad).

Prohibido estudiar

A finales del siglo XIX, los científicos insistían en que el útero competía con el cerebro por sangre y energía, por lo que el Dr. Edward Clarke, profesor de la Universidad de Harvard, afirmaba que la educación causaba atrofia del útero.

SECRETOS DEL DORMITORIO

El sexo es cuestión de actitud

El sexo es uno de los más exquisitos placeres que Dios nos ha regalado. Para gozar de relaciones sexuales realmente excitantes y placenteras es necesario abandonarse y relajarse en el goce erótico. Por tal motivo, un despreocupado acercamiento al acto sexual es esencial, ya que un profundo senti-miento de culpabilidad por el placer podría erosionar la intimidad del matrimonio.

La relación sexual es la mejor recreación, la más tranquilizante, una de las más renovadoras experiencias que el hombre conoce. Y Dios también la planificó. No es raro que se la llame “juego de amor”. Es una diversión, no una obligación; es suma excitación, no aburrimiento; es algo que se espera con ansia, no una horrible experiencia que hay que evitar si es posible. ¡Es irónico que las parejas busquen toda clase de recreación en otras partes, sin haber descubierto nunca la plenitud de placer que tienen a disposición en su propio dormitorio! ¹⁸

Confíen en que pueden hacer realidad las fantasías eróticas de su compañero o compañera y eso... ¡los hará felices! Cultiven una actitud positiva hacia el sexo; mantengan un sentimiento de bienestar y confianza y canalicen el amor a fin de hacer vibrar y brillar la fuerza sexual creativa. ¡Ustedes pueden!

EL CICLO MENSTRUAL

Es la repetición de un ciclo mensual, que ocurre desde la pubertad hasta la menopausia, y que implica la capacidad para concebir una nueva vida. El ciclo completo se cuenta desde el primer día rojo (cuando comienza la menstruación) hasta el primer día rojo del siguiente mes. La ovulación ocurre a mitad del ciclo menstrual, o sea alrededor del día 14 para un ciclo de 28 días y no puede conocerse por signos exteriores y visibles; por ello se dice que es silenciosa. Entre el 30 y el 40% de las mujeres experimentan algunos días antes de la menstruación una sensación de hinchazón, dolor y/o mayor sensibilidad en las mamas y en el abdomen inferior. Se dice que existen hasta 150 síntomas del síndrome premenstrual, relacionado con un desequilibrio hormonal. Hay que entender que la mujer sufre más alteraciones hormonales en un mes que las que tiene un hombre en toda la vida. Durante el ciclo menstrual el estado de ánimo puede pasar del

decaimiento a la euforia o de la inapetencia sexual a un aumento en la libido. Para reducir estos síntomas sugerimos:

- Reducir el consumo de alcohol y cafeína.
- Comer poco, aunque conviene ingerir alimentos ricos en almidón para prevenir la falta de azúcar en la sangre.
- Hacer ejercicios.
- Ingerir suplementos vitamínicos y minerales.

El período en que la mujer es fértil, es decir, cuando puede quedar embarazada, dura un día o, a lo sumo, dos, en coincidencia con el día de la liberación del óvulo a partir del ovario.

Todo el ciclo está regulado por hormonas, coincidiendo el máximo nivel en sangre con el tiempo de la ovulación y el descenso con la menstruación.

La menstruación es el derrame de sangre que ocurre una vez al mes (cada 28 a 34 días en promedio), en el que se produce la caída del revestimiento del útero (endometrio funcional). Es el único caso en la naturaleza en el que la pérdida de sangre no significa daño.

Puede distinguirse:

1. Preparación para la ovulación. El endometrio comienza a crecer después de la menstruación. En un inicio es fino, pero se engrosa paulatinamente. En el ovario, bajo la influencia de los estrógenos, se estimula el crecimiento de algunos folículos que contienen óvulos inmaduros. Al cabo de dos semanas, el folículo estalla y suelta el óvulo, lo que se conoce como ovulación. En ese momento, el revestimiento uterino ya está preparado para una posible implantación. La ovulación ocurre 14 días antes del inicio de la menstruación siguiente. **El lapso entre la ovulación y la siguiente menstruación es estable, pero puede variar el que hay entre la menstruación y la ovulación siguiente.** Si el óvulo no es fertilizado, el revestimiento uterino será expulsado dos semanas más tarde.

