







**COMPORTAMIENTO SEXUAL
HUMANO**





Iliana Gorguet Pi es Doctora en Medicina, Especialista de II grado en Psiquiatría, Diplomada en Violencia como problema de salud y Terapia sexual, Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, jefa del Departamento docente de Psiquiatría en la Facultad No. 1 del ISCM, miembro del Pleno Consejo Científico Provincial, Coordinadora del Diplomado de Salud Sexual y Reproductiva auspiciado por la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Sexóloga del Hospital Juan Bruno Zayas, miembro de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad, miembro titular de la Sociedad de Neurociencias de Cuba y de la Sociedad Franco-Cubana de Psiquiatras y Psicólogos.

Ha realizado noventa y tres investigaciones, recibido más de cuarenta cursos, y publicado en numerosas revistas nacionales y extranjeras. Ha participado en sesenta y nueve congresos nacionales e internacionales. En sus treinta tres años de labor ha merecido múltiples distinciones y reconocimientos, entre los que están el Reconocimiento por la Contribución al Desarrollo de la Educación para la Salud en la provincia Santiago de Cuba, Medalla de la Alfabetización, Medalla Distinción por la Educación cubana y Medalla conmemorativa 40 Aniversario de las FAR.





COMPORTAMIENTO SEXUAL HUMANO

Dra. Iliana C. Gorguet Pi



Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008





Edición: Zeila Robert Lora
Diseño: Orlando Hechavarría Ayllón
Composición digitalizada: Darinés Entenza Figueras

© Iliana Cecilia Gorguet Pi, 2008
© Sobre la presente edición:
Editorial Oriente, 2008

ISBN 978-959-11-0597-4
INSTITUTO CUBANO DEL LIBRO
Editorial Oriente
J. Castillo Duany No. 356
e/ Pío Rosado y Hartmann
Santiago de Cuba
E-mail: edoriente@cultstgo.cult.cu
www.cubaliteraria.com





*A mi madre y tía, por haberme guiado por caminos
de inquietud intelectual.
A mi padre, por su vista hacia el futuro.
A Marilian, por su aliento y apoyo.
A Didier, por su optimismo y osadía.*





PRÓLOGO

Los conceptos básicos de sexo, sexualidad, y salud sexual son fundamentales para una buena comprensión del libro Comportamiento sexual humano que la doctora Iliana C. Gorguet Pi, Especialista en Psiquiatría y Terapeuta Sexual les ofrece.

Cuando se habla o escribe del sexo, se trata del conjunto de características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer.

La sexualidad es un término más amplio que el de sexo, por ser el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos; se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. Se puede decir que cada persona es “un ser sexual desde que nace hasta que muere”.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, y enriquecen la vida en general (OPS- OMS).

En este libro la autora explora, en varios capítulos, diversos aspectos de la sexualidad, actitudes y conductas en adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos. Los problemas y trastornos sexuales, su valoración en las consultas de diagnóstico, orientación y terapia sexual. Así aborda: la educación para la sexualidad cuyo

objetivo es la preparación para la vida familiar, de pareja, matrimonial, para contribuir al desarrollo de la persona y su mejor calidad de vida; la adolescencia, caracterizada por la aparición de la pubertad, la iniciación sexual precoz y el embarazo con sus limitaciones físicas, psicológicas y sociales.

Si la función sexual se convierte en un problema en el hombre o la mujer, porque no hay respuesta satisfactoria a los estímulos sexuales, se padece de una disfunción sexual, fuente de ansiedad, angustia y frustración, genera una sensación de malestar en las relaciones interpersonales y de convivencia. La mayoría de los hombres sienten vergüenza, se aturden y deprimen, porque se pone “en entredicho su virilidad, su potencia”.

En los últimos cuarenta años se han venido abajo casi todas las concepciones tradicionales sobre la sexualidad femenina, y las necesidades sexuales de la mujer se consideran legítimas por derecho propio, de ahí que las mujeres se muestran cada vez más conscientes de la realidad de las disfunciones sexuales, y también se desconciertan y deprimen al presentar algún trastorno.

Por último, hay un tema actual, complejo e interesante: a medida que los modos de vida homosexual se han hecho más públicos y esas personas tienen confianza en sí mismas, han surgido otras manifestaciones de identidades sexuales (bisexuales) que reclaman su legitimidad y modo de expresión en la cotidianidad, como prueba viva de la diversidad sexual; esto nos convoca a la reflexión sobre las amplias manifestaciones de la sexualidad en los aspectos erótico-amorosos de estas vivencias, mucho más allá de la genitalidad.

En fin, la doctora Gorguet Pi, en este libro amplía conocimientos básicos y aporta resultados de estudios, sobre estos problemas actuales y acuciantes de la población.

Dr. Sc. Med. CELESTINO VASALLO MANTILLA
Profesor Titular. Consultante de Psiquiatría
Especialista en Sexología y Educación Sexual

ÍNDICE

Introducción/13
Conceptos básicos/17
Anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos y masculinos/23
Anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos/23
El acto sexual femenino/25
Erección y lubricación femeninas/26, Orgasmo femenino/27
Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos/28
El acto sexual masculino/30
El elemento psíquico de la estimulación sexual masculina/31, Erección/32
Respuesta sexual humana/35
1. Fase de excitación/36
2. Fase de meseta/37
3. Fase de orgasmo/37
4. Fase de resolución/38
Período refractario/38
Aspectos sexuales en adolescentes y jóvenes/39
Aspectos sexuales en adolescentes/39

Características psicosociales de la adolescencia/42
Adolescencia/42, Características de la adolescencia temprana/42, Características de la adolescencia tardía/43
Conclusiones/47
Aspectos sexuales en los jóvenes/48
Conclusiones/49
Trastornos sexuales en la mujer/51
Trastornos o disfunciones sexuales/52
Clasificación de los trastornos sexuales femeninos/54
Descripción clínica de los trastornos sexuales femeninos/54
Deseo sexual hipoactivo/54, Deseo sexual hiperactivo/55, Trastorno por aversión al sexo/55, Trastornos de la excitación sexual de la mujer/56, Trastorno orgásmico femenino/56 Dispareunia no orgánica/56, Vaginismo no orgánico/57, Trastorno sexual debido a una enfermedad/57
Etiología de los trastornos sexuales femeninos/59
Causas orgánicas/60, Causas psicosociales/60
Casos clínicos/61
Trastorno de la excitación sexual en la mujer/61, Trastorno orgásmico femenino/62, Trastorno orgásmico coital/62, Trastorno orgásmico/63, Vaginismo/64
Trastornos sexuales en el hombre/65
Clasificación de los trastornos sexuales masculinos/67
Descripción clínica de los trastornos sexuales masculinos/67
Deseo sexual hipoactivo/67, Deseo sexual hiperactivo/68, Trastorno por aversión al sexo/68, Trastorno de la erección/68, Trastorno orgásmico masculino/70, Eyaculación precoz/70, Eyaculación retardada/71,

Eyacuación inhibida o anaeyacuación/72, Dispareunia no orgánica/73, Trastorno sexual debido a una enfermedad/73, Trastorno sexual inducido por sustancias/74

Etiología de los trastornos sexuales masculinos/75

Trastorno de la erección/75, Eyacuación precoz/76, Eyacuación retardada o demorada/77, Eyacuación inhibida o anaeyacuación/78

Casos clínicos/79

Trastorno orgásmico masculino y eyacuación inhibida/79, Trastorno de la erección/80, Trastorno de la erección debido a enfermedad/80, Trastorno del deseo sexual/81

Consulta de terapia sexual. Características psicosexuales de los casos atendidos/82

Conclusiones/90

Consideraciones psicosociales de la sexualidad/92

Conclusiones/94

Comportamiento sexual en la comunidad/95

Conclusiones/107

Comportamiento sexual del adulto mayor/109

Conclusiones/114

Casos clínicos/115

Homosexualidad y bisexualidad/117

Bisexualidad/123

Glosario/125

Bibliografía/131





INTRODUCCIÓN

*Dicen que el hombre es sabio
cuando aprende a reírse de sí mismo.*



Luego de haber incursionado durante veintiocho años en el campo de la sexología, me propuse escribir sobre este tema con el fin de poner al alcance de todos aquellos interesados en el mismo, algunas conclusiones a las que he ido llegando a través del tiempo.

Lecturas, observaciones e investigaciones, unidas a la asistencia brindada a miles de pacientes con problemática sexual, además de la docencia impartida en este campo, me obligan a escribir esta pequeña obra.

Inicialmente pensé que el tema podría sólo ser útil a los profesionales afines a esta materia, pero ahora estoy convencida de que por la forma en que se enfoca interesará a todos, profesionales o no, desconocedores del apasionante fenómeno de la conducta sexual humana.

La información sexual ofrecida aquí posee la característica de brindar referencia científica que permite a cada cual analizar su propia conducta sexual, e ir desarrollando conocimientos sobre la cultura de la sexualidad en Cuba y de esta forma la información es más precisa y evidentemente tendrá más aceptación.

La mayor parte de lo que hoy conocemos sobre la sexualidad humana se ha descubierto y publicado durante el siglo xx, y aún existen puntos de vista controvertidos sobre





algunos aspectos de la amplia y compleja gama de particularidades que la misma abarca. La sexualidad impregna todos los actos del ser humano y posee determinadas características en cada época de la vida, como en la adolescencia y en la tercera edad.

Existen dos vertientes esenciales en cuanto a la sexualidad: un aspecto biológico y otro de tipo psicosocial. El biológico se vincula, además de a la procreación, al impulso, al deseo, a la capacidad de respuesta sexual y al goce a través de ella. El aspecto psicosocial está moldeado desde la infancia cuando se adquieren ideas y actitudes hacia el sexo determinadas por el entorno familiar y escolar, ya que estas varían acorde con el sistema de valores morales que regulan las distintas clases sociales y las diferentes culturas, por lo que la sexualidad carece de validez universal para definir el comportamiento sexual.

La ciencia en su avance continuo, y la aparición de nuevas enfermedades pueden causar cambios sustanciales en las costumbres sexuales.

Hoy no sólo ha variado la concepción acerca del papel sexual que le fue asignado al hombre y a la mujer, sino también existe una sexualidad más abierta y más flexible; actualmente, la relación sexual es concebida como un acto de placer. De igual forma la edad de inicio de esta es más temprana, lo que refleja que la sexualidad se vive con mayor libertad; es una parte de la experiencia humana, sin embargo, los tipos de comportamiento sexual y las actitudes acerca de la sexualidad que se consideran normales, varían mucho de una cultura a otra y entre estas. Muchas conductas que anteriormente eran consideradas prohibidas, hoy han pasado a formar parte del comportamiento sexual



normal y se pueden abordar y discutir abiertamente. Esto ha contribuido a eliminar una serie de mitos tabúes, miedos y prejuicios que han sido arrastrados por hombres y mujeres y han influido negativamente sobre sus actos.

Si bien aún persisten ineficiencias en las conductas sexuales, estas son ocasionadas por una deficiente educación sexual; sin embargo, es evidente el cambio que en este sentido ha ocurrido en la población. Actualmente los problemas mayores son otros, como los embarazos no deseados en la adolescencia, el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, los trastornos sexuales y el derecho a la libre orientación sexual.

Una de las claves para vivir una sexualidad sana y placentera y obtener la máxima satisfacción en las relaciones íntimas, es poseer una adecuada educación sexual, y esto se logra al estar informado de los métodos anticonceptivos, de la prevención de enfermedades, y tener un conocimiento con cierta profundidad de la anatomía y el funcionamiento de los órganos sexuales del hombre y de la mujer, así como una conciencia plena de que se puede disfrutar el sexo a cualquier edad. Cuando existe desconocimiento sobre estos temas, la ignorancia puede repercutir de manera significativa sobre la persona en cuestión, la pareja o la familia, y crear serios conflictos, de ahí la importancia médico social de este libro en la prevención de enfermedades y la promoción de salud.





CONCEPTOS BÁSICOS

Un texto referido a la sexualidad necesita de algunas definiciones que permitan al lector entender el tema en cuestión; está de más aclarar que estas no son absolutas ya que el conocimiento sobre la sexualidad ha cursado por diferentes etapas a lo largo de la historia de la humanidad por lo que aún estarán sujetas a cambios.

SEXO. Es el conjunto de características anatomofisiológicas que definen al ser humano como mujer u hombre. Se nace con él, es universal y no es sinónimo de sexualidad.

SEXUALIDAD. Es la forma en que cada persona expresa sus deseos, pensamientos, fantasías, actitudes, actividades prácticas y relaciones interpersonales y es el resultado de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos, espirituales y comunicativos. Existen múltiples expresiones de la sexualidad, tantas como seres humanos.

Es una construcción histórica que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales —identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías— que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado.



Se construye a lo largo de la vida, somos seres sexuados desde el nacimiento hasta la muerte. La sexualidad mediatiza todo nuestro ser.

En las manifestaciones de la sexualidad se incluyen las relaciones sexuales.

GÉNERO. Se refiere a los roles y responsabilidades socialmente contruidos, asignados a hombres y mujeres en una cultura y lugar. Se aprenden y varían entre culturas y pueden cambiar con el transcurso del tiempo.

IDENTIDAD SEXUAL. Es la manera en que la persona se identifica como hombre o como mujer, o como una combinación de ambos.



IDENTIDAD DE GÉNERO. Es la referencia interna de cada persona, conformada a través del tiempo, que le permite organizar un autoconcepto y comportarse socialmente según su propio sexo y género. Es el núcleo básico de la sexualidad.

ROL DE GÉNERO. Es la función del género. Lo que se aprende para diferenciar al hombre de la mujer, o sea, la interpretación del papel.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO. Son las creencias, expectativas y atributos sobre cómo es y cómo se comporta cada sexo. Existen estereotipos para lo femenino y para lo masculino.

EROTISMO. Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos, como deseo sexual, excitación y orgasmo, y, que en general, se identifican con placer sexual.

ORIENTACIÓN SEXO ERÓTICA. Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un indivi-



duo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Es decir, es la preferencia sexual hacia el mismo sexo, el otro o hacia ambos.

DIVERSIDAD SEXUAL. Más que un concepto es un principio que nos permite aceptar, percibir y convivir con la diferencia. Es una expresión más del desarrollo humano.

La diversidad sexual incluye tres componentes básicos:

- *La orientación sexual* es la dirección erótica afectiva.
- *La identidad sexual* es la definición sexual.
- *La expresión sexual* son las preferencias y comportamiento sexuales.

TIPOS DE ORIENTACIÓN SEXUAL

- Heterosexual: preferencia sexual hacia el otro sexo.
- Homosexual: preferencia sexual hacia el mismo sexo.
- Bisexual: preferencia sexual hacia ambos sexos.

La identidad sexual está dada por el sexo cromosómico y gonadal (biológico), de asignación, psicológico y de crianza.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL. Se caracteriza por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar por el propio sexo biológico.

SALUD SEXUAL. Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.



EDUCACIÓN SEXUAL. La educación sexual es una educación para la sexualidad. El objetivo de esta es la preparación del individuo para ejercer el derecho a: sexualidad plena y responsable, equidad de género, salud sexual, planificación familiar y la familia.

Derecho al desarrollo de una sexualidad plena y responsable

- Asumir a lo largo de toda la vida su sexualidad de una manera enriquecedora, placentera y responsable.
- Desarrollar una autoimagen positiva para sustentar su autoestima y autonomía, asumiéndose en la originalidad de su identidad de género.
- Desarrollar la capacidad de sentir, gozar, amar y ser amado, comprender, dar, compartir y recibir, respetarse y respetar.
- Preservar la intimidad y la integridad sexual de las personas, reconociendo su derecho a fijar los límites de su sexualidad sin amenazar la integridad física, psíquica y sociocultural suya y de los demás.
- La salvaguarda de estos derechos implica el ejercicio de una sexualidad responsable basada en el respeto a la otra persona, a su intimidad, a los límites que ella establezca, considerando al mismo tiempo los patrones socio-étnoculturales en los cuales se encuentran insertadas.

Derecho a una equidad de género

- Establecer relaciones con seres del otro sexo sobre la base de la equidad, respeto, colaboración y solidaridad; interactuando en igualdad de condiciones en el desarrollo de tareas, sean de interés personal o colectivo.
- Cuestionar y evitar replicar la formación de la sexualidad sobre la base de modelos educativos rígidos y estereotipados que contraponen los sexos, fomentando relaciones de supremacía y subordinación que limitan el desarrollo pleno, integral y armónico del ser humano.
- Integrarse, sin distinciones de sexo, en todas las esferas de la vida social en igualdad de condiciones, superando privilegios, prejuicios y discriminaciones.



- 
- 
- Analizar críticamente las relaciones varón-mujer utilizando un enfoque de género en todas los ámbitos de convivencia.
 - Utilizar un lenguaje que omita las connotaciones discriminatorias hacia la mujer o el hombre.

Derecho a la salud sexual

- Reconocer las medidas y hacer uso de los medios para prevenir infecciones y enfermedades de transmisión sexual u otras que afecten el sistema genital reproductor.
- Vivenciar de forma plena y disfrutar su vida sexual excluyendo factores y situaciones de riesgo para sí y su pareja.
- Fomentar la expresión y proyección social de cada persona a fin de que ello contribuya a su crecimiento y desarrollo, individual e interpersonal.
- Saber vivenciar su sexualidad, distinguiendo la función reproductiva del placer, dentro de la afectividad.
- Brindar las condiciones necesarias para el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad y prevenir consecuencias no deseadas.

Derecho a la planificación familiar

- Ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente la oportunidad, el número y espaciamiento de sus hijos, y exigir a la sociedad para esto informaciones, medios y servicios adecuados.
- Disponer de informaciones para vivir su sexualidad independientemente de la reproducción, en especial los adolescentes, a través de la formación integral de su afectividad.
- Disponer de informaciones adecuadas sobre los riesgos del embarazo no planificado en cualquier etapa de la vida.
- Disponer de conocimientos para utilizar todos aquellos métodos anticonceptivos, a los cuales puede recurrir, para



hacer efectiva su decisión, que permita el ejercicio de su sexualidad más allá de la reproducción.

- Vincular la decisión de tener un hijo con la capacidad de ofrecerle atención, cuidado, educación, amor y salud.

Derecho a la familia

- Valorar la posibilidad de conformar una familia en que sus miembros puedan establecer relaciones de convivencia, asegurando un crecimiento y desarrollo intergeneracional, armónico y solidario.
- Crecer y desarrollarse amparados por una familia.
- Velar por los derechos asegurados por las leyes de protección a la familia en todos sus ámbitos.
- Educar sexualmente a la familia transmitiendo valores, creencias, actitudes y prácticas positivas hacia la sexualidad, respetar el derecho de los hijos a decidir sobre su propio destino.
- Construir, preservar y fortalecer una estructura familiar en cualquier circunstancia coyuntural, libre de discriminaciones, en la que se pueda compartir amor y felicidad.
- Respetar las distintas funciones de los miembros de la familia independientemente de jerarquías, relaciones de parentescos y aportes financieros.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS Y MASCULINOS

Anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos

Los órganos genitales femeninos constan de dos partes:

- Órganos genitales internos, situados en la pelvis: los ovarios, las trompas uterinas, el útero y la vagina.

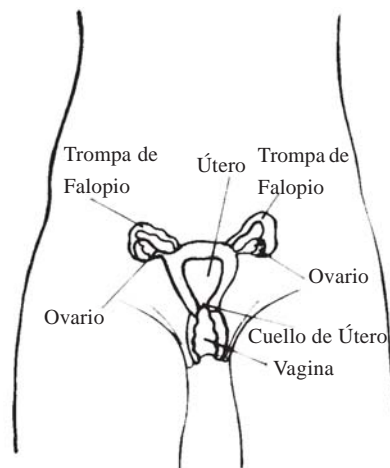


Fig. 1 Órganos genitales femeninos internos.

- Órganos genitales externos: la vulva, en la que se incluyen los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el himen.

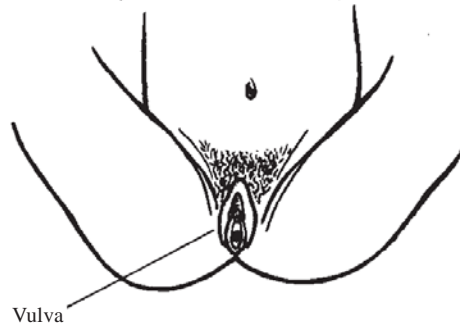


Fig. 2 Órganos genitales externos.

