

BIBLIOGRAFÍA SESIÓN N° 7

Secretos del dormitorio

Bibliografía

Secretos del dormitorio

Antes de comenzar con el análisis temático quisiéramos contestar tres preguntas que nos parecen relevantes:

1. ¿Por qué se deterioran los matrimonios cristianos?
2. ¿Los problemas sexuales llevan al fracaso matrimonial?
3. ¿Por qué tantos matrimonios cristianos se divorcian?

1. ¿Por qué se deterioran los matrimonios cristianos?

Podríamos decir que las causas son muchas, pero también que se debe a solo una: el alejamiento de Dios. Parece extremo y no aplicable a la cotidianidad de la vida, pero para los matrimonios cristianos solo permanecer cerca del Señor asegura la unidad en el vínculo entre los esposos. Cuanto más cerca estén cada uno de los integrantes a Dios, más cerca estarán el uno del otro.

Decimos alejados de Dios, no alejados de la iglesia o del servicio en la iglesia. De hecho muchas de las personas más activas dentro de las comunidades de fe son las que menos tiempo disponen para cultivar la amistad con el Señor.

Nos preocupa sobremanera la liviandad de la vida cristiana y el poco compromiso de los matrimonios con la oración, la lectura bíblica, el hábito de congregarse como familia, la práctica del ayuno, las lágrimas y la humillación ante el Señor, así como la falta de cambios personales que los conduzcan a parecerse más a Cristo.

Matrimonios cristianos que viven en un ambiente nocivo por años y décadas, con los mismos problemas, los mismos pecados y las mismas tendencias. Hogares en los que abundan las faltas de respeto, las palabras hirientes y los malos tratos. Pero son justamente esos matrimonios los que lloran y se enojan cuando Dios no responde sus oraciones. ¿Por qué debería permanecer el Señor en un hogar que no lo honra? ¿Por qué debería contestar las oraciones si le han dado las espaldas por tanto tiempo?

El escaso discernimiento en los asuntos espirituales y el poco temor que manifiestan los cristianos a la presencia de Dios es preocupante. Frente a esta realidad no podemos "arreglar" un matrimonio con tres consejos y una supervisión semanal. Si no los conducimos a una renovación espiritual y ellos mismos no se vuelven de todo corazón al Señor no veremos resultados permanentes. Nuestros esfuerzos serán infructuosos y lamentaremos el haber desperdiciado tanto tiempo.

Por ello queremos aconsejarles a todos nuestros alumnos que no ministren al intelecto o a las emociones. Si ocurrirá transformación debe comenzar en el terreno espiritual.

Vivir una renovación con el Señor es un verdadero milagro y por ello debemos orar, ayunar, llorar y clamar para que todo lo muerto en nuestra vida y en la vida de los que aconsejamos, pastoreamos o acompañamos pueda ser tratado por Dios para que el fluir de la abundante vida de Dios se manifieste en cada persona y en el hogar.

¡Pero qué diferente es un matrimonio en el que ambos cónyuges buscan sinceramente al Señor! Aun en medio de situaciones límite o problemas graves permanecen en oración y dependencia del Señor, Se apoyan y demuestran la madurez espiritual. Se ve cómo comparten sus cargas con el Espíritu Santo. No nos conformemos con parches en la vida de los cristianos sino que proclamemos y conduzcamos a todos a la vida abundante en Cristo.

2. ¿Los problemas sexuales llevan al fracaso matrimonial?

Los problemas sexuales no conducen al fracaso matrimonial aunque pueden contribuir al desenlace. Aunque reconocemos que es un área vinculante muy importante siempre existen soluciones cuando ambos desean permanecer juntos. No existe incompatibilidad de índole sexual.

3. ¿Por qué tantos matrimonios cristianos se divorcian?

Es más fácil finalizar con una relación que trabajar para que funcione. Las heridas y las decepciones son la combinación justa para el desastre. Sin lugar a dudas la moral de la sociedad ha afectado a la iglesia y vemos que el mundo se ha metido en cada rincón de ella, ¡pero qué poco impacto tiene la iglesia en la sociedad!