2. Preparación para la implantación. El óvulo liberado, entra en la trompa de Falopio más cercana. El folículo roto se transforma en “cuerpo amarillo”. Después de la ovulación, el revestimiento del útero alcanza su

mayor grosor y receptividad para la implantación. Luego de la fertilización, el óvulo se convierte en un racimo de células que continúa su viaje hacia el útero, a donde llega en aproximadamente tres días. Finalmente, después de otros dos o tres días más, se implanta, comenzando el embarazo, en cuyo caso no se produce una nueva ovulación y el revestimiento uterino no se deteriora, por lo tanto, tampoco hay menstruación.

3. Menstruación. Si no ocurre la implantación, el endometrio se desprende y es expulsado por medio de la menstruación. Una fertilización sólo es posible dentro de las primeras 24 horas después de la ovulación. Si el óvulo no encuentra ningún espermatozoide durante este tiempo, simplemente muere y se desintegra. Como no hay implantación, el recubrimiento grueso del útero ya no es necesario, así que pronto comienza su desprendimiento y expulsión. El material expulsado consiste de moco, tejido del recubrimiento y cantidades variables de sangre, lo que es descargado a través de la vagina.

FECUNDACIÓN Y EMBARAZO

El embarazo es el resultado de la unión del óvulo femenino con el espermatozoide masculino, en alguna de las dos trompas de Falopio. **Allí comienza la vida.**

El óvulo:

- Es la célula humana más grande.
- No tiene movimiento y es pesado.
- Se produce en el ovario una vez al mes.
- Se produce uno solo por mes, a mitad del ciclo.
- Tiene una vida media de 24 a 48 horas. Si en ese tiempo no es fertilizado por un espermatozoide, entonces muere.
- Posee parte de las características (genes) de esa mujer en particular.

El espermatozoide:

- Es muchísimo más pequeño que el óvulo.
- Es impulsado a través del pene en el momento de la eyaculación. Un hombre puede embarazar cada vez que eyacula en la vagina.

- Hay millones en una eyaculación. Sólo uno logrará fecundar al óvulo, dejando excluidos a todos los demás.
- Puede sobrevivir en los genitales de la mujer hasta tres días, aproximadamente.
- Se traslada a gran velocidad. En media hora puede recorrer 10 centímetros. Para llegar hasta el óvulo necesitan recorrer unos 40 centímetros como máximo.
- Tiene parte de las características (genes) de ese hombre en particular.

He aquí la secuencia de un embarazo:

1. Después de una relación sexual, el eyaculado queda en el fondo la vagina.
2. Los espermatozoides allí contenidos se movilizan a gran velocidad a través del cuello uterino, ascienden hacia las trompas de Falopio y permanecen vivos tres o más días.
3. Una vez en las trompas de Falopio, en su porción media, habrán de fecundar al óvulo, si se produjo la ovulación. Para poder penetrarlo, los espermatozoides segregan una sustancia que disuelve la membrana que rodea al óvulo (zona pelúcida).
4. Cuando finalmente un espermatozoide logra penetrar al óvulo, se genera un bloqueo por medio de una capa de proteínas a fin de evitar que otros entren.
5. Se unen los núcleos del óvulo y del espermatozoide. La fusión entre la carga genética de uno y otro se denomina concepción o fecundación y es el comienzo de la existencia humana. Esa nueva célula llamada cigoto contiene 46 cromosomas, característica de los humanos.
6. Comienza la multiplicación celular. Primero se separa en dos, luego en cuatro y así sucesivamente.
7. A medida que se multiplican las células, el embrión va progresando desde la trompa hacia el útero, en el que se implanta una semana después de

la fertilización, o sea, 7 días después del momento de la unión entre el óvulo y el espermatozoide.

8. En el momento de la implantación, la mujer puede presentar un escaso sangrado, a consecuencia de algunas venas chiquitas que se rompen cuando el embrión “se agarra” del útero. La mujer no sabe que está embarazada. Recién una semana después de este momento le faltará la menstruación por vez primera.