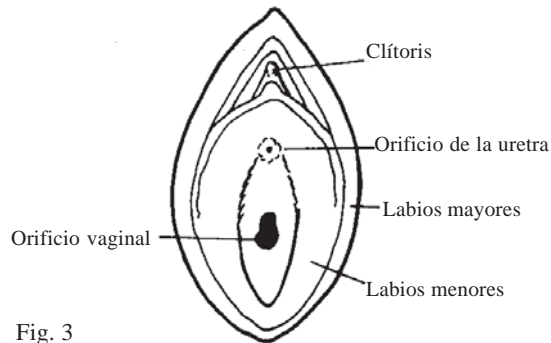




Fig. 3

En la vulva (Fig. 3) se pueden distinguir los órganos siguientes: los *labios mayores*, pliegues de piel que cubren el resto de las estructuras y están recubiertos de vellos; los *labios menores*, pliegues de piel más pequeños que se unen por encima del clítoris y el *clítoris*, un *botón* extremadamente sensible que constituye la fuente de mayor placer sexual de la mujer.





Los principales órganos del aparato reproductor femenino humano son los anteriormente mencionados, de los cuales los más importantes son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. La reproducción comienza con el desarrollo de los óvulos en los ovarios. En la mitad de cada ciclo sexual mensual, se expulsa un único óvulo de un folículo ovárico hacia la cavidad abdominal, de los extremos fimbriados de las dos trompas de Falopio. Este óvulo atraviesa una de las trompas de Falopio y llega al útero; si ha sido fecundado por un espermatozoide, se implanta en el útero, donde se desarrolla hasta ser un feto, una placenta y unas membranas fetales, y convertirse finalmente en un recién nacido.

El acto sexual femenino

El éxito de la realización del acto sexual femenino depende tanto de la estimulación psicológica como de la estimulación sexual local.

Los pensamientos eróticos pueden provocar el deseo sexual en la mujer; esto ayuda notablemente a la realización del acto sexual femenino. Este deseo depende mucho de su educación, así como de su impulso fisiológico, aunque el deseo sexual sí aumenta en proporción al nivel de secreción de hormonas sexuales. El deseo también varía según el ciclo sexual, y alcanza un máximo en la proximidad del tiempo de ovulación, probablemente debido al alto nivel de secreción de estrógenos durante el periodo pre-ovulatorio.

La estimulación sexual local de la mujer es más o menos igual que la del hombre, pues el masaje y otros tipos





de estimulación de la vulva, la vagina y ciertas regiones del periné crean sensaciones sexuales. El glande del clítoris es especialmente sensible para iniciar estas sensaciones.

Como en el varón, las sensaciones sexuales se transmiten a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro. Una vez que estas señales han penetrado en la médula espinal, son transmitidas al cerebro. También los reflejos locales integrados en la médula espinal sacra y lumbar son, en parte, responsables de algunas reacciones en las relaciones sexuales femeninas.

Erección y lubricación femeninas

En torno al introito, extendiéndose hacia el clítoris, existe tejido eréctil casi idéntico al tejido eréctil del pene. Tal como el del pene, este tejido es controlado por nervios parasimpáticos que se dirigen, a través de los nervios erectores, desde el plexo sacro a los genitales externos. En las fases tempranas de la estimulación sexual, señales parasimpáticas dilatan las arterias de los tejidos eréctiles, probablemente como resultado de la liberación de acetilcolina, óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo (VIP) en las terminaciones nerviosas. Esto permite una rápida acumulación de sangre en el tejido eréctil, de forma que el introito se tensa en torno al pene durante la penetración; esto a su vez, ayuda mucho al hombre a lograr la estimulación sexual suficiente para que se produzca la eyaculación. Las señales parasimpáticas, también se dirigen a las glándulas de Bartolino, situadas bajo los labios menores, para provo-



car la secreción de moco inmediatamente por dentro del introito. Este moco supone buena parte de la lubricación durante el coito, aunque también el epitelio vaginal secreta mucho y una pequeña parte procede de las glándulas uretrales masculinas. La lubricación es necesaria para establecer durante el coito una sensación satisfactoria de masaje en lugar de una de irritación, que se puede producir si la vagina está seca. La percepción de masaje es el estímulo óptimo para provocar los reflejos pertinentes que culminan en el clímax masculino y femenino.

Orgasmo femenino

Cuando la estimulación sexual local alcanza una intensidad máxima y especialmente cuando las sensaciones locales son apoyadas por señales adecuadas de condicionamiento psicológico del cerebro, se inician reflejos que producen el orgasmo femenino, llamado también clímax.

El orgasmo femenino es análogo a la emisión y a la eyaculación del varón, y quizás ayuda a promover la fecundación del óvulo. Las intensas sensaciones sexuales que se desarrollan durante el orgasmo también se dirigen al cerebro y causan una gran tensión muscular en todo el cuerpo. Pero tras la culminación del acto sexual, esto da paso, en los minutos siguientes, a una sensación de satisfacción caracterizada por una plácida relajación, un efecto denominado resolución.

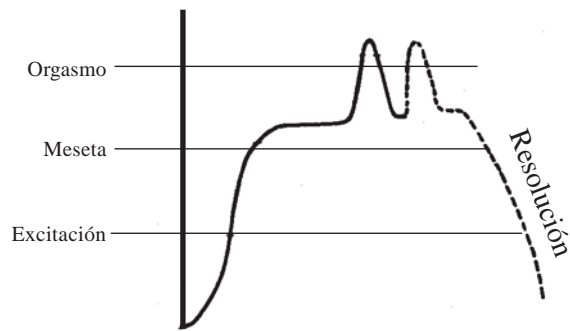


Fig.4 Fases en el ciclo de respuesta sexual femenina.

Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos

Los órganos genitales masculinos comprenden: los testículos con sus túnicas, los conductos deferentes con las vesículas seminales, la próstata, las glándulas bulbouretrales (de Cowper) y el pene, compuesto por los cuerpos cavernosos y la uretra masculina que tiene un carácter mixto, urogenital. El testículo en el hombre y el ovario en la mujer elaboran las hormonas sexuales y por eso pertenecen a las glándulas de secreción interna.

El testículo está compuesto por hasta novecientos túbulos seminíferos en espiral, cada uno de más de medio metro de longitud, en los que se forman los espermatozoides. Estos últimos se vacían después al epidídimo, otro tubo en espiral de unos seis metros de longitud que desemboca en el conducto deferente, que se ensancha para formar la ampolla del conducto inmediatamente antes de que este penetre

en el cuerpo de la glándula prostática. Dos vesículas seminales, localizadas una a cada lado de la próstata, se vacían en el extremo prostático de la ampolla; el contenido de la ampolla y de las vesículas seminales pasan al conducto eyaculador que atraviesa el cuerpo de la glándula prostática para desembocar en la uretra interna. Los conductos de la glándula prostática se vacían, a su vez, en el conducto eyaculador.

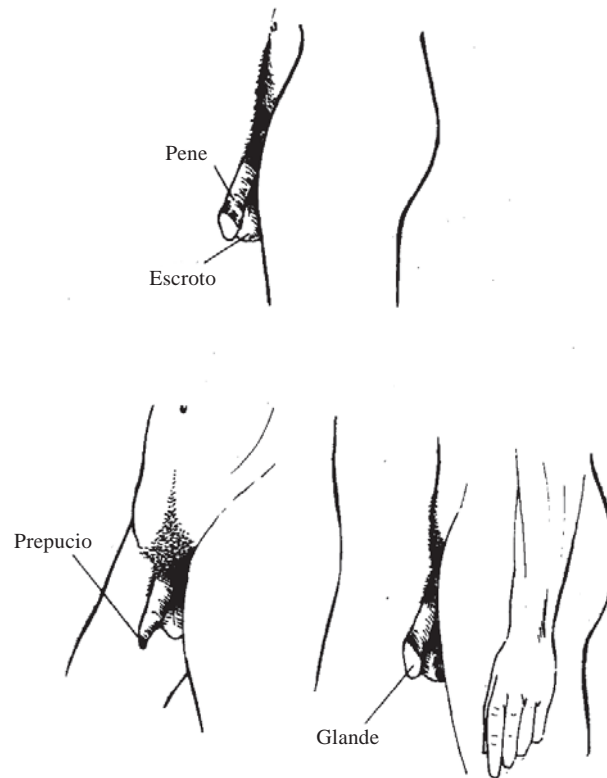


Fig. 5 Órganos sexuales masculinos externos.

Finalmente la uretra es el último eslabón de la comunicación del testículo con el exterior. Está provista de moco derivado de numerosas glándulas uretrales localizadas en toda su longitud y —todavía en mayor cantidad— de las glándulas bulbouretrales localizadas cerca del origen de la uretra.

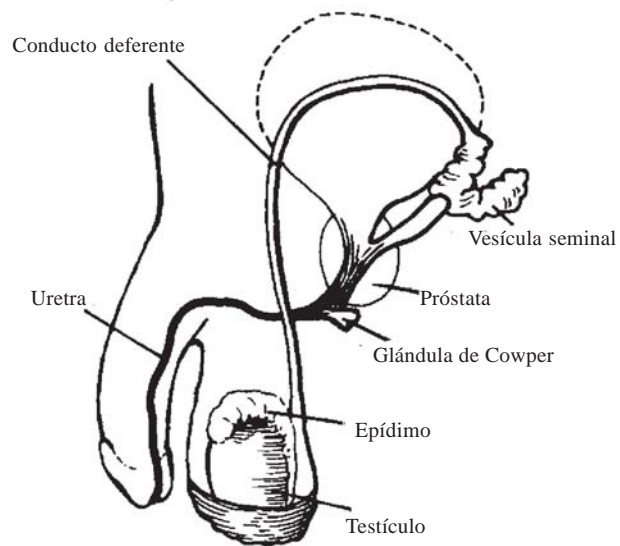




Fig. 6 Órganos sexuales masculinos internos.

El acto sexual masculino

La fuente más importante de señales nerviosas sensitivas para la iniciación del acto sexual masculino es el glande del pene. El glande contiene un órgano especialmente sensi-



ble que transmite al sistema nervioso central una modalidad de sensación denominada sensación sexual. La acción de masaje del glande en la relación sexual estimula los órganos sensitivos terminales y las señales sexuales, a su vez, se propagan a través del nervio pudiendo, y después por el plexo sacro, a la porción sacra de la médula espinal, y finalmente ascienden a través de la médula a áreas no definidas del encéfalo. Los impulsos también pueden penetrar en la médula espinal procedentes de áreas próximas al pene para ayudar a estimular el acto sexual. Por ejemplo, la estimulación del epitelio anal, el escroto y las estructuras perineales en general, pueden enviar señales a la médula que contribuyen a la sensación sexual. Las sensaciones sexuales pueden originarse incluso en estructuras internas, como en zonas de la uretra, la vejiga, la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el conducto deferente.

El elemento psíquico de la estimulación sexual masculina



Estímulos psicológicos adecuados pueden facilitar mucho la capacidad de una persona para realizar el acto sexual. Los simples pensamientos de contenido sexual e incluso el hecho de soñar que se está realizando el coito, pueden hacer que se produzca el acto sexual masculino y culmine en la eyaculación. De hecho, en muchos varones se producen eyaculaciones nocturnas durante los sueños en algunas etapas de la vida sexual, especialmente en la adolescencia.



Erección

La erección es el primer efecto de la estimulación sexual masculina, y el grado de erección es proporcional al grado de estimulación, sea psíquica o física. Es causada por impulsos parasimpáticos que alcanzan el pene desde la porción sacra de la médula espinal a través de los nervios pélvicos. Estas fibras parasimpáticas, a diferencia de la mayor parte de las restantes fibras parasimpáticas, se cree que secretan óxido nítrico, péptido intestinal vasoactivo o ambos, además de acetilcolina. El óxido nítrico relaja las arterias del pene, así como su malla trabecular de fibras musculares lisas del tejido eréctil de sus cuerpos cavernosos y esponjoso. Este tejido eréctil no es otra cosa que grandes sinusoides cavernosos, que normalmente están relativamente vacíos de sangre, pero que se dilatan enormemente cuando la sangre arterial fluye a su interior a presión mientras el flujo venoso está parcialmente ocluido. Además, los cuerpos eréctiles, en especial los dos cuerpos cavernosos, están también rodeados de fuertes revestimientos fibrosos; por tanto, la elevada presión en el interior de las sinusoides provoca un abombamiento del tejido eréctil de forma tal que el pene se endurece y se alarga. Este fenómeno se denomina erección.

Durante la estimulación sexual, los impulsos parasimpáticos, además de promover la erección, hacen que las glándulas uretrales y las glándulas bulbouretrales secreten moco. Este moco fluye a través de la uretra durante la cópula y ayuda a la lubricación del coito. Sin embargo, la mayor parte de su lubricación procede de los órganos sexuales femeninos. Sin una lubricación satisfactoria, el acto sexual masculino rara vez tiene éxito, debido a que el



coito sin lubricación provoca sensaciones de raspado, dolorosas, que inhiben en lugar de excitar las sensaciones sexuales.

La emisión y la eyaculación son la culminación del acto sexual masculino. La primera comienza con la contracción del conducto deferente y de la ampolla para provocar la expulsión de los espermatozoides a la uretra interna. Después, las contracciones del revestimiento muscular de la glándula prostática, seguidas finalmente de la contracción de las vesículas seminales, expelen el líquido prostático y seminal, empujando hacia adelante a los espermatozoides. Todos estos líquidos se mezclan en la uretra interna con el moco ya secretado por las glándulas bulbouretrales para formar el semen. El proceso hasta ese punto es la emisión.

El llenado de la uretra interna con semen desencadena señales sensitivas que son enviadas a través de los nervios pudendos a las zonas sacras de la médula, transmitiendo una sensación de repentina repleción de los órganos genitales internos y causan la contracción de los músculos isquiocavernosos y bulbocavernosos que comprimen las bases del tejido eréctil peneano. Estos efectos unidos determinan aumentos de presión rítmicos, en oleadas, en el tejido eréctil del pene, en los conductos genitales y en la uretra, que *eyaculan* el semen desde la uretra al exterior. Este proceso final se denomina eyaculación. Al mismo tiempo, las contracciones rítmicas de los músculos pélvicos e incluso de algunos músculos del tronco, producen movimientos de vaivén de la pelvis y del pene, que ayudan también a propulsar el semen a los recesos más profundos de la vagina e incluso ligeramente al interior del cuello uterino. Este periodo completo de la emisión y la eyaculación

se denomina orgasmo masculino. Al terminar la excitación sexual del varón desaparece casi por completo todo lo anterior en uno a dos minutos, y la erección termina, este proceso es denominado resolución.

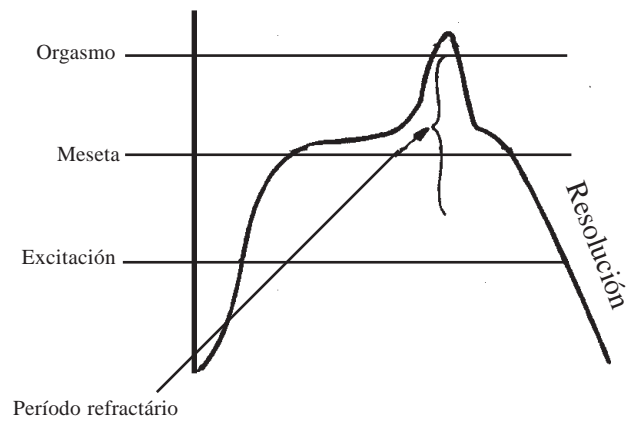


Fig. 7 Fases en el ciclo de respuesta sexual masculina.





RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Los trastornos sexuales están entre los aspectos que tratará este libro, por lo que consideramos necesario referirnos en primer lugar a la respuesta sexual normal, conocida como resultado de las investigaciones realizadas por los doctores William Masters y Virginia Johnson, en las que analizaron las respuestas fisiológicas ante estímulos sexuales de hombres y mujeres entre los 18 y 89 años.

En 1954 se inició dicha investigación sobre la anatomía y la fisiología de la respuesta sexual humana en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. En 1959 se instituyó un programa coordinado clínico y de investigación sobre los problemas de inadecuación sexual humana, que se continuó en enero de 1964, bajo los auspicios de la Reproductive Biology Research Foundation.

Desde hace varias década se estableció la anatomía de la respuesta humana a los estímulos sexuales y se observaron y registraron algunas variantes fisiológicas, como la intensidad y duración de las respuestas individuales.

El programa de investigación se llevó a cabo a través de un intenso interrogatorio (médico, social y psicosexual)



en sujetos de estudio y de la población en general. El material obtenido en estas entrevistas se presentó como estudio general y también como discusión estadística.

Las técnicas para describir y definir las modificaciones físicas groseras que se desarrollan durante los ciclos de respuesta sexual masculina y femenina fueron, en primer término, las de la observación directa. Sin embargo, la observación humana para ciertos detalles varió de manera significativa de acuerdo con la preparación y la objetividad del observador, así se agregaron medidas fisiológicas y registros cinematográficos en colores en todas las fases del ciclo de respuesta sexual.



Masters y Johnson dividen la respuesta sexual masculina y femenina en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo, resolución; y el periodo refractario es exclusivo del hombre.

1. Fase de excitación

Esta fase se inicia debido a sensaciones sexuales que la condicionan y pueden ser del tipo físico o psíquico, tales como una caricia o un recuerdo muy intenso, un beso o un perfume. Veamos a continuación los cambios físicos que ocurren en esta fase.

La mujer se caracteriza por:

- Lubricación vaginal.
- Expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal.
- Elevación de los labios mayores.
- Elevación del cuello y cuerpo del útero.
- Aumento del tamaño del clítoris.
- Erección de los pezones.
- Incremento del tamaño de las mamas.



El hombre se caracteriza por:

- Erección del pene.
- Elevación parcial de los testículos.

2. Fase de meseta

La mujer se caracteriza por:

- Prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina.
- La abertura del introito vaginal de la mujer se estrecha.
- Expansión del interior de la vagina.
- Aumenta la elevación del útero.
- El clítoris se retrae.
- Aumento del tamaño de las mamas.
- Eritema cutáneo (de epigastrio a las mamas, glúteos, espaldas, extremidades y rostro).
- Miotonía generalizada, taquicardia, hiperventilación y aumento de la presión arterial.


El hombre se caracteriza por:

- Aumento del tamaño de los testículos.
- Elevación testicular completa.
- En ocasiones segregación de fluido por la uretra.

3. Fase de orgasmo

La mujer se caracteriza por:

- Contracciones rítmicas y simultáneas del útero, del tercio externo de la vagina y esfínter rectal (plataforma orgásmica).
- Aumento de los ritmos cardíaco y respiratorio.

- 
- El hombre se caracteriza por:
- Contracciones del pene.
 - Eyaculación.

4. Fase de resolución

- La mujer se caracteriza por:
- Desparece la plataforma orgásmica.
 - El útero desciende.
 - La vagina se acorta.
 - El clítoris vuelve a su posición normal.

- El hombre se caracteriza por:
- Pérdida de la erección.
 - Detumescencia del escroto.
 - Los testículos disminuyen de tamaño y descienden al escroto.

Periodo refractario

- Es exclusivo del hombre.
- Es imposible otra eyaculación, aunque en ocasiones se tiene una erección parcial o completa.
- Puede durar varios minutos o varias horas.
- El intervalo es más largo con la edad.
- Varía entre distintos individuos y en un mismo individuo.

Es importante conocer que cualquier alteración, ya sea psicológica u orgánica en algunas de estas fases, impide una respuesta sexual satisfactoria, que de hacerse persistente produce un trastorno sexual.





ASPECTOS SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

Aspectos sexuales en adolescentes

Hoy más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 35 años, un tercio entre 10 y 24 años de edad divididos en adolescentes y jóvenes, de ellos un 80 % viven en países en desarrollo entre los que se incluye Cuba.