En vez de vivir la contracultura cultivamos los mismos hábitos. Antes nadie se divorciaba, ahora como todos lo hacen los cristianos imitan. Nuestra fe parece de pacotilla. Debemos pedir perdón al Señor por no dar todo el consejo de Dios en este aspecto.

A continuación trabajaremos los capítulos 1, 2 y 4 del libro *"Secretos del dormitorio"*.

José Luis y Silvia
CINALLI

SECRETOS DEL DORMITORIO



¡una chispa de pasión!

IDEAS PARA REFRESCAR
TU MATRIMONIO



CAPÍTULO I. 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. 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. 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.

EL DESEO

Capítulo I

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. La costumbre de ver a la persona todo el tiempo quita la expectación por la novedad, pero de ningún modo debería apagar la pasión sexual.

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.

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.

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 re-casamiento, 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.

¿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.

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 frías 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.

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.

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 trabaje fuera del hogar y, después de una jornada completa, regrese 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. Es necesario hacer las paces antes de poder hacer el amor.

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.

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.

EXCITACIÓN

Capítulo II

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.

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!

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.

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.

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 DE IMPOTENCIA

1. Psicológicas.

Responsable de al menos un 50% del total de los casos. La impotencia psicógena o

funcional es, sin duda, la más frecuente.

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 (extirpa-

ción 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.

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 psicógenos. **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 alcanzar lo que creemos que otros logran") 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 orgasmo. 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 discontinuar de manera progresiva la toma es para que ese hombre en particular aumente su confianza en la intimidad y no descanse 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.

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.

Es común observar alguna de las características en diversos momentos de la vida de una mujer, pero para definir la presencia de frigidez se necesitan que todas estén presentes. En otras palabras, la frigidez sería la ausencia absoluta de respuesta sexual y por ello debemos concluir que, como cuadro sexológico, es poco frecuente. No debe confundirse este problema sexual con el uso peyorativo que se hace de la palabra en un intento de ofender porque esa mujer no desea una práctica específica o la intimidad sexual en algún momento determinado.

Algunas mujeres que no experimentan respuesta sexual 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 – y lo volvemos a reiterar – 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 o solución rápida. Es mucho más sencillo tratar a una mujer que en algún momento de su historia tuvo respuesta pero que en la actualidad le cuesta conectarse a esta faceta de su vida.

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 displacentera.

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 sentimien-

tos 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.

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. El vaginismo es la principal causa de matrimonio blanco o matrimonio no consumado (aquel que pasados los cuatro meses desde la fecha de boda no han logrado tener una relación sexual completa, es decir, con penetración).

Generalmente se observa en mujeres jóvenes, al inicio de su vida sexual, con actitudes negativas hacia el sexo, desconocimiento de la anatomía básica con presencia de temores infundados o 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.

Causas generales

- **Educación sexofóbica.** Los principios 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. Aunque actualmente el desenfreno social es muy grande todavía pueden verse mujeres que asocian lo sexual solo con el pecado y no pueden entender que ha sido un área creada por Dios. Educar en los principios bíblicos (que tratamos en el nivel 1 de este curso) es más importante de lo que podemos expresar con palabras. Algunas parejas creen que la santidad involucra que no tendrán intimidad marital,

pero la sexualidad que Dios bendice es justamente en el vínculo del matrimonio entre un hombre y una mujer biológicamente determinados.

- **Experiencias sexuales negativas en la infancia.** Los intentos de violación, antecedentes de abuso sexual o incesto impiden el “abandonarse” al encuentro sexual. Incluso, algunas víctimas experimentan reviviscencias de los abusos en los momentos de intimidad conyugal. Algunas personas abusadas (hombres o mujeres) tendrán actitudes esquivas, cambios repentinos de humor o manifestaciones somáticas diversas que bien pueden relacionarse con sus experiencias negativas en la niñez y/o adolescencia. Es sumamente importante hablar de cómo manejar las reviviscencias o flashbacks. Si el flashback se presentara en medio de la actividad sexual se aconseja que la víctima pueda compartir con su pareja lo que está experimentando, tomar un minuto, respirar con tranquilidad, buscar el afecto empático en los brazos del otro, y luego, volver a conectarse con la actividad sexual intentando disfrutar. Esta última parte del consejo es importante porque el objetivo es que la experiencia vital actual desplace el recuerdo remoto que desencadena el flashback.