9. El embrioncito ya está creciendo. Para cuando la futura mamá se da cuenta de su estado, el corazoncito del bebé ya está latiendo (alrededor de la 5ª semana). Al final de la 8ª semana, la cabeza es mayor que el tronco, se observan los ojos y las orejas. Aparecen los dedos de manos y pies. Pesa de 1 a 3 gramos y mide 2,5 cm. Se escuchan los latidos sin dificultad. Todo el proceso de formación de órganos y aparatos, como el circulatorio, el respiratorio, el digestivo y otros, ocurrirán durante los primeros tres meses de embarazo.

SECRETOS DEL DORMITORIO

¡A mejorar las marcas!

No se trata de establecer un nuevo récord olímpico de frecuencia coital, pero si se busca un embarazo, necesariamente habrá que aumentar la cantidad de encuentros. Se recomienda que la frecuencia de las relaciones sexuales sea día por medio, asegurándose así la mayor probabilidad de fecundación.

El soñar con un hijo propio, fruto del amor de pareja, es incentivo suficiente para hacer el amor más seguido. Pero, a pesar del deseo de ser padres, algunas parejas encuentran agotador un ritmo casi diario (¡a otras les encanta!).

Ésta puede convertirse en la etapa más divertida y romántica que hayan vivido. Incluso mejor que la luna de miel. Dejen que el deseo se encienda, imaginen hacer el amor en distintos lugares, a distintas horas, con cierta picardía y mucha diversión. ¡Qué esa nueva vida sea el fruto más dulce del amor entre ustedes!

Repasemos algunos datos que nos orientan:

1. Probabilidad de embarazo: cada mujer nace con dos ovarios. Cada uno tiene unos 200.000 óvulos inmaduros. Con la pubertad, comienza el proceso de maduración de los óvulos, denominado ovulación.

La descarga de un óvulo maduro se produce a mitad del tiempo que media entre el primer día de una menstruación y el primer día de la menstruación siguiente. La capacidad del óvulo de ser fecundado es muy breve; según los especialistas, de 6 y 24 horas. Esto significa que, en cada ciclo menstrual, hay un óvulo disponible para la fecundación durante un día solamente.

2. Sobrevida de los espermatozoides: si bien el óvulo tiene una sobrevida muy corta, en comparación, los espermatozoides la tienen muy larga. Se han hallado espermatozoides vivos doscientas cinco horas después de una eyaculación (ocho días y medio). Esto explica el por qué de las “fallas” de los métodos naturales.

3. Fertilidad de la pareja: la fertilidad de la mujer es óptima entre los 18 y los 30 años. Antes de esa edad, no todos los ciclos menstruales suelen generar un óvulo; después de los 30, lentamente, declina la capacidad de ovular. Sin embargo, la mujer debe usar algún método anticonceptivo hasta la menopausia.

El hombre siempre es fértil, es decir que mantiene su capacidad reproductiva todos los días del año y la conserva durante la vejez. Las causas de infertilidad masculina son:

- **Bajo número de espermatozoides:** para un embarazo se necesita que al menos un espermatozoide de los 200 millones que existen en un eyaculado común alcance al óvulo. Aunque hay millones, no todos tienen la movilidad para llegar a fertilizar el óvulo. Muchos espermatozoides mueren en el camino. Por lo tanto, cuando la pareja quiere tener un hijo se recomienda que la frecuencia coital, es decir, de las relaciones sexuales, sea de por lo menos 48 horas entre una y otra, aseguándose así la mayor cantidad de espermatozoides en el eyaculado.

- **Baja movilidad de los espermatozoides:** la exposición al calor es causa de esterilidad masculina. Las duchas calientes son menos perjudiciales que

los baños de inmersión calientes, en los que se aplica calor directa y continuamente en los testículos.

- **Enfermedades que pueden causar esterilidad:** paperas, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, trastornos del sistema nervioso y problemas renales. El alcohol, el tabaco y las drogas pueden causar esterilidad temporal.

4. Mitos de la fertilidad de la mujer:

- **No existe riesgo de embarazo en la primera relación sexual: falso.**

Basta una sola relación sexual en los días fértiles de la mujer, para que resulte un embarazo.

- **No hay peligro de embarazo si la relación sexual se hace de pie: falso.**

Algunas posiciones favorecen la fecundación, pero no hay ninguna que sea anticonceptiva.

- **No habrá embarazo si el hombre no eyacula: falso.** Por la sola introducción del pene en la vagina, sin protección, puede ocurrir un embarazo a causa de la “gotita fisiológica” que no es semen, pero que puede contener espermatozoides.