El periodo de la adolescencia es una época de rápidos cambios y dificultades concernientes a la evolución del joven como ser humano en el que éste debe enfrentar su sexualidad aprendiendo cómo adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en los diversos tipos de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

En ocasiones, el adolescente es víctima de conflictos, sufrimientos y desconcierto, pero la adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, sino que a su vez suele ser una fase de goce y felicidad. La naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad.





Pero los cambios, cuando los comparamos con el desarrollo fisiológico, ocurren en un periodo de tiempo relativamente breve, y estos son fuentes de situaciones conflictivas que facilitan la aparición de contradicciones entre los jóvenes y sus padres, profesores y familiares, o sea, con la comunidad adulta que los rodea.

Esto ocurre sencillamente porque pensamos que son hombres y mujeres para algunas cosas, y les exigimos determinadas responsabilidades que no les corresponden, y contrariamente, a veces los consideramos niños cuando les prohibimos otras o cuando pretendemos que no inicien precozmente las relaciones coitales, sin antes haber implementado estrategias educativas, para modificar esta manera de actuar, tan extendida en la actualidad en otras partes del mundo.

Los prejuicios y tabúes que han acompañado a la sexualidad a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas, así como su carácter íntimo y privado, hacen que muchos la persigan como algo que no debe ser indagado y que se debe al libre albedrío.

Garantizar que la población adolescente haga uso del derecho de una sexualidad plena y responsable constituye uno de los principios de nuestra política estatal, a lo que se añade el deber de la sociedad de brindar todos los conocimientos suficientes acerca de la sexualidad para ayudar a ejercer este derecho sin riesgo. Por lo que la educación sexual debe ser entendida como educación para el ejercicio de la sexualidad.

De todas las pautas del desarrollo del adolescente, las relacionadas con la identidad sexual son quizás las más dramáticas y misteriosas para ellos que los llevan a nuevos deseos y sentimientos. La familia y, en especial, los padres



constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. La familia es el grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas del comportamiento humano y las expectativas sociales.

Los padres constituyen el eslabón fundamental de esta larga cadena de educadores, por eso debemos en primer lugar educar a los padres para que estos estén en mejores condiciones de orientar a sus hijos.

Nos corresponde contribuir a que los padres se convengan de las realidades evidenciadas por las estadísticas sobre el inicio precoz de las relaciones coitales y la incidencia de infecciones de transmisión sexual en adolescentes, para que contribuyan con una estrategia consecuente en el sentido de evitar estos eventos en los jóvenes, que tan graves secuelas pueden traer para la salud sexual y reproductiva.

Según estudios realizados, 50 % de los adolescentes llevan una vida sexual activa entre 15 y 19 años de edad, con un incremento anual de 10 % a partir de los 12 años, y aproximadamente 25 % de las muchachas con experiencia sexual quedan embarazadas, pero 60 % de estas gestaciones ocurren en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada veinte adolescentes en el mundo contrae una infección de transmisión sexual (ITS), cada año.

El recibir educación sexual contribuye a evitar una ITS, una relación coital sin estar debidamente preparados, un aborto y sus riesgos, un embarazo no deseado o una conducta de cambio frecuente de pareja. En gran medida esta información debe provenir de los padres seguida por la de las instituciones escolares y de salud.



Características psicosexuales de la adolescencia

Adolescencia

Es la etapa del ciclo vital de los seres humanos en la que convergen una compleja integración de procesos psicológicos, biológicos y sociales de las personas y de las condiciones económicas, históricas y socioculturales en las que se desenvuelven.

Durante este periodo ocurren, como ya habíamos expresado, cambios profundos y otros cambios más rápidos. Entre los primeros tenemos: fisiológicos, mentales, afectivos y sociales. Los segundos están dados por una etapa de transición en la que los cambios corporales, mentales y sociales suceden con mucha rapidez y exigen continuas readaptaciones. Los adolescentes comienzan a sentirse independientes, es una época en la que se intenta hacer un nuevo proyecto de vida.

Características de la adolescencia temprana

- Ocurre el estirón puberal.
- Hay cambios hormonales.
- Comienza la capacidad reproductiva.
- Existen cambios somáticos y profundos cambios psicológicos.
- En la muchacha, la menarquia y en el muchacho, la eyacularquia o eyaculación espontánea.

- Puede haber regresión a algunos hábitos de la niñez.
- Hay desajustes entre la madurez biológica y psicosocial.
- Prueban valores de otras personas para buscar los propios.
- Se practica la masturbación y existen fantasías sexuales.
- Hay ambivalencia emocional.
- Hay enamoramientos platónicos.
- Existen formas de egocentrismo.
- Pueden existir algunas conductas homosexuales.
- Aparecen vellos en las axilas y en el pubis.
- La piel se vuelve grasosa y suelen aparecer espinillas, hay aumento de la transpiración.
- Los pechos comienzan a crecer y las caderas se ensanchan y redondean.
- Cambia la voz y en los muchachos aparecen los gallitos.

Características de la adolescencia tardía

- Mayor autonomía e independencia.
- Cambios emocionales menos cargados.
- Idealismo.
- Establecimiento de normas y valores propios.
- Mejor identidad y comprensión del rol.
- Mayor control de los impulsos sexuales.
- Pensamiento abstracto.
- Menos ambivalencia y egocentrismo.
- Alternativas.

Las alternativas conductuales están en relación con la edad, sexo y la educación recibida, estas pueden ser:

- Las caricias sexuales.
- La abstinencia.

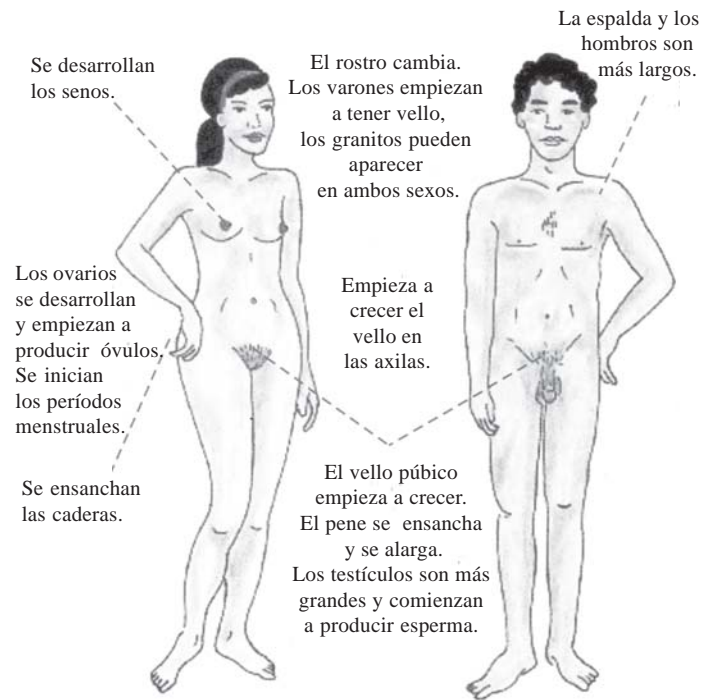




Fig. 8 Cambios físicos en la adolescencia.

- La prostitución.
- La masturbación.
- La relación prematrimonial.
- Las conductas homosexuales.
- Una vida heterosexual estable.

En una investigación que realizamos para precisar criterios y actitudes sobre la sexualidad en un grupo de adolescentes de preuniversitario, de ambos sexos, entre 15 y 19 años, hallamos que la mayoría de las muchachas





tenía pareja estable (69 %), al igual que los muchachos (64 %), por lo que no existen cambios frecuentes de pareja en este grupo de adolescentes; la totalidad de las muchachas no consideraba correcto el aborto en estas edades y de los muchachos, sólo uno lo consideró correcto. Aquí, como podemos ver, hay una buena información sobre los efectos nocivos del aborto en la salud del adolescente y los riesgos que este trae consigo.

Las muchachas consideraban correcto el uso de anticonceptivos y sólo un muchacho dijo que no, lo que evidencia que existe una correcta enseñanza en este grupo sobre la importancia del uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales para evitar las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado.

Casi la totalidad de las muchachas refirió que no sentía vergüenza al pedir a la pareja su preferencia sexual, al igual que todos los muchachos. De lo que se deduce que existe confianza y una buena comunicación entre las parejas. La mayoría de las muchachas no censuraba la conducta homosexual en los muchachos, de éstos, más de la mitad tampoco la censuraba. Como vemos existe bastante comprensión por parte de estos adolescentes respecto a la diversidad sexual.

Casi la totalidad de las muchachas refirió que nunca se masturbaba, una sola dijo hacerlo a veces; en los muchachos hay diferencias sobre esta práctica, ya que la mayoría señaló que lo hacía a veces, una minoría dijo que frecuentemente y sólo uno que no se masturbaba nunca. Estos datos coinciden con estudios realizados por otros autores en que la incidencia de la masturbación es mayor en los varones que



en las mujeres. En este aspecto se infiere desconocimiento por parte de las muchachas de que la masturbación constituye una forma sana de experimentación sexual ya que mejora la autoconfianza en su desempeño, así como alivia la tensión sexual.

Con respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales, en las muchachas predominó su realización una vez por semana, siguiéndoles las que no tienen relaciones, y en los muchachos, la mayoría las tenía diarias, seguido de una vez por semana. En este grupo de adolescentes hay una mayor frecuencia de las relaciones sexuales en los muchachos.

Casi todas las muchachas refirieron haber recibido educación sexual, y en los muchachos hubo un comportamiento similar, esto nos hace pensar que existe una mayor preocupación en lo que se refiere a impartir educación sexual por parte de todos los que de una forma u otra tienen que ver con el tema en cuestión.

Un gran número de las muchachas refirió haber recibido la información sobre la sexualidad a través de libros o revistas y de su pareja, un grupo menor que el anterior refirió que a través de la TV y la radio, siguiéndoles en orden decreciente mediante los padres y la escuela, por la práctica y por las amigas; en los muchachos la mayoría refirió haber recibido la educación sexual a través de los padres, seguido de la escuela, mediante libros y revistas, de la pareja y de los amigos y la práctica. Existe en este grupo de adolescentes una mejor comunicación entre los muchachos y los padres que entre las muchachas y los padres.



Conclusiones

- La mayoría de los adolescentes tenía un buen conocimiento sobre los efectos dañinos del aborto en la adolescencia y sobre el uso de anticonceptivos.
- La comunicación y la confianza entre las parejas resultó satisfactoria.
- Hay una comprensión adecuada por parte de estos adolescentes en relación con la diversidad sexual.
- En este grupo la práctica de la masturbación es mayor en los varones que en las hembras, al igual que la frecuencia de las relaciones sexuales.
- En este medio hay preocupación por educar para la sexualidad.







ASPECTOS SEXUALES EN LOS JÓVENES

En los últimos años se ha notado marcado incremento en el interés de nuestra población sobre temas sexuales. Al mismo tiempo existen publicaciones con informaciones sobre la conducta sexual y aún así hemos observado insuficiencias en la información sobre el comportamiento sexual en estudiantes universitarios.

Masters y Johnson (1987) señalan que los conocimientos sobre materia sexual en los médicos no difieren de manera significativa de otros graduados universitarios.

En una investigación que realizamos con una muestra de 100 estudiantes de medicina de tercer y cuarto años de la Universidad Médica de Santiago de Cuba, constituida por 50 hombres y 50 mujeres, comprendidos entre los 19 y 25 años de edad, se elaboró un formulario con preguntas para ser respondidas de forma anónima y personal por cada estudiante; obtuvimos los siguientes resultados.

La mayoría de los jóvenes señaló la necesidad de educación sexual en la niñez y en la adolescencia; también que esta debía iniciarse entre los 5 y 15 años; en cuanto a la edad de comienzo de las relaciones sexuales, la mayoría (48 % hombres y 58 % mujeres) refirió que debían comenzar entre los 15 y 20 años de edad, así como sobre las



relaciones sexuales prematrimoniales, hubo mayor tendencia entre las mujeres a censurar la actividad sexual del hombre; pero la mayoría opinaba que las relaciones sexuales prematrimoniales no son censurables.

En cuanto a la masturbación informaron que se masturbaban el 24 % de los jóvenes y el 6 % de las jóvenes. Se indagó sobre la utilización de métodos anticonceptivos de la población estudiada y hallamos que los utilizaron el 6 % de los hombres y el 22 % de las mujeres.

Kinsey y cols. (1953) señalan que el 92 % de la población masculina investigada, utilizaba la masturbación para lograr el orgasmo. Estos autores apuntan que la incidencia en la masturbación varía de 85 % a 96 % en varones europeos.

Con respecto a la necesidad de la enseñanza a adolescentes del uso de anticonceptivos, el 98 % de los encuestados de ambos sexos opinaba que la educación sobre el uso de anticonceptivos era necesaria.

Investigamos sobre las áreas más erógenas del cuerpo y las jóvenes señalaron que sus zonas más erógenas eran los genitales y las mamas, y los jóvenes señalaron que el área de mayor excitación sexual eran sus genitales y el cuello.

Conclusiones

- La mayoría de las y los jóvenes señaló la necesidad de educación sexual en la niñez y en la adolescencia, lo que evidencia que estos estudiantes conocen la importancia de una educación para la sexualidad temprana.

- La mayoría de los sujetos respondió que la educación sexual debía iniciarse entre los 5 y 15 años de edad.
- Los sujetos de ambos sexos opinaban que las relaciones sexuales prematrimoniales no son censurables, sin embargo las mujeres fueron poco permisivas para las relaciones sexuales prematrimoniales de su mismo sexo, lo cual denota prejuicio y discriminación entre los géneros.
- La masturbación fue más frecuente en el sexo masculino. A pesar de que la masturbación es una forma de autoplacer sexual, la mayoría de las personas en nuestro medio rechazan esta práctica en la edad adulta y existe más prejuicio respecto a la masturbación femenina.
- La mayoría señaló la necesidad de enseñanza del uso de anticonceptivos dirigida a los adolescentes. Esto lo consideramos muy importante para impedir fundamentalmente un embarazo no deseado tan común en los adolescentes, donde los riesgos de complicaciones son más elevados.
- El 6 % de los jóvenes y el 22 % de las jóvenes utilizaban métodos anticonceptivos. Como podemos observar aunque los y las jóvenes tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos no los usan, otras veces lo utilizan mal o lo usan ocasionalmente, sin tener en cuenta la utilidad que tienen para la prevención de embarazos fortuitos y para proteger la salud.





TRASTORNOS SEXUALES EN LA MUJER

Las relaciones entre sexualidad y psiquismo han sido estudiadas desde la antigüedad; Hipócrates en Grecia y Galeno en Roma opinaban que muchos trastornos mentales dependían de la insatisfacción de las necesidades sexuales.

A pesar de que la sexualidad interesó a pensadores antiguos, medievales y modernos, tardaron mucho en establecerse las características fisiológicas del comportamiento sexual, las relaciones entre psiquismo y respuesta sexual y también las estimaciones estadísticas de los patrones de conducta sexual de la población humana (Masters y Johnson, 1977).

Con los trabajos de Freud en la segunda mitad del siglo XIX comienzan los esfuerzos de los científicos para conocer y tratar los trastornos de la función sexual femenina. Estos estudios iniciaron el conocimiento de los conflictos psíquicos que afectan dicha función. Este autor elaboró técnicas psicológicas de tratamiento para esas perturbaciones.

En Estados Unidos el grupo de Kinsey y colaboradores, 1953, realizaron encuestas masivas en la población, por medio de las cuales se pudieron determinar los patrones del comportamiento sexual. También los investigadores



Master y Johnson describieron los componentes biológicos de la respuesta sexual femenina y desarrollaron técnicas corporales para corregir los trastornos de la respuesta sexual.

En la consulta de terapia sexual, la frecuencia de mujeres que acuden por trastornos sexuales se va elevando en los últimos años, pensamos que este fenómeno está condicionado por el aumento del nivel cultural en nuestra población femenina, los programas de educación sexual y la mayor libertad sexual en las mujeres. A continuación trataremos las distintas formas en que se presentan los trastornos sexuales femeninos.

Trastornos o disfunciones sexuales

Se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Los subtipos se clasifican: de acuerdo con la naturaleza del inicio del trastorno y de acuerdo con el contexto en que aparece.

a. De acuerdo con la naturaleza del inicio:

- De toda la vida. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
- Adquirido. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.



b. De acuerdo con el contexto en que aparece el trastorno.

- General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros.

- Situacional: Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros.

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado a la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases, según Kaplan, H., 1978:

- Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis.
- Excitación: En esta predomina la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
- Orgasmo: Este es el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del periné y de los órganos reproductores. En la mujer se producen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina. El esfínter anal se contrae de manera rítmica.
- Resolución: En esta fase, toda la contracción y vasoconstricción y la miotonía presentes se pierden y se percibe una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante esta fase los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable, por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.



Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases.

Clasificación de los trastornos sexuales femeninos

- Trastornos del deseo sexual.
 - Deseo sexual hipoactivo.
 - Deseo sexual hiperactivo.
 - Trastorno por aversión al sexo.
- Trastornos de la excitación sexual.
- Trastorno orgásmico.
- Trastornos sexuales por dolor.
 - Dispareunia no orgánica.
 - Vaginismo no orgánico.
- Trastorno sexual debido a enfermedad.
- Trastorno sexual inducido por sustancias.

Descripción clínica de los trastornos sexuales femeninos

Deseo sexual hipoactivo

Es la disminución o ausencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Esto puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional, o sea, limitado a una compañía o a una actividad sexual concreta, por ejemplo, no estar dispuesto al coito, pero sí a la masturbación; estas personas no inician casi nunca la

relación y la llevan a cabo con disgusto cuando lo decide la pareja. Se debe tener en cuenta que la disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede dar a entender un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro, es decir, el deseo puede ser relativo al desempeño sexual de la pareja.

En España, desde un tercio a la mitad de las mujeres que acuden a consulta y una estimación aproximada del 10 % de la población femenina, presentan trastornos del deseo hipoactivo (Cabello, F., 2002).

En nuestra experiencia entre el 22,3 % y el 26 % de las mujeres que acuden a consulta de terapia sexual, lo hacen por esta causa.

Deseo sexual hiperactivo

Es el aumento o exceso de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. En este trastorno la mujer siente que sus impulsos sexuales son exagerados, el mismo es también llamado ninfomanía, y en Cuba es más conocido por fuego uterino.

En nuestra casuística, de las mujeres atendidas en consulta de terapia sexual, el 2,2 % ha sido por este trastorno. No hemos hallado reporte en la literatura extranjera.

Trastornos por aversión al sexo

Es la aversión o evitación extrema persistente o recidivante hacia todos o prácticamente todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

La mujer sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. Algunas muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, los besos, los contactos superficiales, también a las secreciones genitales y a la penetración vaginal.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

Es una incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual.

El 24,3 % de las mujeres que acude a nuestra consulta presenta este trastorno.

Trastorno orgásmico femenino

Es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. Los términos disfunción orgásmica y anorgasmia son utilizados como sinónimos.

El trastorno orgásmico femenino es la categoría más frecuente de los trastornos sexuales. No obstante, muchas mujeres que no logran el orgasmo en todos sus contactos sexuales, no padecen de un trastorno sexual, pues solo debe considerarse que se padece, si provoca malestar, insatisfacción o dificultades con la pareja.

En España la prevalencia global de los casos de trastorno orgásmico femenino que acuden a consulta está entre el 5 % y el 10 % (Cabello, F. y col., 2004).

En nuestra labor, de los trastornos sexuales atendidos en consulta, le correspondió a este entre el 25 % y el 38,1 % (Gorguet Pi, I., 2006).

Dispareunia no orgánica

Es el dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en mujeres como en varones. Esta alteración puede aparecer a cualquier edad antes, durante o después del coito, en forma de ardor o dolor, lo mismo

superficial que profundamente en la vagina, y por supuesto, afecta el placer sexual, hasta el punto de evitar o abstenerse de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual.

Según Masters y Johnson entre el 1 % y 2 % de las mujeres adultas tienen coitos dolorosos (1987). En España la puede padecer un 2 % de las mujeres de forma regular, y un porcentaje mucho mayor de forma ocasional (Cabello, F. y cols., 2004).

Por nuestra parte, hemos podido determinar que de las mujeres que acuden a consulta la dispareunia se presenta entre un 4 % y un 8,5 %.