- **Temor al embarazo.** La contracción espasmódica de los músculos pubococcígeos se produce ante la más mínima posibilidad de coito fecundante. Por ello se recomienda la visita al ginecólogo al menos un mes antes de la fecha prevista para la boda.

- **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 causa frecuente. Explicar por ejemplo que la vagina se distiende, que si la relación íntima se hace con suavidad, sin brusquedad ni fuerza no existe posibilidad de que algo se rompa suele ser tranquilizador para mujeres que no han iniciado su vida sexual. Las lesiones asociadas a la práctica sexual guardan relación directa con la violencia manifestada. Así como puede romperse un brazo o una pierna por violencia pueden desgarrarse los genitales, pero jamás ocurre eso en una relación tierna y amorosa.

- **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. Por ejemplo, luego de una infidelidad algunas mujeres manifestarán vaginismo secundario. El problema no resuelto del vínculo se expresa en la intimidad sexual

- **Respuesta secundaria al dolor.** El vaginismo puede aparecer como consecuencia de la dispareunia. En otras palabras, algunas mujeres al experimentar dolor por la penetración generan un espasmo reflejo de los músculos pubococcígeos que impiden proseguir con las relaciones sexuales. La causa del vaginismo secundario fue el dolor o 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 (recomendamos el libro *Secretos del dormitorio* porque contiene toda la información y los consejos pertinentes para la resolución de la mayoría de los problemas sexológicos. Este libro les servirá como recurso terapéutico pastoral. Muchos matrimonios con problemas sexuales jamás acudirán a un sexólogo, por medio del libro *Secretos del dormitorio* les llevamos el sexólogo a la casa para que en la intimidad de su hogar pongan en práctica los consejos y sigan las instrucciones. De ese modo el pastor, líder o consejero no se verá obligado a abordar aristas delicadas de la intimidad conyugal en los tiempos de acompañamiento).

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, cual terapia tenderá al fracaso. Por ello como líderes o consejeros debemos reconocer de antemano las probabilidades de éxito o fracaso de nuestra intervención. Es más sugerimos que no avancen en la resolución de ningún conflicto en la pareja, sea sexual o no, si los cónyuges no viven en armonía y comunión. Si ese cimiento todo lo que intenten edificar no prosperará.

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 (en el caso específico del vaginismo). 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

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. ¡Dios cuidó cada detalle! A fin de que los hombres caminasen erguidos y sin dolor por aplastamiento de los testículos por el roce entre las piernas tuvo la consideración de colocar uno más arriba y otro más abajo. Si eres hombre, ¿le has dado gracias a Dios por este regalo?

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 semi-transparente 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.

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 padre. 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 tono 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.

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**.

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*

mo 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 (similar 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 carnoso, 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).

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 genital-oral, 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 desapruaban totalmente. Por ello queremos insistir en que deben respetarse mutuamente y no hacer nada que al otro le ofenda. Si uno de los dos tiene dudas respecto de esta práctica los dos deberían abstenerse por amor, porque forzar la voluntad de cónyuge para el propio placer es dañar el regalo del amor y manchar la conciencia del que no tiene paz al respecto. No dejen que el diablo los instigue a dañarse mutuamente. El respeto y el amor mutuo son más importantes que el tipo de práctica sexual marital.

Finalmente debemos aclarar que, muchas personas están confundidas al respecto y creen que el sexo oral es una caricia sexual para 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 unidas en el vínculo del matrimonio. Tener sexo oral es tener intimidad sexual. Por otra parte, todas las infecciones transmisibles sexualmente pueden contraerse por sexo oral. Creer que el sexo oral es una ‘práctica segura’ es la peor mentira de estos tiempos. Si bien es cierto que no habrá embarazo, las infecciones se propagarán igual o más rápido por esta vía si existen lesiones bucales.

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.¹

“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.

1. FRIDMAN, C. *Enfermedades transmisibles sexualmente y el embarazo*. CETIS. Buenos Aires. Argentina.