- **No ocurrirá embarazo si el hombre eyacula fuera de la vagina: falso.**

Los fluidos preorgásmicos pueden contener espermatozoides que son la razón de estos embarazos.

- **No existe posibilidad de embarazo en las relaciones sexuales durante la menstruación: falso.** Si bien la probabilidad es baja, sigue siendo posible. Supongamos que el acto sexual ocurrió el día 6 del ciclo (había escaso flujo). A ello, agreguemos que algún espermatozoide logró vivir varios días. Y por último, imaginemos que ese ciclo fue de 26 días. Una simple ecuación permite entender el porqué de esta posibilidad.

5. El embarazo y el sexo.

Se puede mantener relaciones sexuales durante todo el embarazo. No existe límite en el tiempo. Algunos obstetras recomiendan la abstinencia en las últimas semanas, otros no.

Las relaciones sexuales durante el embarazo no afectan al bebé, siempre y cuando el embarazo curse normalmente.

El embarazo puede ser una de las etapas más eróticas de la vida de una pareja. La mujer se siente libre de la preocupación por la anticoncepción y deseable por su capacidad fecundante.

Las hormonas generan un aumento de la sensibilidad tanto en los pechos como en los genitales haciendo que el disfrute de la intimidad sea mayor. Por otra parte, los hombres suelen sentir una especie de orgullo por ser padres, favoreciendo así los encuentros íntimos.

6. El embarazo y el deseo sexual.

- **En la mujer** frecuentemente disminuye el deseo sexual en los tres primeros meses debido a los síntomas propios del embarazo (náuseas, vómitos, mareos, sueño, etc.).

En el segundo trimestre suele producirse un aumento del deseo sexual, relacionado con la mayor cantidad de sangre presente en la zona pélvica. Durante el tercer trimestre no se producen modificaciones del deseo, excepto las que impone un abdomen pesado y globuloso.

- **En el hombre,** no hay mayores modificaciones en el deseo. La esposa debe percatarse de que él no está embarazado. Necesita cuidado y atención en los casos en que se prohíban las relaciones sexuales por complicaciones durante el embarazo, así como en el tiempo posterior al nacimiento del bebé.

7. El embarazo y las posiciones sexuales.

En los primeros meses de embarazo no existen problemas por las posiciones. Después del quinto mes, la mujer se suele beneficiar con las siguientes posiciones:

- **De costado, cara a cara:** la penetración es más superficial e incomoda menos.

- **De atrás:** ya sea en “cucharita” o con la esposa apoyada sobre sus codos y rodillas.

- **Cara a cara, la mujer arriba:** puede realizarse sobre una silla sin soporte para brazos, en la que el esposo permanece sentado y la mujer se sienta encima de él. Aquí la mujer se beneficia porque no tiene que doblar excesivamente las rodillas como en la posición de horcajadas, clásica en el coito con la mujer arriba.

8. El parto y la reanudación de la vida sexual.

No hay tiempos definidos para reiniciar la actividad sexual. En los primeros 15 días después del parto, existe un flujo denominado “loquios”, con característico olor a lavandina; es un tiempo de restauración. **A los 25 días termina la cicatrización del endometrio.** Si hubo episiotomía (pequeño corte para que salga el bebé sin que se desgarre la mamá) u otra sutura, debe preguntarse al médico cuándo reanudar las relaciones. En las primeras relaciones sexuales después del parto, el esposo debe ser paciente y tierno, como si fuera la primera vez; incluso se hace necesario utilizar lubricantes artificiales.

Aun cuando la vida sexual de la pareja haya sido buena antes, el nacimiento de un hijo, en especial si se trata del primero, altera la sexualidad del matrimonio. “Con la maternidad he perdido el deseo” es la expresión de la mayoría de las mujeres en el posparto. El 70% afirma que preferirían establecer una pausa en su vida sexual durante este período por la merma sustancial del deseo sexual, debido a múltiples razones: niveles hormonales alterados por la lactancia, pocas horas de descanso, excesiva exigencia del bebé que demanda tiempo y atención, etc. Otras causales que desaniman a la mujer a la hora de la intimidad guardan relación con una episiotomía todavía sensible, una barriga blanda, una vagina dilatada, etc. Algunas mujeres a quienes el sexo no les agrada demasiado, se sirven de la maternidad para evitar el contacto sexual.