Vaginismo no orgánico

Es la contracción involuntaria de manera recurrente o persistente de los músculos del tercio externo de la vagina ante la penetración del pene. En ocasiones es tan severa que también se presenta ante la penetración de un dedo, del espéculo o de un tampón. Las mujeres que la padecen, generalmente tienen una libido normal, y se sienten molestas de no poder disfrutar del coito.

Según Masters y Johnson, del 2 % al 3 % de las mujeres postadolescentes padecen de vaginismo (1987). En España se estima sobre un 2 % de la población femenina a cualquier edad (Cabello, F. y cols., 2004).

En nuestra consulta, al vaginismo le correspondió entre el 1 % y el 4,6 % de los trastornos sexuales femeninos.

Trastorno sexual debido a una enfermedad

Es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que se considera producida solo por los efectos

fisiológicos directos de una enfermedad. Puede presentarse dispareunia, deseo sexual hipoactivo o trastorno del orgasmo.

La existencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y el trastorno sexual, orientan hacia la misma como causa.

A continuación expondremos algunas enfermedades capaces de producir cualquiera de las formas de trastorno sexual femenino.

- Enfermedades sistémicas: mala salud en general y cualquier enfermedad dolorosa crónica, renal, pulmonar, cardíaca, degenerativa, infecciones y tumores malignos.
- Enfermedades del hígado: hepatitis, cirrosis hepática.
- Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo, enfermedad de Addison, hipopituitarismo, acromegalia, enfermedad de Cushing, diabetes mellitus.
- Enfermedades genitales locales: patología vulvar o vaginal.
- Patologías pélvicas: enfermedad inflamatoria de la pelvis, endometriosis, fibromas, prolapso del útero, fisuras anales o hemorroides, tumores pélvicos, tumores y quistes de ovarios y tumores uterinos.
- Afecciones quirúrgicas, lesiones de los órganos sexuales, trastornos en el suministro de hormonas.
- Trastornos neurológicos, lesiones en el aparato neurológico inferior y en los centros sexuales superiores, trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual no específico.



Etiología de los trastornos sexuales femeninos

La etiología podemos dividirla en causas orgánicas y causas de tipo psicosocial.



Orgánicas: Son aquellas relacionadas con alteraciones estructurales de algún órgano o sistema, endocrinas o fisiológicas, o a los efectos de una droga o fármaco.

Psicosociales: Los factores causantes son fundamentalmente de tipo psicosocial, como los psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales.

No siempre el trastorno obedece a una u otra causa, sino que se imbrican varios factores y entonces podría decirse que obedece a factores combinados, es decir, cuando los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y la enfermedad o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa.

Varios autores se cuestionan cómo los factores psicosociales originan trastornos sexuales, nosotros pensamos que esto tiene su explicación a través de las manifestaciones psicofisiopatológicas, en que se interrelacionan la base anatómica funcional del hombre, que es un ser biopsicosocial, con los sistemas nervioso central, nervioso vegetativo, neuroendocrino y neuromuscular.

Ellos se preguntan, además, por qué muchas personas con situaciones estresantes graves no presentan trastornos sexuales y otras ante situaciones estresantes leves las presentan, pienso que no debemos olvidar la predisposición constitucional de cada individuo, que se refleja como





una hipersensibilidad de un órgano o sistema; para hacer más comprensible este mecanismo lo podemos explicar de la siguiente manera: situación conflictiva o estresante mantenida en el tiempo, ocasiona un estado de ansiedad, que repercute en las vías craneoespinales, neurovegetativas y neuroendocrinas, estas canalizan la ansiedad por el punto débil, en este sujeto sería el órgano sexual del aparato genital, y se ocasiona así el trastorno sexual de uno u otro tipo.

Causas orgánicas

Estados de carencia hormonal, alcoholismo, insuficiencia renal, farmacodependencia, drogodependencia, enfermedad dolorosa crónica, sedantes hipnóticos en dosis altas, antipsicóticos, antiepilépticos, antihipertensivos, antiulcerosos, antirreumáticos, cardiotónicos, hipolipemiantes, antimicóticos, betabloqueadores, diuréticos, acetato de ciproterona, heparina, diabetes, trastornos neurológicos, trastornos pélvicos (infecciones, traumatismos o desgarros de causa quirúrgica), afecciones cutáneas alrededor de la abertura vaginal o de la vulva, irritación o infección del clítoris, enfermedades de la uretra y el ano, enfermedades de la vagina, escasa lubricación vaginal de cualquier causa.

Causas psicosociales

Depresión, baja autoestima, deficiente imagen del propio cuerpo, enmascaramiento de un trastorno sexual, traumas sexuales anteriores, falta de creatividad sexual, actitudes paternas negativas con respecto al sexo, antecedentes de violación, incesto, abuso lascivo, pareja demandante de mucha actividad sexual, no buena identificación de género, conflictos con la pareja o con la familia, falta de intimidad



en la vivienda, deficiente educación sexual, educación religiosa muy rígida e inadecuada; temor: al embarazo, a las infecciones de transmisión sexual, a la pérdida del control, a sentir dolor a la penetración, a ser penetrada, al descrédito por parte de la pareja, al desempeño sexual, a ser rechazada, al grosor y tamaño del pene; mitos culturales, comunicación deficiente de la pareja, hostilidad o desconfianza hacia esta; atracción por otra persona que no es su pareja, poca atracción física por la suya; experiencias sexuales traumáticas durante la niñez o la adolescencia, rivalidad por el poder con la pareja, sentimientos de culpa con respecto al sexo; desacuerdo respecto a las preferencias sexuales, al horario y frecuencia de las relaciones sexuales; ansiedad excesiva durante todo el tiempo y en el momento del acto sexual, ausencia de fantasías sexuales; depresión y baja autoestima.



Casos clínicos

A continuación expondremos algunos relatos de mujeres atendidas en nuestra consulta de terapia sexual, obtenidos de las fichas clínicas.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

Una mujer divorciada, de 21 años, ama de casa, refiere: “Hace más o menos tres años no siento nada en el acto sexual con ningún hombre ni siquiera logro excitarme; estuve casada durante tres años y en todo ese tiempo mi esposo presentó dificultad para la erección y sólo practicábamos el sexo oral (cunnilingus), el cual me satisfacía ocasionalmente”.

Este trastorno obedece a factores psicológicos, debido a un acondicionamiento por realizar solo el sexo oral, por



ello al practicar el acto sexual coitalmente no experimenta sensación.

Se les sugiere la focalización sensorial, o sea, al principio se les prohíbe el acto sexual, durante este intervalo la pareja se limita simplemente a acariciarse sin estimular los senos ni el clítoris, luego pasar a una estimulación genital suave, esto lo realizarán varias veces hasta que finalmente pasen al coito.

Trastorno orgásmico femenino

Una mujer soltera, ama de casa, de 39 años, sin hijos: “He tenido dos matrimonios y nunca he experimentado el orgasmo, logro excitarme, pero no lo consigo. Cuando estoy realizando el acto sexual temo quedar embarazada, además, tengo miedo de sentir dolor. Fui educada en un ambiente religioso y mi madre era muy rígida con respecto al sexo”.

También en este caso la causa del trastorno son los problemas psicológicos ya que se imbrican varios factores como son el temor al embarazo, al dolor, una crianza con patrones muy rígidos con respecto al sexo y una educación religiosa muy estricta; todo esto predispuso a que la paciente en su edad adulta tuviera limitada su capacidad de placer sexual. Se le orienta respecto al tema, haciéndole consciente cuál es la génesis de su problema. Analizando estos obstáculos psicológicos, debe resolver su trastorno sexual.

Trastorno orgásmico coital

Una mujer soltera, trabajadora de turismo, de 36 años: “Me he casado cuatro veces y solo logro satisfacerme mediante la estimulación oral del clítoris, pues hago rechazo

al coito, y mi primera pareja por complacerme solo me hacía el sexo oral.

»A los ocho años de edad un señor amigo de la casa, de unos sesenta años, tenía juegos sexuales conmigo, además mi abuelo me miraba por las rendijas mientras me bañaba o me desvestía y no logro borrar esos recuerdos; y mis padres eran muy represivos con respecto al sexo”.

En este caso de trastorno orgásmico coital situacional debido a factores psicológicos, se superponen un acondicionamiento al sexo oral y factores de desarrollo como es el abuso sexual infantil.

Se trata de un problema bastante común, y estos antecedentes pueden ocasionar miedo a las relaciones sexuales, evitación y sentimientos de culpa, por lo que es necesario un análisis de estos hechos con la paciente para eliminar esas ataduras psicológicas.



Trastorno orgásmico

Mujer en unión consensual, ama de casa, de 30 años:

“Logro el orgasmo esporádicamente y demoro mucho en alcanzarlo con cualquier tipo de estimulación sexual, por lo que apenas siento satisfacción. Entre mi pareja y yo existe poca comunicación, él presenta hace alrededor de ocho años eyaculación precoz, pero nunca ha sido atendido por su problema ya que se niega a asistir a la consulta”.

Esta mujer en ocasiones llega al orgasmo, pero se diagnostica un trastorno porque ella le crea insatisfacción y malestar.

Factores psicológicos interpersonales por una comunicación deficiente, le han creado a esta paciente el trastorno,



como hemos expresado anteriormente, cuando esto ocurre durante la actividad sexual o en la convivencia, es factor desencadenante de un trastorno sexual o mantenedor del mismo, por lo que es necesario abordar con la pareja las dificultades de comunicación que presentan; también el trastorno sexual del hombre contribuyó al desencadenamiento del de ella, por lo que se impone resolver el problema de la pareja.

Vaginismo

Una mujer de 20 años casada, ama de casa:

“Llevo dos años y medio de matrimonio, no tengo hijos y nunca he podido ser penetrada por mi esposo, él es mi primera pareja sexual, me pongo muy nerviosa solo de pensar en eso. Mis padres nunca me hablaron sobre el sexo y mis amiguitas me decían que eso es muy doloroso”.

Este caso de vaginismo obedece a factores psicológicos del desarrollo, ya que el temor a sentir dolor al realizar el coito indujo a la paciente a la evitación sexual y se ocasionó el trastorno.

Se enfrenta a la paciente con su miedo inconsciente de realizar el coito por el temor al dolor y se ofrece a la pareja una explicación acerca de la índole del reflejo espasmódico involuntario que se produce. Después se le enseñan a la paciente técnicas para relajar los músculos que rodean la vagina.





TRASTORNOS SEXUALES EN EL HOMBRE

Los trastornos sexuales masculinos son frecuentes en todo el mundo y aunque no constituyen directamente un peligro para la vida, no deben ser subestimados ya que para el hombre que los padece y hasta para su pareja es fuente de sufrimientos y dificultades en las relaciones interpersonales.

Debemos tener en cuenta, además, que los trastornos sexuales producen en el hombre una considerable afectación de su autoestima, y originan en algunas circunstancias ideas suicidas, suicidios consumados o reacciones situacionales que, de no ser tratadas a tiempo, pueden cursar hacia trastornos psiquiátricos severos.

A finales de la pasada década, a raíz de los nuevos descubrimientos de fármacos que actúan sobre la función sexual, se ha mostrado marcado interés por parte de todos hacia los trastornos sexuales masculinos, teniendo en cuenta la mayor expectativa de cura en los afectados; incluso la frecuencia de los mismos, insuficientemente estudiada hasta ese momento, ha tenido variación en aumento en todas partes del mundo porque más personas acuden a consulta en busca de soluciones.

La sexualidad no es solo un fenómeno que abarca pluri-dimensionalmente la conducta humana, sino es también



un medio que nos sirve para orientarnos en cómo avanza el desarrollo en cada sociedad. Se estima que actualmente en Latinoamérica, cerca de la mitad de los hombres en edad productiva sufren de algún tipo de trastorno sexual. Esto sugiere que este problema está presente en una gran parte de los hombres de esta área geográfica, motivo por el cual debe ser considerado como un importante problema de salud, y no solo por la magnitud del mismo, sino por lo que afecta la calidad de vida del ser humano.

El ciclo completo de la respuesta sexual en el hombre puede dividirse según Kaplan, 1978, en las siguientes fases:

1. Deseo: esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

2. Excitación: es la sensación subjetiva del placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos; los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección.

3. Orgasmo: punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión, y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el hombre existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. Tanto en el hombre como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.

4. Resolución: es una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante esta los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo en un periodo de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases.





Clasificación de los trastornos sexuales masculinos

- Trastornos del deseo sexual.
Deseo sexual hipoactivo.
Deseo sexual hiperactivo.
Trastorno por aversión al sexo.
- Trastornos de la excitación sexual.
Trastorno de la erección.
- Trastornos orgásmicos.
Trastorno orgásmico.
Eyaculación precoz.
Eyaculación retardada o demorada.
Eyaculación inhibida o anaeyaculación.
- Trastornos sexuales por dolor.
Dispareunia no orgánica.
- Trastorno sexual debido a enfermedad.
- Trastorno sexual inducido por sustancias.

Descripción clínica de los trastornos sexuales masculinos

Deseo sexual hipoactivo

Es la disminución o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de actividad sexual. El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional, o sea, limitado a una compañera o a una actividad sexual concreta, por ejemplo, no estar dispuesto al



coito, pero sí a la masturbación; estas personas no inician casi nunca la relación y la llevan a cabo con disgusto cuando lo decide la pareja. Se debe tener en cuenta que la disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede dar a entender un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro.

En consulta encontramos que el deseo sexual hipoactivo estuvo presente en el 6 % de los hombres que fueron atendidos.

Deseo sexual hiperactivo

Es el aumento o exceso de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Este trastorno puede aparecer tanto en varones como en mujeres.



Trastorno por aversión al sexo

Es la aversión o evitación extrema persistente o recidivante hacia y con evitación de todos o prácticamente todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

El afectado por este trastorno sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. Algunos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, los besos, los contactos superficiales, también a las secreciones genitales y a penetrar a la mujer vaginalmente.

Trastorno de la erección

Es una incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección firme hasta el final de la actividad



sexual. Existe variedad en el trastorno de la erección; algunos hombres plantean que presentan la incapacidad desde el inicio de la relación sexual, otros refieren que logran la erección, pero la pierden en el momento de la penetración; unos alcanzan una erección suficiente para penetrar, pero una vez adentro la pierden en cuanto comienzan los movimientos coitales; otros explican que solo la consiguen con la masturbación o cuando despiertan por las mañanas; y hay quienes plantean que solo la logran durante el sueño.

Según Masters y Johnson el trastorno de la erección es el trastorno más común en la población general.

En España, entre un millón y medio y dos millones de hombres padecen de trastornos de la erección, lo que supone una prevalencia entre el 12,1 % y el 19 % (Cabello, 2002). En los Estados Unidos, entre diez y veinte millones de hombres padecen este trastorno, o sea, el 52 % entre 40 y 70 años lo padecen en distinto grado, el trastorno aumenta con la edad y llega hasta el 67 % a los 70 años; y es además el primer motivo de consulta en los servicios sexológicos (Cabello, 2002).

Un estudio realizado en Colombia, Ecuador y Venezuela para conocer la prevalencia del trastorno de la erección, reveló una tasa global del mismo igual a 53,4 % entre hombres con 40 años o más (Morillo, L. y cols., 2002).

En Brasil se realizó un estudio sobre el mismo trastorno en el año 2000 en una muestra de 1 286 hombres de 40 a 70 años, y su prevalencia fue de 48,8 % (Cavalcanti y cols., 2005).

Ugarte y Barroso en México (2001), hallaron una tasa de trastorno de la erección igual a 55 % en una muestra de 1 200 hombres con el mismo rango de edad y de 9,7 % entre 1 800 hombres de 18 a 40 años.

Una investigación hecha en Argentina a 2 499 hombres de 40 a 75 años, durante una campaña de detección del cáncer de próstata en Buenos Aires, reveló una prevalencia del trastorno de la erección igual a 41,7 % (Nolazco, C.A., 2002).

Según los datos epidemiológicos anteriores, se estima que actualmente en Latinoamérica, cerca del 50 % de los hombres con 40 años o más sufren de algún grado de trastorno de la erección y que por lo menos el 3,5 % padece de trastorno total de la erección (2002) .

En nuestra consulta de terapia sexual, de los hombres que asistieron a la misma, el 61 % acudió por trastorno de la erección, y este es el primer motivo de consulta (Gorguet, I., 2006).

Trastorno orgásmico masculino

Es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.

Eyacuación precoz

Es la eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. Hay pacientes que refieren eyacular incluso antes de tener la erección.

Algunas mujeres no se quejan de este trastorno que padece la pareja porque muchas de ellas consideran que su papel es solamente complacer al hombre, aunque ellas no queden satisfechas, y otras porque debido al trastorno de la pareja se les condiciona un trastorno orgásmico y lo ocultan, e indudablemente para ellas es mejor terminar pronto el acto sexual. Es evidente la afectación de este trastorno

a la autoestima del hombre, porque considera que menoscaba su virilidad.

Algunos pacientes nos refieren que acuden a la bebida alcohólica para demorar la eyaculación, pues han observado que después de ingerirla esta es más tardía; si bien esto es cierto, no debe constituir la vía para resolver el problema ya que puede traer consigo otros, como sería la habituación alcohólica o instalarse un trastorno de la erección a largo plazo por el efecto del alcohol.

Según Kolodny, Masters y Johnson (1987), entre el 15 % y el 20 % de los varones estadounidenses presentan al menos un grado moderado de eyaculación precoz.

La prevalencia en España oscila entre el 15 % y el 40 % y se supone en torno a un 30 % de las demandas de atención sexual. Estudios recientes indican en la población norteamericana 29 % de prevalencia (Cabello, 2004).



Brasil, en una encuesta realizada a 2 835 personas, constató que 46,2 % de los hombres presentaron eyaculación precoz. En Europa, otra investigación mostró que la prevalencia de la misma oscila entre el 15 % y el 40 % en la población masculina (Cavalcanti, 2005).

Una investigación en Caracas durante diez años demostró una incidencia de eyaculación precoz de 43 % (Hernández-Serrano y cols. 2005).

La eyaculación precoz en nuestra consulta sexológica, se presenta entre el 25 % y el 37 % de los trastornos sexuales masculinos; se sitúa en orden de frecuencia después del trastorno de la erección.

Eyaculación retardada

Es la eyaculación persistente o recurrente tardía en respuesta a una estimulación sexual. Este trastorno puede



presentarse en cualquier grupo de edad y es más común que la eyaculación inhibida, pocas veces los hombres frecuentan la consulta por este trastorno porque a ellos les puede servir de placer, pero a la mujer le suele ser molesto e incluso hasta doloroso el soportar tanto tiempo los movimientos del pene. Este trastorno en ocasiones se presenta con una pareja específica y con otra no.

En España, la prevalencia oscila entre el 4 % y el 10 % de los hombres que presentan trastornos sexuales (Toquero de la Torre y cols., 2005); en nuestra consulta estuvo presente en aproximadamente el 2 % de los hombres que acuden por trastorno sexual.

Eyaculación inhibida o anaeyaculación

Es la ausencia de eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual.

No debe confundirse la eyaculación inhibida con la eyaculación retrógrada, ya que esta última ocurre debido a que, por lesiones anatómicas del aparato genitourinario, no se produce el cierre del cuello de la vejiga en el momento del orgasmo y el semen es expulsado al interior de la vejiga mezclándose con la orina.

La eyaculación inhibida o anaeyaculación puede ser de toda la vida o de carácter adquirido. Debemos señalar que la mayoría de los pacientes con este trastorno pueden eyacular fuera de la vagina, o sea, durante la masturbación o por la estimulación no coital de la pareja. Este trastorno suele ser general o con todas las parejas, o situacional, es decir, aparece con una pareja y con otra no (Masters y Johnson, 1987).

La prevalencia en España oscila entre el 4 % y el 10 % de los hombres con trastornos sexuales (Cabello, 2002);

se estima en un 1 % de los hombres que acuden a nuestra consulta.

Dispareunia no orgánica

Consiste en dolor genital durante el coito. Puede aparecer antes o después del acto sexual. Este trastorno, aunque ha sido considerado como exclusivo de la mujer, también se presenta en los hombres; el dolor se puede sentir a nivel del pene, los testículos o los órganos internos.