En el seno de la pareja, el problema se hace visible cuando el varón, que acusa un aumento del deseo sexual en asociación al orgullo de ser padre, demanda más encuentros.

9. El embarazo y la edad.

Los riesgos que corre una madre durante el embarazo y el puerperio aumentan notablemente con la edad. Mientras más tardía sea la gestación, mayor es el riesgo. Por otro lado, la incidencia de malformaciones congénitas en los niños también es mayor en embarazos tardíos. Desde el punto de vista médico es recomendable que la pareja complete la familia antes de los 35 años de edad de la mujer.

POSICIONES SEXUALES PREFERIDAS

Este tema despierta curiosidad y alimenta las fantasías, tanto en hombres como en mujeres.

La relación sexual es una forma de comunicar amor. Es un proceso de aprendizaje que no surge espontáneamente. Los esposos deben descubrir progresivamente cómo proveerse placer mutuo. La vida matrimonial seguirá siendo incompleta e insatisfecha si no saben complacerse el uno al otro en la intimidad de su relación física. **El cambio de posiciones al hacer el amor puede avivar el interés, aumentar la pasión y estimular la excitación.** Los experimentos y las variaciones podrían ayudar a lograr la plenitud sexual de cada cónyuge.

Sin embargo, no existe una posición ideal, natural, sana o aconsejable para hacer el amor. Hay posturas que resultan maravillosas para algunas personas, mientras que para otras resultan una tortura. Concluimos pues, en que cualquiera y todas las posiciones que ambos miembros de la pareja encuentren agradables y produzcan satisfacción mutua, deberían ser gozadas con total libertad.

Algunos osados describen docenas y, otros, centenares de variantes para hacer el amor. De hecho, hay quienes afirman que existen 14.888.400 de posiciones para el cunnilingus solamente.¹⁹ Sin embargo, esto es más imaginación que realidad. Además, cada pequeña variación de quizás cómo apoya el brazo uno de los cónyuges, es suficiente para decretar un cambio de posición y otras “requieren de verdaderos acróbatas, pues son un desafío a las posibilidades del cuerpo humano”.²⁰

Podemos distinguir 4 posiciones básicas. El encontrar otras posturas depende de la imaginación.

- **De frente, o sea cara a cara, con el hombre arriba.** En la Polinesia, los misioneros cristianos reprendían a los convertidos aborígenes cuando éstos hacían el amor en otras posiciones que no fueran cara a cara con el hombre arriba por considerarlas “posiciones animales”. Por tal motivo, esta forma se ha popularizado como la “posición del misionero” por ser “la única unión natural y adecuada”, según ellos, aunque no hay evidencia bíblica al respecto.

Es la postura más usada, lo que no quiere decir que sea la más gratificante. Facilita que ambos esposos puedan besarse y acariciarse. Es desventajosa para la mujer embarazada, para el esposo obeso o de cuerpo muy grande y pesado y para el eyaculador precoz. Dificulta, además, el contacto con el capuchón del clítoris, con lo cual disminuye la probabilidad de orgasmo femenino.

Se aconseja esta posición cuando se desea un embarazo. Se puede colocar una almohada debajo de los glúteos de la esposa para que la pelvis (zona genital) quede más alta que el resto del cuerpo. Después de que finaliza el acto sexual debe permanecer acostada una hora, para mejorar la vehiculización del semen y la fecundación.

- **De frente, cara a cara, con la mujer arriba.** El marido se acuesta boca arriba, en tanto que la esposa se sienta a horcajadas sobre su cuerpo y se inclina hacia adelante. Esta posición permite una mayor actividad femenina, ya que ella controla la profundidad de la penetración, el ritmo de los movimientos y el momento del orgasmo, y le concede al marido el acceso a los pechos femeninos y el libre uso de sus manos para estimular el clítoris, mientras están unidos en la relación sexual. No se aconseja cuando se busca un embarazo, porque el semen rápidamente se escurre, dada la posición femenina.

Es la postura aconsejada para los eyaculadores precoces.

- **Posición lateral, cara a cara.** De esta posición básica existen muchas variantes que la pareja puede ir descubriendo por la práctica. Es ideal en caso de obesidad, embarazo o cuando uno de los cónyuges es demasiado alto. Facilita el goce de ambos, por el roce que existe entre el clítoris de la mujer con el cuerpo del marido. Además, cada cónyuge tiene por lo menos una mano libre para mimar y acariciar; cada uno queda libre para impulsar

o rotar las caderas y ninguno queda inmovilizado por el peso del cuerpo del otro.

- **Penetración desde atrás.** No debe confundirse con el sexo anal. Esta posición también tiene muchas variantes. La más conocida es la “cucharita”: ambos de costado con la espalda de la esposa sobre el pecho del marido. Esta posición permite una penetración más profunda. Para la mujer suele no ser tan excitante como para su esposo, ya que impide el contacto visual, no hay contacto con el clítoris y la pareja no puede besarse durante la relación.

EL PUNTO G

El punto G está situado a muy pocos centímetros de la entrada vaginal; en la mayoría de las mujeres. Cuando se lo estimula adecuadamente, se dilata originando desde sensaciones placenteras hasta intensos orgasmos. El clítoris es la zona más sensible de la mujer y fácilmente accesible a las caricias manuales u orales; mientras que el punto G sólo puede ser estimulado con los dedos, ya que para ser tocado directamente por el pene, se requeriría que éste tuviera forma de gancho.

El Dr. Gindín ofrece una serie de consejos a quienes deseen encontrar su punto G: “Introduzca el dedo en su vagina unos dos centímetros. Cúrvelo hacia arriba y adelante. Apóyelo suavemente y de una forma rítmica estimule la zona modificando el ritmo y el lugar ligeramente según el resultado obtenido. Se recomienda que para efectuar este tipo de caricias las manos estén limpias, las uñas cortas y no estaría de más utilizar un poco de lubricante, con el fin de hacer las caricias más suaves. Las sensaciones serán de mayor o menor intensidad que las del orgasmo obtenido por estimulación directa del clítoris. Hay quienes dicen que este tipo de experiencia facilita la multiorgasmia femenina”.

La estimulación del punto G mediante la introducción del pene resulta difícil si no se ayuda con la estimulación manual, especialmente en aquellas mujeres que tengan la vagina distendida por los partos. Por su posición y por la forma normal del pene, las posturas más adecuadas para el coito, cuando se pretende estimular esta zona, son aquellas en las que la mujer está encima del hombre o es penetrada de atrás. En cualquier caso, de no

hallarse el punto en cuestión, no se habrá perdido el tiempo y habrá otras sensaciones que experimentar, como también recomienda Whipple, “cualquier cosa menos pensar que hay sólo una manera de gozar”.²¹ Para algunos, los hombres también poseen su punto G, el que estaría situado muy cerca de la próstata y, si se ejerce presión con uno o dos dedos, detrás de los testículos, en el rafe medio (sitio que corresponde a la proyección de la próstata), muchos hombres manifiestan erecciones más rápidas y con mayor rigidez; sensaciones placenteras e, incluso, intensos orgasmos al ser estimulados directamente en esa zona.

SEXO ORAL

En todas las facetas de la vida cristiana, Dios nos llamó a vivir en libertad, dándonos como máximo mandamiento – no como opción – el amor; un amor tal, que los demás nos reconocerían por esta característica como cristianos en todas nuestras relaciones interpersonales.

Cuando hablamos de sexualidad, no podemos regirnos por “bien o mal”, “bueno o malo” simplemente, sino por la ley del amor (que es superior). “Nunca haré algo que ponga mal a la persona más importante de mi vida”. Como mencionamos anteriormente, si el cónyuge está en desacuerdo con ésta u otra práctica, es suficiente para no hacerlo, porque el pecado consiste en faltar al mandamiento del amor y dañar el regalo que Dios nos ha dado en la persona de nuestro cónyuge.

William Cutrer, M.D. y Sandra Glahn, en su libro *Intimidad sexual en el matrimonio*, sugieren que Cantares 2:3 hace una referencia explícita al sexo oral.

El texto dice así:

“Como el manzano entre los árboles silvestres, así es mi amado entre los jóvenes; bajo la sombra del deseado me senté, y su fruto fue dulce a mi paladar”.