Trastorno sexual debido a una enfermedad

Es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa producida solo por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad. Puede presentarse dispareunia, deseo sexual hipoactivo o trastornos orgásmicos.

La presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y el trastorno sexual, orientan la enfermedad como causa.

A continuación expondremos las enfermedades capaces de producir cualquiera de las formas de trastorno sexual masculino.

Causas anatómicas: Deformidades congénitas como fibrosis testicular e hidrocele.

Causas cardiorrespiratorias: Angina de pecho, enfisema, fiebre reumática, infarto del miocardio, insuficiencias coronaria y pulmonar.

Causas endocrinas: Acromegalia, adenoma cromóforo, castración, craneofaringioma, diabetes mellitus, enfermedad de Addison, eunucoidismo (con síndrome de Klinefelter), hiperprolactinemia, infantilismo, ingestión de hormonas femeninas (estrógenos), mixedema, neoplasias suprarrenales

(con o sin enfermedad de Cushing), tirotoxicosis, tumores feminizantes de las células intersticiales.

Causas genitourinarias: Cistectomía, enfermedad de Peyronie, fimosis, priapismo, prostatectomía perineal (frecuentemente), prostatectomía suprapúbica y transuretral (en ocasiones), prostatitis, uretritis.

Causas hematológicas: Anemia de células falciformes, anemia perniciosa (con enfermedad sistémica combinada), enfermedad de Hodgkin, leucemia aguda y crónica.

Causas infecciosas: Elefantiasis, gonorrea, parotiditis, tuberculosis genital.

Causas neurológicas: Deficiencias en la nutrición, esclerosis amiotrófica lateral, esclerosis múltiple, espina bífida, lesiones del lóbulo temporal, miastenia grave, neuropatías periféricas, parálisis cerebral, parkinsonismo, simpatectomía, tabes dorsal, tumores o secciones transversales de la médula.

Causas vasculares: Aneurisma, arteritis, esclerosis, obstrucción trombotica de la bifurcación de la aorta.

Otras causas: Agentes tóxicos (plomo, herbicidas), cirrosis, insuficiencia renal crónica, obesidad.

Trastorno sexual inducido por sustancias

Las sustancias que inducen al trastorno sexual son alcohol, metildopa, anfetaminas, antiandrógenos, atropina, barbitúricos, bromuro de metantelina, cimetidina, clofibrato, clonidina, psicofármacos, digital (rara vez), diuréticos tiacínicos, drogas adictivas, espironolactona, guanetidina, marihuana, nicotina (rara vez), propranolol, reserpina.

Etiología de los trastornos sexuales masculinos

Trastornos de la erección

Factores orgánicos

Todas las enfermedades que aparecen en el acápite anterior en trastornos sexuales debido a enfermedad, pueden ser causa de trastorno de la erección, por lo que no las repetiremos y sólo expondremos las más comunes: diabetes, alcoholismo, lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple; infecciones y lesiones del pene, los testículos, la uretra o la próstata; estados de carencia hormonal y problemas circulatorios.

En consulta, la causa orgánica que con más frecuencia hallamos asociada al trastorno sexual, fue la hipertensión arterial, ocasionada por los fármacos antihipertensivos más que por la enfermedad en sí; enfermedades urológicas como el varicocele, el hidrocele, hipotrofia testicular, orquitis, epididimitis; asma bronquial tal vez debido al enfisema, diabetes y la migraña.

Factores psicosociales

- Factores del desarrollo

Dominio materno o paterno.

Relación conflictiva entre padres e hijos.

Actitud familiar intensamente negativa hacia la sexualidad.

Experiencia sexual traumática durante la infancia.

Conflictos de identidad de sexo.

Primera experiencia traumática en el coito.

Homosexualidad.

• Factores afectivos

Ansiedad (temor a quedar mal en el acto sexual y por el tamaño del pene).

Sentimiento de culpabilidad.

Depresión.

Falta de autoestima.

Temor al embarazo.

Temor a las infecciones de transmisión sexual.

• Factores interpersonales

Comunicación poco afectiva.

Hostilidad hacia la compañera o cónyuge.

Falta de confianza en la compañera o cónyuge.

No le atrae físicamente la compañera o cónyuge.

Divergencias en cuanto a las preferencias sexuales.

Conflictos en el rol sexual.

• Factores cognitivos

Ignorancia sexual.

Aceptación de los mitos culturales.

Exigencias en la actuación sexual.

Degradamiento en el primer encuentro sexual.

• Otros factores

Episodios aislados de imposibilidad de erección.

Eyacuación precoz.

Influencias yatrogénicas.

Parafilias.

Eyacuación precoz

• Factores orgánicos

Fisiológica (biogénica).

Enfermedad física (daño de la médula espinal).
Enfermedades urológicas (prostatitis, infección del tracto urinario).
Efectos secundarios (farmacológico, retirada de las drogas).

En la consulta encontramos un determinado grupo de pacientes con eyaculación precoz que tenían asociada úlcera gastroduodenal, esta enfermedad es predominantemente psicofisiológica por lo que la eyaculación precoz puede considerarse como tal, esta teoría plantea que los cambios funcionales de distintos órganos están relacionados de modo fundamental, con factores emocionales (Kolodny, Masters y Johnson también apoyan esta teoría, 1985).

- Factores psicosociales

Metz y Prior (2000) plantean: trastornos psicológicos como trastornos obsesivos compulsivos, de personalidad, de ajuste; depresión, ansiedad generalizada, vergüenza sexual, conflictos de relación emocional no resueltos, falta de experiencia y habilidad sexual, dificultad para focalizarse en las propias sensaciones, falta de conciencia del uso del músculo pubococcígeo en el manejo eyaculatorio, eyaculación precoz concomitante con otro trastorno sexual.

Tuvimos la experiencia en consulta de un alto porcentaje con ansiedad asociada a la actividad sexual, y muy frecuente la sobretensión por diversas causas, los sobrehorarios laborales y la privación del sueño.

Eyaculación retardada o demorada

- Factores orgánicos

Alteraciones anatómicas de las vías seminales (a veces congénitas), lesiones neurológicas, alteraciones hormonales

(hiperprolactinemia), yatrogenia quirúrgica, fármacos antihipertensivos, inhibidores de la monoaminooxidasa, diabetes, alcohol.

- Factores psicosociales

Miedos, inseguridad sexual, problemas relacionales de pareja, tensión nerviosa, fatiga, exceso de relaciones sexuales en un periodo de tiempo demasiado corto.

Los casos que vimos en consulta portadores de eyaculación retardada tenían asociada como enfermedad orgánica la sickleemia, y falta de privacidad en su vivienda como factor psicosocial.



Eyaculación inhibida o anaeyaculación

- Factores orgánicos

Lesiones anatómicas del aparato genitourinario, las lesiones de la médula espinal y de los ganglios simpáticos lumbares, el uso de fármacos o drogas que debilitan el tono simpático, las fenotiacinas.

- Factores psicosociales

Cuando se produce eyaculación fuera del coito, como ya explicamos anteriormente, podemos decir que las causas del trastorno son de origen psicosocial, dentro de estas tenemos las siguientes: antecedentes de una educación religiosa rígida durante la infancia; temor al embarazo o el no deseo de tener hijos, a la vagina como órgano contaminado, a la eyaculación como sustancia contaminante; mala relación interpersonal con la pareja, pérdida de la atracción sexual por ella, conocimiento de que ésta ha sido violada, descubrimiento de que le han sido infiel. Además de lo



expuesto, hemos observado inhibición de la eyaculación en hombres cuyas primeras experiencias fueron con prostitutas, rechazo u hostilidad encubierta hacia la pareja y homosexualidad latente.

Casos clínicos

A continuación expondremos algunos relatos de hombres atendidos en nuestra consulta de terapia sexual, obtenidos de las fichas clínicas.

Trastorno orgásmico masculino y eyaculación inhibida

Un hombre en unión consensual, de 30 años, panadero: “Viví con mi pareja durante cinco años, ella es muy celosa y hace cierto tiempo me separé por esa causa y hace cuatro meses tengo la pareja actual, pero no logro el orgasmo ni eyacular. Visité a un curandero y noté una mejoría, sin embargo, al poco tiempo me sentí igual. Debido a la mala relación con mi pareja por sus celos, durante todo el tiempo me masturbaba”.

La posible causa es psicosocial debido al rechazo y hostilidad hacia la anterior pareja.

Este paciente requiere de una explicación haciéndole saber que ciertos sentimientos como celos, incompatibilidad y disputas, interfieren el funcionamiento sexual y que al liberarse de los mismos debe desaparecer el trastorno.



Trastorno de la erección



Un hombre casado, de 39 años, estibador: “Hace un año tengo pérdida de la erección, durante las caricias me excito y la logro, pero cuando voy a penetrar la pierdo. Mi esposa y yo no nos ponemos de acuerdo en cuanto a la posición a adoptar durante el acto sexual, ya que las que yo prefiero ella no las acepta y las que ella prefiere no me hacen sentir cómodo; durante las noches me siento ansioso y en ocasiones triste, no concilio el sueño”.

El trastorno obedece a factores interpersonales por los desacuerdos en las preferencias sexuales, y a factores afectivos como la ansiedad y la depresión. Se orienta a la pareja eliminar las diferencias y llegar a un acuerdo respecto a las posiciones coitales y aprender a relajarse para suprimir la ansiedad, así como tratar la depresión.

Trastorno de la erección debido a enfermedad

Un hombre casado, de 51 años, chofer: “Llevo quince años padeciendo de trastorno para levantar ‘el miembro’, he tenido tratamiento con otros médicos por esta causa y no he resuelto mi problema, tengo buenas relaciones con mi esposa con la cual llevo veintiocho años de matrimonio, hay privacidad y armonía familiar. Padezco hace veinte años de diabetes mellitus y de una espina bífida”.

El trastorno de la erección posiblemente obedezca a causas orgánicas, es decir, una enfermedad de origen endocrino y neurológico, por lo que deberá ser sometido a un estudio completo, en que se realizarán los exámenes complementarios correspondientes para determinar o descartar-



tar las enfermedades que podrían repercutir en su funcionamiento sexual, y una vez diagnosticada, seguir la conducta terapéutica correspondiente.

Trastorno del deseo sexual

Un hombre casado, de 32 años, segundo administrador de un supermercado: “Siento falta de deseo sexual hacia mi esposa, yo la quiero y la estimo, pero no siento deseos por ella, esto me viene sucediendo desde hace unos tres años y cada día se agudiza más, he tenido otras relaciones en la calle y sin problemas con el deseo; hay privacidad en la casa. No he tenido atención con otro profesional por esta causa. Padezco de hipertensión arterial hace once años y llevo tratamiento con propanolol y clortalidona”.

Este caso de trastorno del deseo sexual obedece a factores combinados ya que hay trastornos psicológicos de tipo interpersonal exclusivos con la esposa que pudieran estar dados por pérdida de la atracción física o por monotonía en torno a la actividad sexual, falta de creatividad por parte de la mujer; y por otro lado, es conocido que muchos de los fármacos hipotensores tienen efectos secundarios que inciden negativamente en la actividad sexual, pero generalmente estos efectos desaparecen al poco tiempo de suspenderse la medicación, además, existen otros fármacos hipotensores con efectos secundarios mínimos sobre la función sexual que en caso de aparecer el trastorno podrían sustituir a los anteriores; debemos señalar que en ocasiones a pesar de ser suspendida la medicación persiste el trastorno pero es por la ansiedad, porque el factor psicológico influye en el inicio de la exacerbación.



CONSULTA DE TERAPIA SEXUAL. CARACTERÍSTICAS PSICOSEXUALES DE LOS CASOS ATENDIDOS

El aumento de los conocimientos sobre la sexualidad ha traído consigo nuevas formas en el tratamiento de los trastornos sexuales, este progreso ha contribuido a brindar una mejor atención a todas las personas que acuden en busca de ayuda por estos problemas.

Antes de 1970 el tratamiento de los trastornos sexuales era, por lo general, patrimonio de la psiquiatría y en Cuba también estuvo en manos de algunos ginecólogos y urólogos.

En los inicios de los años 80 se comenzó en Cuba la formación de algunos grupos multidisciplinarios para tratar estos trastornos, impulsados por el grupo nacional, de Educación sexual. En la actualidad la terapia sexual es un campo en el que intervienen diferentes especialidades: Psiquiatría, Medicina, Psicología, Urología, Endocrinología, Angiología, Ginecología, Neurofisiología y otras.

El objetivo primordial de toda terapia sexual, consiste en aliviar el trastorno del paciente y para ello combina experiencias sexuales prescritas y psicoterapia; todas las intervenciones terapéuticas, las tareas, la psicoterapia, la terapia de pareja, se hallan al servicio de este objetivo.

El tratamiento termina cuando se alivia el trastorno y cuando los factores que eran directamente responsables del

problema han sido identificados y resueltos lo suficientemente como para garantizar que el funcionamiento sexual del enfermo es permanente y sólido en grado razonable.

Existen muchas modalidades de terapia sexual, a continuación mencionaremos algunas de ellas:

- El modelo de Masters y Johnson.
- El modelo de Helen Kaplan.
- Terapia conductista.
- El modelo de Lo Piccolo.
- Métodos suplementarios.

Reiteramos que el objetivo primario de la terapia sexual es la curación de los síntomas sexuales y compartimos la opinión de la doctora Kaplan cuando plantea que: “la eficacia de la terapia radica, no en seguir una especie de libro de recetas, sino en los rasgos personales e imponderables del terapeuta, es decir, su flexibilidad, su liberalidad, su inventiva, su capacidad de intuición, su cordialidad y su sensibilidad, que son los ingredientes esenciales, aunque no específicos, del éxito en todas las interacciones humanas orientadas hacia una terapéutica”.

En una investigación que realizamos en la consulta de terapia sexual, para identificar algunas características de un grupo de pacientes atendidos, tomamos 50 sujetos al azar, de ambos sexos y le realizamos entrevistas personales y directas; apenas hubo diferencias entre los sexos ya que el 52 % fueron mujeres y el 48 % hombres, y con respecto a la edad predominaron los sujetos de 38 a 47 años (34 %), seguidos de los de 28 a 37 años (30 %); como podemos observar prevalecieron los grupos en que los sujetos tenían una vida sexual de mayor actividad.

Con respecto a la edad en que tuvieron su primera relación sexual, observamos que predominó el grupo de 16 a 20 años

(48 %), siguiéndoles los que comenzaron antes de los 15 años (32 %) y por último los de 21 a 25 años (10 %), esta cifra se aproxima a la obtenida por Kinsey (1948) 38,8 % en los de menores de quince años.

En cuanto a la relación interpersonal con su pareja, obtuvimos que la mayoría refirió amor por la misma (76 %), otro grupo dijo sentirse distanciado (20 %), y una minoría expresó que le era indiferente (4 %). En cuanto a las relaciones sentimentales con la pareja, predominaron las satisfactorias (54 %), seguidas en orden decreciente las insatisfactorias (18 %), con conflictos (14 %), con celos (8 %), y sin amor (6 %), es decir, fue evidente que una comunicación poco afectiva, la hostilidad y la falta de confianza en el compañero o cónyuge puede ocasionar trastornos sexuales.

Al explorar acerca de la masturbación hallamos que prevalecieron los que nunca se masturban (74 %), seguidos de los que se masturban a veces (16 %) y por último, una minoría que se masturban frecuentemente (10 %); estos datos coinciden con los de otros autores; Díaz, O. y López, I., 1995, hallaron en una investigación en La Habana una cifra de masturbación de 20,7 %.

En relación con la frecuencia de las relaciones sexuales, observamos que predominó de dos o tres veces por semana (36 %), el menor por ciento correspondió a la diaria y a los que tenían más de una vez por día con un 2 % respectivamente. Esto coincide con lo encontrado por otros autores; según los hallazgos de Kinsey y Hunt en el grupo de edades de 16 a 25 años en 1948, la media fue de 2,45 coitos por semana y para el mismo grupo en 1972 llegó a 3,25.

Respecto a los que lograban el orgasmo, encontramos que un mayor número de personas refirió alcanzarlo a veces (38 %), después los que no lo lograban nunca (28 %), un grupo menor dijo alcanzarlo siempre (26 %) y una minoría, habitualmente (8 %).

En cuanto a la posición coital más utilizada por los sujetos: la mujer acostada boca arriba y el hombre encima fue la que predominó (76 %), seguida de la mujer encima del hombre (52 %) y de costado (50 %). Masters y Johnson plantean que sin duda esta posición coital es la más generalizada en la sociedad occidental; en la investigación realizada en La Habana por Díaz, O. (1995) también refiere que el 91,2 % de los sujetos utiliza la posición acostados, hombre arriba, para la realización del coito. En esta posición la mujer yace acostada de espaldas, las piernas extendidas y un poco abiertas y el varón encima de ella. Esta posición también llamada “del misionero”, permite introducir el pene con relativa facilidad y admite, además, que la pareja se mire, se bese; pero a pesar de ser la más utilizada y de tener la ventaja de que si se desea un embarazo es la mejor posición, tiene la desventaja, por la que muchas mujeres se quejan, de que el peso del hombre no les permite realizar adecuadamente los movimientos de la pelvis y para los hombres también, ya que el peso del cuerpo recae sobre los codos y las rodillas produciéndoles mayor fatiga muscular. En cuanto a la posición mujer arriba, aquí ella tiene mayor control de sus movimientos y el cuerpo del hombre reposa en la cama sin realizar esfuerzos.

Hombre encima



Con todo el peso.



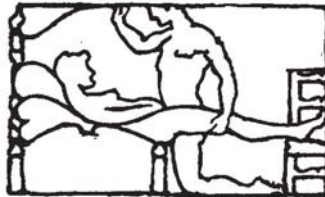
Soportando el propio peso.



Contacto a todo lo largo.



Almohada que levanta la cadera.



Mujer apoyada en la cama
(en caso de embarazo).



Con los muslos por fuera.

Mujer encima



Muslos cruzados.



Entre los muslos.

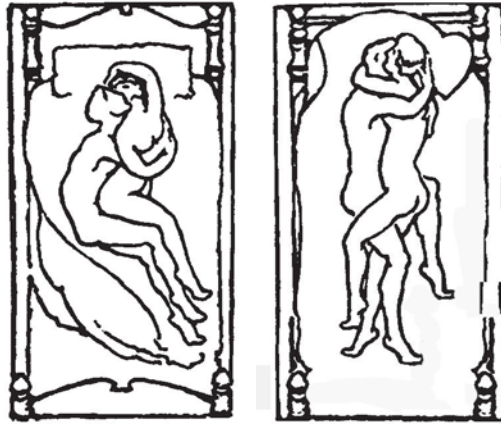


Con los muslos del hombre juntos.

Fig. 9 Posturas coitales.

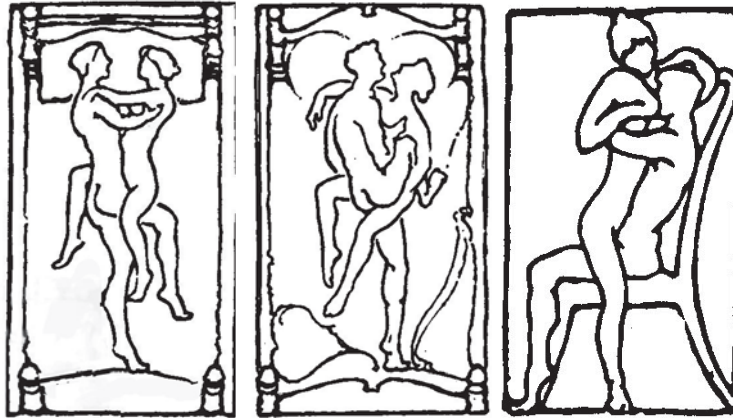
Patrones más importantes para el acoplamiento vistos de perfil.

Vistas desde arriba



Introducción vaginal por detrás.

De lado, cabalgando sobre un muslo.



los muslos de ella.

Con él cruzado en diagonal.

Sentados.

Fig. 10 Diagramas coitales empleados en el asesoramiento conyugal sobre problemas de posturas.
(De Dickinson, R. L.: *Atlas of Human Anatomy*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1949.)