En Oriente el manzano suele ser un símbolo del amor sexual y en la literatura extrabíblica, la fruta se asocia en ocasiones con los genitales o el semen masculino, de modo que es posible que aquí tengamos una delicada referencia a una caricia genitaloral, que ella ha iniciado. Otra cita con lenguaje sugestivo al respecto es Cantares 7:13 que dice:

“Las mandrágoras han dado olor, y a nuestras puertas hay toda suerte de dulces frutas, nuevas y añejas, que para ti, oh amado mío, he guardado”. Muchos matrimonios practican caricias y besos, incluyendo la zona genital como una variante más en su repertorio amoroso; otras, en cambio, lo desaprueban totalmente. Por ello queremos insistir en que deben respetarse mutuamente y no hacer nada que al otro le ofenda. Muchas personas están confundidas al respecto y creen que el sexo oral es una manera de tener sexo más seguro, aliviar a un novio, mantener la virginidad, ser más o menos fiel y conseguir una emoción rápida sin tener que quitarse la ropa. Sin embargo, sexo oral y relación sexual son sinónimos, por lo que desestimamos absolutamente ésta y cualquier otra práctica sexual en parejas que no estén casadas. Por otra parte, todas las infecciones transmisibles sexualmente pueden contraerse por sexo oral. Creen que el sexo oral es una ‘práctica segura’. Si bien es cierto en relación al embarazo, no a las infecciones.

El sexo oral y el cáncer bucal

Estudios recientes demostraron que practicar sexo oral con una persona infectada por HPV es la principal causa de cáncer bucal, enfermedad que afecta a pacientes cada vez más jóvenes. Una investigación realizada por la Universidad de Seattle detectó la presencia del virus del papiloma humano (HPV) en 7 de cada 10 enfermos de cáncer de lengua y faringe. En casi todos los casos estudiados, los pacientes reconocieron que practicaban sexo oral.²²

“En EEUU las infecciones por el HPV relacionadas con la práctica de sexo oral es la primera causa de cáncer oral (boca y garganta). De esta manera, la transmisión sexual supera al tabaco como primera causa de estas enfermedades”, dijo Maura Gillison, investigadora de la Universidad de Ohio. Además, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) pronostica que la mitad de la población estadounidense sexualmente activa contraerá el virus a lo largo de su vida.

Estas conclusiones coinciden con estudios anteriores, en los que se afirma que las personas que han practicado sexo oral con más de seis individuos,

tienen ocho veces más posibilidades de desarrollar esta enfermedad que los menos promiscuos.

Este tipo de cáncer, hasta hace poco, era más común entre personas mayores de 60 años y, generalmente, se lo relacionaba con el tabaco y el alcohol. Pero ahora se lo ha empezado a detectar en personas jóvenes debido a la práctica del sexo oral entre personas infectadas de HPV. ¡Cuidado! Evitar la penetración vaginal no significa que se evitarán las ETS.

SECRETOS DEL DORMITORIO

Besos: un afrodisíaco olvidado

Pocas son las parejas que se besan en público y menos las que practican el beso como elemento siempre presente de sus relaciones amorosas. “*¡Dame un beso de tus labios! Son más dulces que el vino tus caricias, deliciosos al olfato tus perfumes, tu nombre es perfume derramado*”, Cantar de los Cantares 1:2-3 (VP).

Entre los esposos disminuye la cantidad de besos a medida que transcurren los años de casados; sin embargo, el beso es un poderoso estímulo sexual. Las variantes del beso erótico son infinitas: suave y ligero, corto e intenso, largo, lento... Besar constituye todo un arte y es, además, una forma más de comunicación sexual en la pareja. Hay quienes disfrutan besando y siendo besados no solamente en la boca, sino en otras partes del cuerpo. Todo depende de la preferencia personal. La forma en que se besa, el lugar escogido y la intensidad con la que se lo hace podrían ser muy excitantes, si son espontáneos y oportunos y no generan incomodidad propia o de la pareja.