Sobre la presencia de fantasías sexuales, en la investigación predominaron los que no tenían nunca fantasías (64 %), seguidos de los que la tienen a veces (32 %) y por último, una minoría refirió tenerla siempre (4 %). Como podemos observar en nuestro medio no son muy frecuentes las fantasías, sin embargo, son útiles para inducir o potenciar la excitación sexual.

Cuando analizamos las disfunciones sexuales encontramos más el trastorno de la erección (28 %), seguido del deseo sexual hipoactivo (26 %), y en orden decreciente el trastorno orgásmico femenino (25 %), la eyaculación precoz (16 %), la dispareunia (4 %) y el vaginismo (1 %). Este resultado coincide con otros autores quienes refieren que en España y Estados Unidos el trastorno de la erección es el primer motivo de consulta en los servicios sexológicos.

Al indagar sobre como valoran la información sexual recibida, observamos que el mayor por ciento la considera acertada (44 %), siguiéndoles los que la consideran incompleta (28 %), un 10 % refirió que hubiera preferido otra, un 8 % la consideró suficiente, 4 % dijo que la consideró equivocada, otro 4 % refirió que fue muy prohibitiva y un 2 % dijo haberle creado problemas.

Como podemos observar la mayoría presentó alguna dificultad con la información acerca de la sexualidad. Vassallo, C. (1995) constató en la consulta de terapia sexual en La Habana, frecuente desinformación sexual en los sujetos que asistieron a la misma. Como hemos referido en acápite anteriores, la información acerca de la sexualidad es un aspecto básico que forma parte de la educación sexual y cuando no se lleva a cabo trae consigo consecuencias que pueden influir en la causa de muchos trastornos sexuales.

En relación con los conflictos ambientales concomitantes predominaron los conyugales (52 %), seguidos de los familiares y laborales con un 16 % respectivamente; los de vivienda (6 %) y otros, como duelo, abuso lascivo, un 10 %. De aquí se infiere la importancia que tiene para el buen funcionamiento sexual la relación de la pareja y que corresponde al terapeuta conocer la relación afectiva existente entre la misma, para de este modo informarle a través del diálogo lo importante del amor, y que las caricias, el cariño y la dulzura despiertan el deseo sexual de la pareja.

Respecto a los factores etiológicos de los trastornos sexuales hallamos que el por ciento predominante fue psicosocial (94 %) y el 6 % restante, orgánico.


Kolodny, Masters y Johnson plantean que alrededor del 90 % de los pacientes parecen presentar una causa principalmente psicógena como origen de su disfunción. Aunque también consideramos que por lo general se mezclan una y otra causa, o sea, debido a enfermedad o a fármacos y sustancias, y a causa psicosocial; tal vez no desde el inicio, pero posteriormente sí. En cuanto a la naturaleza del comienzo del trastorno, fueron más frecuentes los adquiridos (82 %) y de toda la vida (18 %), Kolodny, Masters y Johnson reflejan estadísticas similares.

Al analizar la evolución de la enfermedad después de tratamiento, observamos que el 40 % de los pacientes mejoró, un 12 % no obtuvo mejoría y el 48 % no asistió más a consulta, por lo que desconocemos su evolución ulterior. Estos resultados terapéuticos coinciden con los índices de los resultados de los tratamientos obtenidos en otras consultas sexológicas.



Conclusiones

- La primera relación sexual es más frecuente entre los 16 y 20 años de edad, lo cual indica un inicio temprano de las relaciones sexuales.
- En las parejas en que existe una relación sentimental satisfactoria, con buena comunicación entre ellos y confianza mutua, la calidad de la relación sexual es mejor.
- Aunque la masturbación es una forma de autoplacer y goce y una práctica normal de conducta sexual, es poco utilizada.
- El mayor por ciento de los hombres y mujeres tienen relaciones coitales dos o tres veces a la semana entre los 20 y 40 años de edad.
- Existe infinidad de posiciones coitales, pero la mayoría utiliza la mujer abajo y el hombre encima, la mujer encima y la de costado o lateral.
- Las fantasías sexuales que incrementan la excitación sexual, fueron poco frecuentes.
- La prevención de los trastornos sexuales debe comenzar con la actitud de los padres, facilitándole a los hijos una información sexual adecuada para cada edad y dejando que hablen libre y espontáneamente de la sexualidad. Las familias que adoptan una actitud prohibitiva y desacertada sobre la sexualidad pueden contribuir a que el niño presente trastornos sexuales en la adultez.
- Los conflictos entre las parejas por lo común dificultan y entorpecen el buen funcionamiento sexual.
- En el hombre, las principales alteraciones de la función sexual son el trastorno de la erección, la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo; en la mujer, se destacan



el trastorno orgásmico, el deseo sexual hipoactivo, la dispareunia y el vaginismo.

- En la mayoría de los casos la causa del trastorno sexual es de tipo psicosocial y en alrededor del 6 % la causa predominante es orgánica.
- Los trastornos sexuales adquiridos fueron más frecuentes que los de toda la vida.
- Los conflictos ambientales que predominaron fueron conyugales.
- Con el tratamiento impuesto a los pacientes el 40 % de los mismos mejoró, el 25 % no mejoró y el resto no asistió más a consulta; no obstante, esperamos que cuando dispongamos de mayores métodos diagnósticos y terapéuticos, el índice de mejoría en el tratamiento de los trastornos sexuales sea superior.



CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones sobre la sexualidad, pero cada persona la experimenta de distinta forma, porque es individual. Se trata de un aspecto que proviene tanto de experiencias personales y particulares como de causas sociales.

No es posible comprender la sexualidad humana sin reconocer su carácter de multiplicidad; no obstante, al estudiar la sexualidad desde diversas facetas, hay que tener en cuenta que para comprenderla es necesario conocer al individuo y la compleja naturaleza del ser humano.

Un estudio transversal realizado en la consulta de terapia sexual nos permitió apreciar que la mayoría de los sujetos tenían relaciones sexuales de noche (53 %), el 22 % de madrugada, un 20 % en cualquier momento del día, 3 % de tarde y el 2 % de mañana.

Consideramos oportuno aclarar que el sentido de la visión juega un papel importante en la estimulación sexual, fundamentalmente en la fase de excitación y sin embargo, observamos que existe cierta inhibición para tener relaciones sexuales con la luz del día.

La mayoría de los sujetos (88 %) refirió intercambiar palabras, frases, sonidos, durante las relaciones sexuales y

el 12 % restante dijo que no. Este aspecto del intercambio verbal o extraverbal de las parejas durante el acto sexual, incrementa indudablemente la comunicación, así como la intimidad sexual.

La mayoría de los pacientes planteó que su satisfacción sexual con el paso del tiempo disminuyó (50 %), el 40 % refirió que se mantuvo y solo una minoría expresó que aumentó (10 %).

Muchas veces esta insatisfacción se debe a la monotonía que produce la falta de cambios y de imaginación a la hora de hacer el amor; es necesario introducir elementos nuevos en la relación sexual con su pareja.



La frecuencia de las relaciones sexuales los fines de semana no sufrió modificación en la mayoría de los sujetos (63 %), el 20 % planteó que aumentó y el 17 % dijo que disminuyó.

La manifestación afectiva de la pareja se comportó de la siguiente manera: comprensiva (21 %), cariñosa (16,7 %), sincera (14 %), dominante (11,6 %), poco habladora (10 %), reservada (10 %) y comunicativa (10 %), fría (5 %) y sumisa (1,7 %).

No olvidemos la importancia que tiene un ambiente afectuoso por parte de la pareja, no sólo en el momento de tener las relaciones sexuales, sino crear un clima amoroso que esté presente durante todo el tiempo de la relación.

La mayoría de los sujetos tiene las relaciones sexuales para satisfacer los deseos de su pareja (32 %), el 26 % la tiene por necesidad fisiológica, para disfrutar (26 %), sentirse realizado (11 %) y un 5 % para cumplir una obligación.

Como podemos observar la generalidad se ocupa más de satisfacer los deseos de su pareja que de los suyos, si



bien es cierto que ambos deben tratar de satisfacer las necesidades sexuales de su pareja hasta donde sea posible, no significa que nos preocupemos más por los deseos de la pareja que por los nuestros, esta forma de pensar de que el sexo es algo que debe hacerse por el otro es errónea, ya que cada cual debe asumir su goce sexual.

Conclusiones

- Aunque no existe un patrón para el horario de las relaciones sexuales, la mayoría de los sujetos las tienen de noche.
- El intercambio verbal o extraverbal de las parejas durante el acto sexual incrementa la comunicación sexual y es utilizado por la generalidad de las parejas.
- La monotonía y el aburrimiento sexual conducen a la insatisfacción sexual y es común en gran número de pacientes.
- El goce sexual es algo que debe ser asumido independientemente por cada persona.



COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA COMUNIDAD

La sexualidad humana comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales. La historia nos enseña que las teorías y las prácticas sexuales varían grandemente según la época y el lugar. Durante más de dos mil años, la religión desempeñó un papel relevante en la conformación de las nociones sobre el sexo.

Con los trabajos de Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, se logró demostrar la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia humana.

Posteriormente Kinsey (1894-1956) realizó extensas entrevistas personales a 1 200 personas de todas las condiciones. Hasta que más tarde Masters y Johnson sostenían la hipótesis de que para profundizar y comprender las complejidades de la sexualidad humana, el individuo necesita previamente aprender anatomía, fisiología sexual y manejar datos biológicos y sociológicos.

La ignorancia a veces ocasiona trastornos innecesarios que pueden llegar a serias perturbaciones en la vida más íntima. Los problemas conyugales relatados por algunos hombres y mujeres, muestran con frecuencia que ellos no poseen aún conocimientos para la conducción feliz de su



matrimonio, especialmente en las cuestiones que tienen que ver con la sexualidad.

La persona debe ser instruida para la relación correcta con otro sexo. Tanto en la mujer como en el hombre no puede reducirse la relación sexual a un simple mecanismo fisiológico como en ciertas especies animales, este tipo de relación pone en acción toda la personalidad y cada persona deposita en esa relación sus necesidades biológicas, sus aspiraciones psíquicas, sus valores culturales y la experiencia alcanzada durante la vida y el desarrollo que la precede.

Cuando por una u otra razón en el seno de esta relación se presenta una alteración se habla de una disfunción sexual.

El médico de familia ha sido uno de los principales logros que la revolución cubana ha tenido en el campo de la salud y una de las tareas que el programa señala relacionada con la promoción de la salud, es instruir a la población en el conocimiento de la sexualidad humana y la planificación familiar, así como sobre los riesgos de la promiscuidad y el embarazo en la adolescencia.

De esta manera el médico de familia debe hacer un trabajo sistemático y tenaz para lograr no sólo apoyar estas nuevas acciones relacionadas con la educación de la sexualidad desde lo social, sino incorporarlas como elemento regulador en la personalidad de cada miembro de la comunidad con la finalidad de lograr el desarrollo de seres humanos que puedan disfrutar de una sexualidad sana, responsable y placentera.

Los conocimientos adquiridos en las últimas décadas han hecho posible la aparición de varias áreas de intervención asistencial en el campo de la sexualidad, problemas

relacionados con la identidad y rol, terapia, planificación y educación sexual.

La estrecha vinculación del médico de familia con la población le brinda excelente posibilidad de *educar con el ejemplo*. El abordar con los pacientes la sexualidad humana en forma natural y directa, considerándola un elemento que contribuye al bienestar y a la salud integral de la población, permite establecer una corriente de confianza mutua que favorece el desarrollo de una relación médico paciente fluida y positiva.



Las características tan específicas de la labor que desarrolla el médico de familia y la significación que adquiere en el núcleo familiar y en la comunidad, lo convierte en un elemento clave para realizar tareas educativas y de orientación en sexualidad humana.

Las personas deben ser instruidas para la relación correcta con el otro sexo. El ambiente amoroso de la familia, el respeto y cariño que observen en el hogar y en general, en el medio circundante, constituirá un largo y provechoso aprendizaje que enraizará profundamente en la personalidad de cada uno.

Para el desarrollo armonioso de la personalidad y la consolidación de las relaciones de pareja, es conveniente incluir el conocimiento, con algún detalle, de la anatomía y la fisiología del sistema genital.

Hoy se conoce que la sexualidad, como otros aspectos de la vida de relación, no se desarrolla espontáneamente, sólo dependiendo de los instintos ni siquiera en los animales superiores.

Según opiniones de expertos cubanos en educación sexual, esta se ha caracterizado durante mucho tiempo por llevar una carga de información biológica sin tener en cuenta



todas las circunstancias psicológicas y socioculturales que encierra el hecho sexual humano, de las cuales han carecido nuestros programas de estudio.



Los comportamientos sexuales no irrumpen de repente, sino que son resultado de la imagen que las personas han ido construyendo sobre su propia sexualidad y la de los demás, de manera que en la escuela cubana actual se está pretendiendo la incorporación de nuevos contenidos que integran con mayor profundidad y sistematicidad, aquellos elementos cognitivos y afectivos que pueden incidir en las actitudes hacia la sexualidad de los niños, adolescentes y jóvenes.

La idea rectora de los nuevos programas implica que se entienda la sexualidad como fuente de comunicación, afecto, placer, y la reproducción se realice cuando se desee.

El proceso educativo de la sexualidad, además, ayuda a promover una comunicación asertiva y de estilos de vida sanos, la preservación y protección de la intimidad, la prevención de infecciones de transmisión sexual y otras consecuencias no deseadas de las relaciones sexuales.

Los trastornos sexuales son estados anómalos que suponen un menoscabo de las respuestas físicas de la función sexual. En el hombre, las principales alteraciones ya expuestas, son el trastorno de la erección, la eyaculación precoz, la retardada y la inhibición de la eyaculación, y en la mujer se destacan los trastornos orgásmicos, el vaginismo y la dispareunia.

“El reconocimiento de que las dificultades sexuales no siempre son expresiones de los conflictos intrapsíquicos de una persona, sino que pueden estar vinculados a las vicisitudes de la relación conyugal, es uno de los avances verdaderamente significativos dentro del ámbito de la



conducta. El sistema, o el modelo, que gobierna la relación frente a los problemas de cada uno de los miembros por separado, es muchas veces la fuente más importante de los trastornos sexuales y el punto óptimo para intervenir” (Kaplan, H. 1978).

El arte de amar no sólo depende de la calidad de la unión emocional entre dos personas, sino también implica el conocimiento de las técnicas sexuales, de la anatomía y la biología propias, y de la pareja.

No todas las posiciones coitales ni todos los actos sexuales significan lo mismo para todo el mundo ni incluso para la misma pareja que opta por técnicas distintas, lo más importante es tener muy en cuenta la plasticidad de la relación sexual y la necesidad de hablar abiertamente de las preferencias, sentimientos e ideas de cada integrante de la pareja.

Algunos estudiosos de la materia han puesto en tela de juicio que el orgasmo sea un reflejo fiel del placer y la satisfacción sexual. La verdad es que tanto Kinsey, como las investigaciones fisiológicas de la respuesta sexual humana realizadas por Masters y Johnson, demuestran que la mujer que no logra el orgasmo después de la excitación, permanece en una prolongada congestión pélvica, que le produce una sensación molesta y en ocasiones hasta dolorosa, aunada a inquietud, irritabilidad y malestar general. Por tanto, consideramos válido utilizar el orgasmo en la mujer como una indicación de satisfacción sexual (Masters y Johnson, 1987).

En el capítulo sobre la anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos nos referimos al orgasmo, el cual desde el punto de vista fisiológico, es un

episodio de liberación de una vasocongestión genital por medio de una respuesta mioclónica (contracciones rápidas de un músculo). Psicológicamente se percibe como una experiencia subjetiva, placentera, explosiva, que aparece como el punto máximo de la reacción al estímulo sexual.

Los efectos del alcohol sobre la sexualidad han apasionado a multitud de personas en la historia; según nos dice Shakespeare en *Macbeth*: “el alcohol provoca el deseo pero frustra la ejecución”, y la investigación más actual ha puesto de manifiesto lo acertado de esta apreciación.

A pesar de la inhibición física que causan aunque sólo sean dos o tres copas de una bebida alcohólica (debido al efecto depresor sobre el sistema nervioso), la mayoría de la gente estima que el alcohol aumenta su capacidad de respuesta sexual. Ello se debe en parte a que el alcohol produce un efecto *desinhibidor*, es decir, que reduce la timidez sexual que pueda tener normalmente una persona, lo que facilita el surgimiento del deseo sexual (Masters y Johnson, 1987).

La investigación sexológica transcurre con muchas limitaciones y desventajas para su desempeño, en ocasiones por factores éticos, o por la difícil utilización de algunas técnicas ya que se trata de un problema tan delicado como es la sexualidad, de ahí que las técnicas más empleadas en nuestra investigación fueran encuestas, entrevistas personales y revisión de fichas clínicas de consulta.

En Santiago de Cuba se han realizado algunas investigaciones en las que se evidencian ciertos aspectos de comportamientos sexuales. Gorguet Pi, I. (1983) en un estudio de un grupo de mujeres con trastornos sexuales en una consulta de terapia sexual, encontró que el 38,1 % padecía de trastorno orgásmico.

Téllez Serrano (1986) analizó el total de casos atendidos en el cuerpo de guardia de psiquiatría del Hospital Provincial Saturnino Lora, y de ellos el 2,27 % asistió por un trastorno sexual.

En un área de salud de Santiago de Cuba en 1998, otra autora halló que dicho trastorno ocupó el tercer lugar en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos (Mojena, D.).

Una investigación realizada en la consulta de terapia sexual del Policlínico de Especialidades del Hospital Saturnino Lora de Santiago de Cuba, en 1989, evidenció que el trastorno de la erección fue el más frecuente (61 %) y que la información sexual recibida durante la infancia y la adolescencia fue insuficiente (Sagarra, M.).

Un estudio hecho en un sector del médico de familia de Santiago de Cuba, mostró que el trastorno sexual más común en la mujeres es el trastorno orgásmico (40 %) y el trastorno de la erección en el hombre (20 %) (Pacheco, C., 1992).

Realizamos una investigación en otro sector del médico de familia en esa ciudad, se escogieron todas las personas ente 15 y 50 años de edad, de ambos sexos, y la muestra quedó conformada por 165 personas: hallamos que la mayoría de los sujetos eran adultos jóvenes, con un nivel escolar de preuniversitario, obreros industriales y amas de casa.

Encontramos que la frecuencia de las relaciones sexuales predominante fue dos o tres veces por semana con pareja estable (54 %) y una vez por semana en los que no tenían pareja estable (47 %), seguidos de la frecuencia diaria en los que tienen pareja estable (33 %) y los que no poseían ninguna relación y que estaban sin pareja (30 %).

Esto coincide con los hallazgos de Kinsey y Hunt (1953 y 1947) quienes encontraron una media de 2,45 y 3,25 coitos

por semana, y en Santiago de Cuba (Gorguet Pi, I., 2002) tuvo frecuencias similares en su estudio.

En Francia, de cada diez franceses de más de veinte años de edad, cinco tienen relaciones sexuales por lo menos una vez a la semana, uno tiene por lo menos una relación al mes y el resto pocas veces en un año o nunca.

La frecuencia que predomina en el Japón en el grupo de 20 a 39 años de edad es de dos veces por semana y como diferencia significativa en el grupo de 50 años la frecuencia es de 0,25 por semana, es decir, la mitad del promedio obtenido en Estados Unidos en 1948 y la cuarta parte del de 1972 (Álvarez y Mazín, 1979).

Un gran porcentaje de los hombres y mujeres se casan y tienen relaciones coitales dos o tres veces a la semana, cuando están entre los 20 a 30 años de edad, a partir de la cual disminuye la frecuencia de la cópula (Masters y Johnson, 1987). El hecho de que se mantenga la actividad sexual con cierta frecuencia favorece la conservación de las respuestas fisiológicas normales necesarias para el coito adecuado. Dado el caso de que estas respuestas se hayan entorpecido por la existencia de un periodo de abstinencia sexual prolongado, la reanudación de la práctica corrige los cambios ocurridos (Díaz, 1995; Bancroft, 1989; Leslie, 1990 y Kolodny, 1985).