A fin de perfeccionar el arte de amar, les proponemos un encuentro sólo de besos: **comenzar suavemente con besos lentos y prolongados**. Besos dulces y tiernos en cualquier parte del cuerpo pueden despertar un fuerte deseo sexual y despertar el magnetismo dormido entre dos personas. Podrían besar suavemente el labio superior de su pareja y, luego de cierto grado de excitación, incluir besos intensos y húmedos. No se limiten únicamente a los labios. Exploren otras zonas como el cuello, los pechos, los pezones, el abdomen y las piernas. Usen sus labios, presionen fuerte y

suavemente, succionen, recorran y muerdan. Hay quienes dicen que el labio superior de la mujer es una de las zonas más erógenas del cuerpo, incluso hasta llegan a compararlo con las sensaciones que origina una prolongada estimulación clitoridea. Tómense tiempo y respondan sensitivamente a la acrobacia de sus bocas. Procuren darse un beso inolvidable. ¡Sellen su amor con un dulce beso de pasión!

BIBLIOGRAFÍA

1. MASTERS, W. JHONSON, V, KOLODNY, R. *Eros: Los mundos de la sexualidad*. Barcelona. Grijalbo, 1996.
2. CALDIZ, L. y RESNICOFF, D. *Mujer, sexo y fin de siglo*. Bs. As. Editorial Paidós.
3. GINDIN, L. R. *El Rugido*. “Potencia masculina: mitos, problemas y soluciones”. Bs. As. Planeta. 1996.
4. GINDIN, L. R. *La Nueva Sexualidad de la mujer*. Bs.As. Grupo Editorial Norma, 2003.
5. KAPLAN, H. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Barcelona. Alianza, 1997.
6. CALDIZ, L. y RESNICOFF, D. *Mujer, sexo y fin de siglo*. Bs. As. Editorial Paidós.
7. KAPLAN, H. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Barcelona. Alianza, 1997.
8. KAPLAN, H. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Barcelona. Alianza, 1997.
9. KAPLAN, H. *La Nueva Terapia Sexual*. Madrid. Alianza, 1978.
10. BARBACH, L. *Los secretos del orgasmo femenino*.
11. GINDIN, L. R. *La Nueva Sexualidad de la mujer*. Buenos Aires. Grupo Editorial Norma, 2003.
12. BARBACH, L. *Los secretos del orgasmo femenino*.

13. HUGUET, M. GINDIN, L. *Eyacuación precoz. Un problema con solución*. Buenos Aires. Piados, 1998.
14. CALDIZ, L. y RESNICOFF, D. *Mujer, sexo y fin de siglo*. Bs. As. Editorial Paidós.
15. HUGUET, M. GINDIN, L. *Eyacuación precoz. Un problema con solución*. Buenos Aires. Piados, 1998.
- 16,17 GINDIN, L. R. *El Rugido. "Potencia masculina: mitos, problemas y soluciones"*. Bs. As. Planeta, 1996.
18. WHEAT Y WHEAT, E. G. *El Placer Sexual Ordenado por Dios*. Puerto Rico. Editorial Betania, 1980.
19. C. LEGMAN. "*An encyclopaedic outline of oral techquine in genital excitation*", citado en M., *El hombre sensual*. Barcelona. Planeta, 1978.
20. GINDIN, L. R. *La Nueva Sexualidad del Varón*. Bs. As. Paidós. 1º reimpresión de la 2º edición, 1995.
21. GINDIN, L. R. *La Nueva Sexualidad de la mujer*. Buenos Aires. Grupo Editorial Norma, 2003.
22. FRIDMAN, C. *Enfermedades transmisibles sexualmente y el embarazo*. CETIS. Buenos Aires. Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GIN DIN, L. R. *La Nueva Sexualidad del Varón*. Bs. As. Paidós. 1º reimpresión de la 2º edición, 1995.

VÁZQUEZ, J. *Instituto de Terapia Sexual Integral*. Roma.

SAPETTI, A. “*Las disfunciones sexuales y los ISRS*”. En: II Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Bs. As, octubre de 1996.

SAPETTI, A. “*El paciente fóbico y las disfunciones sexuales*”. Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, año 3, Vol. 2, nº 4. Bs. As, 1996.

SAPETTI, A; KAPLAN, M. “*La sexualidad masculina*”. 4ª Edición. Editorial Galerna, 1992.

KAPLAN, H. “*Evaluación de los trastornos sexuales*”. Editorial Grijalbo. Barcelona, 1985.

KAPLAN, H. “*La nueva terapia sexual*”. Alianza. Madrid, 1982.

MCCARY, J; MCCRAY, S. “*Sexualidad humana*”. México. El Manual Moderno, 1992.