Observamos, en relación con la consecución del orgasmo y la relación interpersonal con su pareja, que logran un mayor número de orgasmos los que poseen una relación satisfactoria (62 %), siguiéndoles los que llegaban a este habitualmente y tienen una buena relación (19 %) y por último, los que lo logran a veces y su relación es insatisfactoria (79 %).

En su estudio Kinsey encontró que el 45 % de las mujeres refería siempre tener orgasmo, esta tasa incrementa a 53 % en los resultados de Hunt y para la población francesa se encuentra en 44 %; por otro lado, las mujeres que referían nunca o casi nunca tener orgasmo en el coito disminuyeron de 12 % a 7 % en el estudio de Kinsey realizado en los años setenta, contrastan estos porcentajes con 5 % en Francia y un notable 20 % en Japón (Álvarez Gayou, 1979).

En cuanto a la práctica de la masturbación, observamos que la mayoría refirió no haberse masturbado nunca (83 %), siguiéndoles en orden decreciente los que se masturban a veces (14 %) y en último lugar los que lo hacían frecuentemente (3 %). Esperábamos encontrar una frecuencia masturbatoria mayor ya que según lo referido por la literatura esta práctica tiene una incidencia alta.

Kinsey encontró que el 92 % de los hombres y el 58 % de las mujeres se han masturbado alguna vez. Años después Hunt halló el 94 % en los hombres y el 63 % en las mujeres.

En Francia las cifras son de 73 % en hombres y 16 % en mujeres. En Japón a los 21 años, 81 % de los hombres y 12 % de las mujeres se han masturbado. En Suecia la masturbación la realizan 83 % de varones y 38 % de las mujeres.

Tradicionalmente se considera que la masturbación es cosa de jóvenes y que el hombre y la mujer “maduros” deben abandonar tal práctica; sin embargo, Kinsey encontró en hombres casados entre 25 y 35 años de edad, que cuatro de cada diez se masturban más o menos seis veces por año, y Hunt, que el 72 % de los casados se masturban con una frecuencia promedio de 24 veces al año (Álvarez Gayou, 1979).

En un estudio realizado en La Habana donde se evaluaron 140 trabajadores, el 20,7 % de estos se masturban al menos una vez por semana (Guerrero, 1995).

La masturbación o forma de autoplacer sexual mediante algún tipo de estimulación física directa, es una forma normal de conducta sexual de personas en todas las edades.

Las actitudes reprobatorias de la masturbación se remontan en parte a la inquietud provocada en los siglos XVIII y XIX por falsa convicción de que la masturbación propiciaba enfermedad y demencia. En consonancia con este criterio, la clase médica emprendió una ferviente cruzada para erradicar lo que se denominaba *autoabuso*. Las religiones que han venido considerando la masturbación como acto pecaminoso han inducido también a muchos individuos a menospreciar esa práctica.

No hay pruebas fehacientes a favor de la teoría según la cual la masturbación es un hecho que por sí mismo denota inmadurez o es intrínsecamente malo para la salud o perjudicial para la sexualidad. La masturbación desempeña un papel importante en la evolución sexual pues facilita a hombres y mujeres el conocimiento de su cuerpo y de sus preferencias sexuales (Masters y Johnson, 1987).



Al analizar quién inicia las relaciones sexuales en una pareja, y si se experimenta vergüenza al pedir lo que más le gusta, el mayor por ciento fue de los hombres, que refirieron no sentir vergüenza (77 %), le siguió en orden los que iniciaban ambos la relación y que no tenían inhibición en pedir lo que más les gusta (23 %) y el último lugar lo ocuparon las mujeres que iniciaban la relación sexual y sentían vergüenza en pedir a su pareja lo que más les gusta sexualmente.

Hay mujeres que se discriminan a sí mismas en lo relacionado con la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer en la familia y en la vida sexual; parten de considerar que el hombre tiene mayores necesidades sexuales que la mujer y, por tanto, es deber de ésta servirle, satisfacerle, aún en detrimento de su propia satisfacción. ¿Qué significa para el hombre compartir la intimidad sexual con una pareja pasiva, inhibida, sin iniciativa, temerosa? ¿No se empobrece o entorpece o hasta desaparece la posibilidad de intercambio y placer en esta esfera? (Leyva Marín, 1994.)

Con respecto a la frecuencia del orgasmo, observamos que en el grupo que poseía privacidad el mayor por ciento lo ocuparon los que llegaban siempre al orgasmo (58 %), siguiéndoles con igual número los que llegaban en ocasiones, y habitualmente (21 %) y en el grupo que no poseía privacidad predominaron los que llegaban a veces (64 %), seguidos de los que llegaban siempre y comúnmente con igual por ciento (18 %).

En cuanto a la posición coital que se practica más relacionada con la consecución del orgasmo, se constató que, independientemente de la frecuencia con que lo lograban, la posición coital predominante fue la del hombre arriba (39,39 %), seguida de la de mujer arriba (24,24 %), y la posición lateral ocupó el último lugar (6,06%).

Esto coincide con la literatura en el orden de frecuencia, la cual refiere que la posición hombre arriba es la más común y la posición de la mujer encima es usada en alguna ocasión por cerca del 45 % de las parejas, con respecto a la lateral, esta constituye una variante ocasional en casi 30 % de las parejas (Kaplan, 1982; Masters y Johnson, 1970; Bancroft, 1989; Ford, 1952 y 1989; y Díaz López, 1995).





Sobre el uso de métodos anticonceptivos hallamos que la mayoría no los utiliza (72,3 %), de los métodos empleados el DIU fue el más frecuente (40 %), siguiéndole la esterilización quirúrgica (aclaramos que no fue utilizada en este sentido sino como prescripción médica). Esto coincide con otros autores (Bancroft, 1989; Díaz, O., 1995 y Gorguet Pi, I., 2002). La explicación a este hecho puede ser que algunos hombres consideran la anticoncepción como responsabilidad de la mujer, otros alegan disminución de las sensaciones en el pene (Díaz, O. 1995).

Respecto a los trastornos sexuales hallamos dispareunia en sólo 10 mujeres (10,7 %) y eyaculación precoz en 13 varones (22,03 %), los restantes sujetos no refirieron ninguna dificultad sexual. Como podemos observar en esta población predominan los adultos jóvenes los cuales según otra investigación no le prestan mucha atención a la eyaculación precoz, a menos que surja una observación por parte de su pareja o manifestaciones de insatisfacción, pero no es así en los adultos de 50 años o más, esto pudiera explicar esta frecuencia (Vasallo, 1995).

Nos llama la atención que el trastorno de la erección y el trastorno orgásmico no hayan sido referidos en esta población, así como que la totalidad negó consumir alcohol habitualmente antes de las relaciones sexuales, aunque Master y Johnson (1987) afirman que la mayoría de las personas estima que el alcohol aumenta su capacidad de respuesta sexual.

En relación con el conocimiento sobre la sexualidad, lo correlacionamos con el uso de anticonceptivos y encontramos que el mayor por ciento refirió haber recibido información sexual a través de la práctica, y en relación con el uso de anticonceptivos, 39% los usa y 41 % no los usa; le





siguieron en orden decreciente los que recibieron la información sexual a través de la pareja (28 %) en los que utilizaban anticonceptivos y 27 % en los que no; seguidos de los que obtuvieron la información a través de amigos con 12 % quienes empleaban métodos anticonceptivos y de 14 % los que no los usaban; la escuela ocupó el penúltimo lugar con 8 % en los que los usaban y 4 % en los que no y por último, a través de textos sólo un 5 % de los que utilizaban métodos anticonceptivos y ninguno de los que no los usaban.

Como podemos observar la información sexual fue insuficiente, lo cual coincide con otros estudios realizados (Sagarra, M., 1989 y Pacheco, C.,1992).

Conclusiones

- El grupo de sujetos investigados tenían de 25 a 34 años de edad, predominaron las mujeres, de nivel preuniversitario, con pareja estable, obreros industriales y amas de casa.
- La frecuencia más común de las relaciones sexuales fue dos o tres veces por semana, predominaron los que siempre llegaban al orgasmo, tenían relación interpersonal satisfactoria con su pareja y poseían privacidad; esto evidencia que una buena relación de pareja y condiciones adecuadas favorecen la actividad sexual. Casi la totalidad de los sujetos nunca se había masturbado, es infrecuente esta práctica en nuestro medio.
- Los hombres eran más desinhibidos para pedir a su pareja su preferencia sexual, lo que indica una mayor libertad



sexual por parte de los varones. La posición coital que con frecuencia utilizaron fue la de hombre arriba; tradicionalmente esta ha sido la posición más común entre las parejas. Predominaban los que no utilizaban métodos anticonceptivos, existe cierta resistencia a emplearlos en nuestro medio. El DIU fue el anticonceptivo de mayor uso.

- Los trastornos sexuales más comunes fueron la eyaculación precoz en el hombre y la dispareunia en la mujer. La totalidad de los sujetos refirió no ingerir bebidas alcohólicas antes de las relaciones sexuales, en los más jóvenes no está establecida esta práctica. La mayoría recibió escasa información sexual y la que obtuvieron fue a través de la práctica.





COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL ADULTO MAYOR

En los últimos tiempos se ha incrementado el interés con respecto a la sexualidad en la tercera edad, pero en la actualidad no se cuenta con muchas investigaciones sobre la misma.

El proceso natural del envejecimiento ocasiona lógicamente cambios en la respuesta sexual, sin embargo, esto no impide la actividad sexual. Por lo general existe una censura con respecto a la manifestación de sentimientos sexuales en los ancianos, condición que produce hasta cierto punto una inhibición en el desarrollo de su sexualidad.

Por otro lado, la escasa educación sexual que ha recibido este grupo poblacional contribuye a que exista una actitud negativa por parte del propio anciano frente a la sexualidad, pero debemos resaltar que aunque no haya un estado de salud totalmente satisfactorio, si las condiciones están creadas, no debe excluirse al adulto mayor del goce sexual.

La reprobación sexual, cuyas raíces llegan desde la infancia, pone el estigma de la vergüenza a la actividad sexual en la edad tardía, y este concepto vive en los hombres y perdura hacia la senectud, por lo que en el orden conceptual



y psíquico los ancianos son un grupo perjudicado acerca de su propia sexualidad y el disfrute pleno de sus capacidades sexuales, de aquí que muchos de ellos permanecen guiados y dominados por estos errados prejuicios y conceptos sexuales y tiendan a asexuarse por no adaptarse a los cambios de la edad.

La sexualidad de las personas ancianas está profundamente influida por el “ancianismo” y por otros estereotipos culturales que rechazan la normalidad de las sensaciones y actitudes sexuales en este estadio del ciclo vital. Si bien el mal estado de salud y la falta de un compañero o compañera pueden complicar el desempeño sexual, no existe razón alguna que justifique por sí misma que las personas de edad avanzada deban renunciar o interrumpir el disfrute del sexo (Orihuela, J. y Gómez, M., 2001). Para la mayoría la relación sexual se considera una actividad exclusiva de los jóvenes, no se concibe a una pareja de edad avanzada entregada a escarceos sexuales, ya que parece algo depravado o inmoral, al menos a mucha gente. A pesar de estos mitos, arraigados en lo cultural, las personas de edad avanzada conservan la necesidad psicológica de la intimidad sexual.

La merma de la función sexual es causada por el envejecimiento y los cambios fisiológicos que en este existen, en el hombre la disminución de los niveles de testosterona, de la espermatogénesis secundaria a esta disminución, sumado a otros factores psicosociales, son causantes fundamentales del abandono de la actividad sexual. Pero además, como consecuencia de este envejecimiento genital se encuentra una disminución del tamaño testicular, de las fuerzas de contracciones prostáticas, de la viscosidad y el volumen del líquido seminal (Masters, W. y Johnson, V., 1977).

En las mujeres disminuyen los estrógenos, la progesterona, la lubricación, el grosor y la elasticidad vaginal, el tamaño del cuello uterino, el útero y los ovarios.

En el anciano se producen cambios biológicos y además la aparición de enfermedades que limitan y entorpecen la actividad sexual en muchos de ellos, en el hombre son comunes una velocidad de excitación más lenta, erecciones retrasadas y parciales, menor respuesta a estímulos visuales y táctiles, orgasmos menos frecuentes, menos duraderos y menos intensos (Masters, W. y Johnson, V., 1977).

La actividad sexual en ellos es algo que demanda mayor atención pues cada día existen más ancianos y es necesario incrementar su calidad de vida, por ende, es imprescindible que todos conozcamos los principales aspectos sobre su sexualidad.

En una investigación de tipo transversal que realizamos recientemente en un círculo de abuelos en un área de salud de Santiago de Cuba, predominó el grupo de las mujeres de 71 a 75 años (30 %) y en los hombres, el grupo de 61 a 65 años (66 %); con pareja estable el 83 % de los hombres y sin pareja estable el 59 % de las mujeres. Este estudio nos permitió conocer cómo se sentían con respecto a su estado de salud: la mayoría de las ancianas respondieron que medianamente satisfechas (70,3 %), satisfechas (22,2 %) y poco satisfechas (7,4 %), y en los hombres respondió el 50 % que medianamente satisfechos y el otro 50 % satisfechos. Debemos tener en cuenta que un buen estado de salud condiciona una actividad sexual placentera, lo cual no sucede cuando la salud es escasa.



Además, la mayoría de las mujeres (78 %) no tenían en ese momento relaciones sexuales y de los hombres el 77 % sí tenía.

Este resultado coincide con otros estudios reportados por la literatura, y en nuestro medio Sánchez, I., 2004, encontró lo mismo: más hombres (57,35 %) que mujeres (42,65 %) tenían actividad sexual en un grupo de 150 sujetos añosos. Es posible que en la mujer esto se deba a la falta de un compañero sexual o a los cambios biológicos que ocurren en el ciclo de la respuesta sexual, como la menor lubricación vaginal o a estereotipos culturales, pero aún así no existe ninguna razón para que la mujer añosa interrumpa su goce sexual.

En cuanto a la práctica masturbatoria, hallamos que el 100 % de las mujeres y el 100 % de los hombres refirieron que no se masturbaban; en otras investigaciones que hemos realizado observamos que en la edad adulta es escasa la masturbación así como en los ancianos, a pesar de las dificultades sexuales propias de la edad y de que muchos de ellos no tienen compañía sexual; esto no coincide con otros autores quienes expresan: “muchos adultos que han rebasado los 60 años continúan masturbándose” (Kinsey, 1948, 1953; Rubin, 1965; Christensen, 1965; Catania y White, 1982). Pensamos que en Cuba como esta práctica fue poco utilizada antes, la conducta sigue siendo la misma.

La frecuencia de las relaciones sexuales en las mujeres fue de una vez por semana (7,4 %), dos o tres veces por semana (7,4 %) y esporádicamente (7,4 %) y en los hombres predominó la frecuencia de una vez por semana (75 %) y dos o tres veces por semana el (25 %). Si comparamos las frecuencias halladas en la adultez media el decrecimiento de las relaciones ha sido leve.

El 50 % de las mujeres refirió lograr siempre el orgasmo, el 33 % dijo que habitualmente y el 17 %, que a veces: en los hombres el 50 % dijo lograrlo siempre, el 25 %





respondió que habitualmente y otro 25 % a veces. Podemos señalar que, aunque tal vez existan otros factores que contribuyan a la disminución de la consecución del orgasmo, este se ve afectado en la persona añosa, porque en la mujer se reduce la plataforma orgásmica, por ende la fase orgásmica dura menos, aunque se ha demostrado que mujeres activas sexualmente en estas edades responden con mayor intensidad y rapidez al orgasmo; y en el hombre, las contracciones expulsivas peneales se encuentran reducidas en intensidad y duración, por lo que la presión eyaculatoria es menos acentuada y esto puede contribuir a reducir el placer psicosexual.

El 59 % de las mujeres poseía privacidad para hacer el amor y el 41 % respondió no tenerla, el 83 % de los hombres refirió tener privacidad y el 17 % dijo no tener. Como podemos observar, a pesar de existir condiciones de privacidad, es algo baja la actividad sexual, sobre todo en las mujeres.

El 74 % de ellas refirió no sentir pena ni vergüenza en pedir a su pareja su preferencia sexual y el 26 % dijo que sí; de los hombres, el 83 % no siente vergüenza en pedir a su pareja lo que le gusta sexualmente y el 17 % se avergüenza. Hay otras formas de estimulación sexual que pueden ser útiles y suplir la actividad coital, sobre todo en casos en que el varón presente dificultades e imposibilidad para lograr la erección y que suelen producir placer y sin embargo, no son utilizadas por inhibiciones y prejuicios.

De las ancianas, el 59 % no había recibido información sexual y el 41 % sí; de los hombres, el 67 % dijo haber recibido y el 33 % no la recibió. Como se observa, es considerable el número de ancianos que no tuvo información sexual. Pensamos que debe incrementarse la



educación sexual en el adulto mayor y no solo a ellos, sino también a la familia y a la sociedad para que de esta forma puedan comenzar a comprender los problemas y realidades de los ancianos.

Un 35,5 % de las mujeres recibió información sexual a través de la pareja, un 35,5 % a través de la televisión y de la radio, 19,3 % por la práctica, 3,2 % de libros y revistas, 3,2 % en la escuela y 3,2 % por los padres.

El 30 % de los ancianos también obtuvo información sexual a través de la pareja, 30 % por la televisión y la radio, 20 % de la práctica, 20 % por libros o revistas y ninguno señaló haber recibido información a través de los padres o de la escuela. En esa época los padres apenas poseían educación sexual y, como es obvio, no podían transmitirla a los hijos, por lo que evitaban tratar estos temas con ellos.

Conclusiones

- Predominaron las ancianas sin pareja estable y los ancianos con pareja estable. Esta situación de más mujeres solas está condicionada por su mayor longevidad y al mismo tiempo, que después de perder la pareja, les resulta difícil volver a unirse ya que los hombres generalmente buscan mujeres más jóvenes; junto a esto también están las presiones sociales que cuestionan más a las mujeres que buscan pareja a esa edad que a los hombres.
- La mayoría de los ancianos se sentían medianamente satisfechos con su estado de salud. Es conocido que en ambos sexos aparecen afecciones y procesos que obstaculizan las relaciones sexuales a esas edades y por ende,





un estado de salud insatisfactorio merma en cierto modo el interés sexual.

- Una minoría de las mujeres y la mayoría de los hombres tenían relaciones sexuales. Esto coincide con otras investigaciones de dentro y fuera del país
- La totalidad de las ancianas no practican la masturbación. Estos resultados no concuerdan con la literatura extranjera en que muchos ancianos se masturban hasta rebasada la década de los ochenta.
- En la adultez tardía predominaron las frecuencias de las relaciones sexuales una vez o dos o tres veces por semana. A pesar de los cambios biológicos que ocurren en esta etapa, el descenso de las relaciones sexuales fue poco.
- La mayoría lograban el orgasmo y poseían privacidad para hacer el amor. Aunque existen cambios en el ciclo de la respuesta sexual en las personas añosas, generalmente se mantiene el normal desempeño sexual.
- Aunque es común que los ancianos no tengan inhibiciones con su pareja respecto a sus preferencias sexuales, una minoría las presenta.
- Es considerable el número de los ancianos que no recibieron educación sexual y los que la recibieron fue a través de la pareja; esto evidencia lo necesario de incrementar la educación sexual en la población añosa.

Casos clínicos

A continuación expondremos algunos relatos de pacientes de la tercera edad y seniles que acudieron a nuestra consulta de terapia sexual, obtenidos de las fichas clínicas.

Un hombre en unión consensual, de 65 años, jubilado: “Llevo años de convivencia con mi pareja actual, la cual tiene 67 años, nos comprendemos, disponemos de condiciones



adecuadas en la casa, sin embargo, tengo dificultades para lograr la erección, siento que es aburrida la forma que tenemos de hacer el amor, por lo demás no padezco de ninguna enfermedad y desearía poder realizar el acto sexual”.

Como se observa la edad cronológica no es un impedimento para la continuidad de la actividad sexual, pues el deseo se mantiene; pero sí es importante instruir a la pareja para que comprenda los naturales cambios producidos, como es una demora importante en el logro de la erección ante los estímulos sexuales, que la erección no alcanza la plenitud anterior y el orgasmo tiene una duración menor.

Un hombre en unión consensual, de 78 años, jubilado: “Llevo dos años con mi pareja, ella tiene 84 años pero nos comprendemos, tenemos relaciones sexuales cuando se me da la oportunidad ya que siempre no respondo igual, poseo privacidad en el hogar, me siento bien de salud, pero logro pocas veces el orgasmo y tengo mejor respuesta con una relación extramatrimonial”.

Es obvio, el individuo envejece según como ha vivido; en su *ancianidad* se proyectará de acuerdo con las normas y el ritmo anterior. Tanto la mujer como el hombre de edad avanzada tienen las posibilidades de continuar sus experiencias sexuales.



HOMOSEXUALIDAD Y BISEXUALIDAD

De todos es conocido que el comportamiento heterosexual es el más común en la mayoría de la población, sin embargo, la homosexualidad es tan antigua como la historia y en algunas sociedades es aceptada.

En nuestro medio hay muchas personas que censuran y detestan esta orientación sexual, mientras otras son más tolerantes, pero a pesar de estas actitudes, en los últimos tiempos es muy común, por lo que me siento comprometida a abordar de algún modo este tema.

Cuando se habla de homosexualidad, por regla general, se está haciendo referencia a la homosexualidad masculina. A la relación sexual entre mujeres se le suele llamar *lesbianismo*, palabra derivada del nombre de la isla griega Lesbos, en la cual la poetisa Safo cantó al amor apasionado entre las mujeres.



El vocablo *homosexualidad* proviene de la raíz griega *Homo* que significa *mismo*, de manera que el significado completo del término comprende cualquier tipo de relación entre miembros del mismo sexo. En este sentido conviene corregir otro error habitual entre nosotros, que consiste en denominar homosexual solamente al miembro de la pareja masculina que se deja penetrar y no al que realiza la acción de penetrar. Ambos sujetos, como las

mujeres que ejercen la función sexual entre sí, son homosexuales.

Entre los vocablos que se han utilizado como sinónimos, los más frecuentes son: amor homogénico, contrasexualidad, homo erotismo, tercer sexo, hermafroditismo psicosexual, inversión sexual, uranismo (del dios Urano padre de Afrodita, nacida sin madre, Urano sólo sentía inclinación por los muchachos), intersexualidad, safismo (de la poetisa Safo) y tribadismo (de tribein, acción de frotar, fricción de los genitales entre mujeres).

Veamos algunas definiciones:

- Kinsey la define como la relación sexual psíquica o física entre individuos del mismo sexo (1968).
- Mc Cary la define como la atracción sexual entre miembros del mismo sexo (1973).
- Bianco la refiere como la expresión de una variante fisiológica sexual de persona; que puede darse en forma cognoscitiva y/o corporal, entre seres de un mismo sexo (1978).
- Si la heterosexualidad se explica como la atracción y estimulación sexual efectiva en busca de satisfactores orgásmicos entre seres de sexo reproductivamente complementarios, la homosexualidad se explica por el propio término, como respuestas con las mismas características de estimulación y satisfacción entre individuos del mismo género o sexo anatomofisiológico (Gayou, 1979).
- La conducta homosexual como variante de la sexualidad se observa en la mayoría de las sociedades humanas (si no en todas), tanto primitivas como avanzadas, y es probablemente tan vieja como la humanidad. Pueden hallarse pruebas de su existencia en los escritos y artes gráficas de las civilizaciones más antiguas. Debido a que se trata de un tema con reminiscencias morales y religiosas y en



razón de sus profundas implicaciones con los sistemas de valores culturales, resulta difícil acercarse al tema con objetividad y desapasionamiento científicos. No obstante, tal objetividad es esencial si el terapeuta intenta enfocarse constructivamente el problema psicosocial implícito en dicha conducta.

La definición de homosexualidad está muy lejos de ser un asunto sencillo. Puede ser definida en simples términos operativos como toda conducta en la que se efectúan relaciones sexuales con un miembro del mismo sexo. No obstante, semejante definición no hace justicia a una amplia variedad de motivaciones que pueden subyacer en tal conducta.

Algunas personas establecen relaciones homosexuales, al parecer porque los objetos heterosexuales no les son accesibles; otras porque están solas, aburridas, se sienten rebeldes, curiosas.

La conducta homosexual también se verifica entre muchos adolescentes, pre-adolescentes como una expresión de sus intensos impulsos sexuales en una sociedad que prohíbe las exploraciones heterosexuales, que ellos hubieran preferido en caso de poder escoger.

Rado (1956), en una línea similar distingue cinco tipos de conducta homosexual:

- No habría contacto alguno con personas del sexo opuesto.
- Homosexualidad incidental, en la que la conducta homosexual es transitoria y esporádica, en la pre-adolescencia y en la adolescencia.
- La desorganizada de tipo esquizofrénico, en la que la conducta homosexual es una simple expresión del caos conductual.

- La “variación suplementaria”, en la que la conducta homosexual responde a la curiosidad sexual y al deseo de agotar todas las posibles experiencias en este campo.
- La homosexualidad reparadora, en la que el patrón homosexual constituye una respuesta adaptativa “para ocultar los incapacitantes miedos al sexo opuesto”.

La escala de Kinsey (1948) es conocida como Escala de balance hetero-homosexual. Consta de varias gradaciones:

- Grado 0: 100 % de los contactos son heterosexuales
- Grado I: 80 % de los contactos son heterosexuales
20% de los contactos son homosexuales
- Grado II: 60 % de los contactos son heterosexuales
40 % de los contactos son homosexuales
- Grado III: 50 % de los contactos son heterosexuales
50 % de los contactos son homosexuales
- Grado IV: 40 % de los contactos son heterosexuales
60 % de los contactos homosexuales
- Grado V: 20 % de los contactos son heterosexuales
80 % de los contactos son homosexuales
- Grado VI: 100 % de los contactos son homosexuales

La homosexualidad sin duda ha recibido, antes que llamar la atención de una ciencia realmente objetiva, el recubrimiento de un prejuicio polimorfo que desvirtúa y empaña la posibilidad de su comprensión, a pesar de los intentos teóricos y prácticos por desenterrarla como realidad concreta y material de experiencia sexual.

En la actualidad muchos homosexuales prefieren utilizar el término gay como sinónimo de homosexual, tal vez porque lo hallan menos fuerte, otros lo rehúsan porque se sienten molestos.



La homofobia es la hostilidad y el miedo que mucha gente le tiene a los homosexuales; y en el fondo es una defensa de esas personas para alejarse de una situación que sienten le es muy similar, o sea, los que tienen un rechazo muy manifiesto a los homosexuales, y los nombran despectivamente *maricas*, lo que tratan es de eliminar impulsos homosexuales guardados en su interior. En nuestro medio la homofobia se manifiesta de diversas maneras, por ejemplo, muchos padres que notan esta inclinación en sus hijos se apresuran a matricularlos en clases de judo lo que no modifica en modo alguno su orientación sexual, y vemos que muchos homosexuales aprendieron judo.

Varias teorías tratan de explicar las causas de la homosexualidad, mencionaremos brevemente algunas de ellas:

Teorías biológicas: factores genéticos han sido invocados, pero en la actualidad la teoría genética de la homosexualidad no está del todo sustentada.

Factores hormonales han sido planteados, pero hoy en día se está valorando la hipótesis de que los influjos hormonales en la fase prenatal repercuten de algún modo en la evolución cerebral, predisponiendo al sujeto a pautas de conducta homosexual en la etapa adulta.

Teorías psicológicas: algunos científicos plantean que la homosexualidad es la consecuencia de haber tenido un padre pasivo y débil y una madre dominante y sobreprotectora; otro investigador plantea que los homosexuales varones tienen una relación insatisfactoria con sus padres; una científica señala que la causa de la homosexualidad femenina se debe al desamor de la madre, lo que induciría a buscar cariño en otras mujeres, unido a una relación insatisfactoria con el padre, que le obstaculizaría aprender a iniciar amistad con los hombres.





La teoría del aprendizaje propone que las primeras experiencias sexuales del sujeto pueden encauzarle hacia la conducta homosexual, bien porque ha tenido contactos placenteros y gratificantes con personas del mismo sexo o porque sus relaciones heterosexuales han resultado desagradables, insatisfactorias o intimidantes. Esta misma teoría también explica por qué algunos adultos cambian su orientación sexual y se convierten en homosexuales; según ellos, si una persona tiene experiencias heterosexuales y estas son poco gratas y al mismo tiempo tiene relaciones homosexuales y les resultan agradables, es posible que se produzca poco a poco un cambio hacia la conducta homosexual. Pero a pesar de tales teorías hasta hoy no existe una causa contundente que explique qué origina la homosexualidad.

Por lo demás, queremos dejar sentado que la homosexualidad no es una enfermedad y que los homosexuales tampoco padecen de trastornos de su personalidad que los diferencien de los heterosexuales.

Existen estereotipos, pero que realmente siempre no se cumplen, por ejemplo, muchas personas piensan que todo hombre con la voz fina y algo amanerado es homosexual y que una mujer que tiene un aspecto poco femenino es lesbiana, y no es cierto, hay muchos homosexuales que pueden ser deportistas, camioneros y son gays y tienen un aspecto muy varonil, al igual que algunas mujeres muy femeninas en realidad son lesbianas.

Otras veces ocurre que hay matrimonios al parecer heterosexuales y uno de los miembros de la pareja es homosexual “oculto” y llevan a cabo el matrimonio muchas veces para ocultar su condición de homosexual y otras, por presión social o familiar. Pero la verdad es que no podemos decir que los homosexuales tengan ocupaciones específi-



cas porque no es así, tampoco que tengan un biotipo que los caracterice ni un modo de vida diferente a los heterosexuales; al igual que hay homosexuales que lo son de por vida y otros que sólo son exclusivamente homosexuales unos años. Hay otros homosexuales que se mantienen unidos a una misma pareja durante toda su vida; algunos prefieren mantener su independencia y tienen solo relaciones fortuitas; en fin, existen diferentes estilos de vida y de comportamientos en los homosexuales como los hay en los heterosexuales.



Bisexualidad

La bisexualidad es algo que se ha incrementado en nuestro medio en los últimos tiempos, pero ha sido muy escasamente investigada. Kinsey estimó que el 9 % de las mujeres solteras de 30 años entrarían en la misma apreciación (1948). Master y Johnson opinan que es inferior al 5 % (1980). Nosotros no tenemos cifras sobre esto, pero lo hemos observado en el quehacer diario y estimamos que no es muy bajo el porcentaje.

En los últimos años la bisexualidad se ha puesto de moda en algunos medios y según Masters y Johnson es una señal de refinamiento sexual y de apertura de ideas.

Parecen existir distintas causas que llevan a la bisexualidad, para algunos es un modo de experimentar algo nuevo en el plano sexual, para otros, esta les permite variar de una preferencia a otra cuando lo desee.

Se ha planteado que la mayoría de las veces, las personas con esta orientación sexual tienen una marcada preferencia por un género, hay quienes piensan que esto no siempre es verdad, pero lo observado en nuestra experiencia práctica



nos dice que en general el bisexual mantiene por más tiempo y con más frecuencia relaciones con un sexo que con el otro.

Algunos señalan que el motivo es que emocionalmente se sienten mejor en algunos momentos con un hombre y en otros con una mujer; ciertos hombres como algunas mujeres plantean que eso significa no tener prejuicios en contra de la homosexualidad; una circunstancia fomentadora de la bisexualidad sería una fuerte amistad con un sujeto homosexual en el que puede surgir un sentimiento amoroso como ocurriría con un heterosexual; también hombres o mujeres heterosexuales recluidas en prisiones, tienen esporádicamente relaciones con personas del mismo sexo que allí se encuentran, lo mismo ha ocurrido a quienes han participado en movilizaciones por largo tiempo y solamente han estado en compañías del mismo sexo y tuvieron comportamiento bisexual. Algunos sujetos que se consideran heterosexuales mantienen relaciones en ocasiones con otros hombres homosexuales por dinero y, por la razón que sea, esta conducta es bisexual.

A pesar de que existen pocas investigaciones sobre la bisexualidad, no significa que tal conducta no interese a los estudiosos y que no se deseen conocer las causas de la misma, ya que resulta compleja e interesante. Esta orientación sexual es inadmisibles para algunos, otros la aceptan.

Veamos ahora el comentario de un paciente de 37 años, que nos decía ser heterosexual y consultaba por un trastorno de la erección con su pareja: “Doctora, me appena decírselo, pero he seguido sus instrucciones al pie de la letra y al ver que continuaba con el trastorno, decidí probar con otro hombre para ver si resultaba, pero aun así tuve dificultades”.

Evidentemente se trata de un bisexual, pero no siempre les resulta fácil ponerlo de manifiesto.



GLOSARIO

Aborto. Culminación de un embarazo, espontáneo o provocado, antes de que el feto haya nacido y esté en condiciones de sobrevivir.

Abstinencia sexual. Cesación voluntaria de practicar el acto sexual.

Ancianismo. Actitudes peyorativas y negativas contra las personas de edad.

Andrógenos. Hormonas sexuales masculinas que originan el desarrollo de las características sexuales secundarias en el hombre.

Ansiedad. Estado de malestar impreciso, con aprensión, desasosiego y expectación de acontecimientos desagradables, junto a importantes componentes vegetativos difusos (sudoración, erizamientos, enrojecimiento, etc.).

Astenia. Fácil agotamiento o cansancio e irritabilidad.

Areola. Zona circular pigmentada más oscura alrededor del pezón de las mamas.

Atrofia. Disminución o consunción de una célula, tejido u órgano.

Autoestima. Es la forma en que uno se percibe y se siente a sí mismo.

Aversión sexual. Miedo irracional a realizar actividades sexuales o a pensar llevarlas a cabo; casi siempre conduce a la evitación de situaciones sexuales.

Bisexual. Persona que se siente sexualmente atraída por miembros de ambos sexos.

Bulbocavernoso. Músculo que rodea y sostiene el introito vaginal.

Clítoris. Parte de los genitales externos de la mujer, constituido por dos pequeñas columnas eréctiles envueltas por una membrana fibrosa y terminada en un glande. Similar a los cuerpos cavernosos del pene.

Conducto deferente. Uno de los dos tubos largos y estrechos que transportan los espermatozoides desde los testículos.

Deseo sexual hipoactivo. Reducción del deseo o impulso sexual en relación con un patrón individual de motivación sexual, característico de cada persona.

Deseo sexual hiperactivo. Aumento del deseo o impulso sexual en relación con el patrón individual previo.

Dispareunia. Coito doloroso.

Erección. Acción de levantar o ponerse rígido el pene.

Eritema cutáneo. Cambio temporal de coloración en forma de manchas rojizas, como erupciones, desigualmente distribuidas, que sobreviene a veces durante la excitación sexual. Generalmente aparece en el abdomen, mamas, glúteos, rostro y extremidades.

Estrógenos. Hormonas primordialmente femeninas, que mantienen el revestimiento de la vagina, originan el desarrollo mamario y contribuyen a regular el ciclo menstrual.

Esteriotipos. Convicciones convencionales basadas en una simplificación de los hechos o en razonamientos carentes de sentido crítico.

Excitación. Primer estadio del ciclo de la respuesta sexual en el ser humano originado por estimulación física o psicológica, o por ambas a la vez.

Eyacularquía. Inicio de la eyaculación en el adolescente.

Eyacular. Expulsión del semen en el momento del orgasmo.

Fantasía sexual. Imaginación erótica, a partir de la memoria o de la estimulación, por la visualización de imágenes de contenido sexual.

Fantasía sexual onírica. Ensoñaciones de contenido sexual.

Folículo. Fina cápsula membranosa que contiene los óvulos inmaduros.

Genitales. Órganos sexuales o de la reproducción situados en la región pélvica.

Glándulas de Bartolino. Pequeñas glándulas situadas junto a la abertura vaginal.

Glándulas de Cowper. Dos glándulas que enlazan con la uretra por debajo de la próstata, segregan un líquido que aparece antes de la eyaculación.

Glande. La punta o cabeza del pene o del clítoris.

Gónadas. Ovario o testículo.

Hermafroditismo. Persona que presenta tejido testicular y tejido ovárico a la vez.

Heterosexual. Persona que muestra preferencia sexual por los individuos del sexo opuesto.

Himen. Fino repliegue membranoso de la mucosa vaginal que le ocluye la abertura.

Hipófisis. Órgano glandular situado en la base del cerebro, segrega varias hormonas de vital importancia para la actividad sexual del sujeto.

Hipotálamo. Porción del diencefalo, que estimula la función de las hormonas que se hallan en el torrente sanguíneo, reguladoras de muchas respuestas sexuales.

Homofobia. Hostilidad y miedo exagerado a los homosexuales.

Homosexual. Persona cuya preferencia sexual se orienta hacia su mismo sexo.

Hormona. Sustancia química segregada por el sistema endocrino y que es transportada por la circulación sanguínea hasta los tejidos donde produce sus efectos específicos.

Información sexual. La recepción de conocimientos transmitidos con intención educativa o los adquiridos por medio de literatura especializada.

Labios mayores. Cada uno de los pliegues cutáneos a cada lado de los labios internos, el clítoris y la abertura uretral y vaginal.

Labios menores. Cada uno de los dos pliegues mucosos internos que envuelven las aberturas de la uretra y la vagina.

Libido. Término utilizado para referirse al grado de deseo sexual.

Menarquia. Inicio de la menstruación en la adolescente.

Meseta. Fase del ciclo de la respuesta sexual humana que sigue a la excitación, caracterizada por una nivelación de las tensiones sexuales.

Miotonía. Espasmo o contracción involuntaria de un músculo.

Ninfomanía. En la mujer, actividad sexual compulsiva que sólo procura satisfacción pasajera.

Orgasmo. Constituye una respuesta global del organismo que implica la súbita descarga de la tensión sexual acumulada.

Orientación sexual. Preferencia por el compañero sexual atendiendo al sexo (heterosexual, homosexual o bisexual).

Ovarios. Órgano par situado a cada lado del útero que contiene y libera los óvulos y segrega hormonas.

Ovulación. Desprendimiento del óvulo maduro del folículo de Graf.

Parafilia. Comportamiento o práctica que sustituye con marcada predilección o en forma exclusiva a las condiciones normales de la actividad sexual.

Pene. Órgano sexual masculino eréctil de la cópula.

Periodo refractario. Lapso después de la eyaculación durante el cual es fisiológicamente imposible tener otro orgasmo. Exclusivo del hombre.

Pezón. Protuberancia situada en la punta de las mamas.

Plataforma orgásmica. El estrechamiento de la vagina durante la excitación sexual, causada por la vasoconstricción.

Prepucio. Pliegue de piel retráctil que cubre el glande del pene.

Puberal. Se refiere a los cambios orgánicos que ocurren en la adolescencia.

Próstata. Glándula que rodea el cuello de la vejiga y de una porción de la uretra, en el punto de salida de la vejiga. Segrega la mayor parte del fluido seminal.

Prostatectomía. Extirpación quirúrgica de la próstata.

Prostatitis. Inflamación de la próstata.

Resolución: La última fase de la respuesta sexual humana subsiguiente al orgasmo, en la que el cuerpo retorna a su estado natural de quietud sexual.

Satiriasis. En el hombre, actividad sexual compulsiva que sólo procura una gratificación pasajera.

Testículos. Par de glándulas reproductoras del hombre que se hallan dentro del escroto. Gónadas masculinas.

Testosterona. La hormona sexual más importante, que se halla presente en los dos sexos. Denominada también hormona masculina.

Trompas de Falopio. Dos tubos largos y membranosos por los que discurren los óvulos, desde los ovarios hasta el útero. También se llaman oviductos.

Túbulos seminíferos. Estructuras microscópicas tubiformes situadas dentro de los testículos en las que se forman los espermatozoides.

Uretra. Tubo o conducto que parte desde la vejiga y termina en el meato uretral, por el cual salen al exterior la orina y, en el caso del hombre, también el semen.

Uretritis. Inflamación de la uretra del hombre.

Útero. Órgano muscular hueco que forma parte de los órganos genitales internos de la mujer, en el que se implanta el óvulo fecundado y donde se nutren el embrión y el feto. También se le denomina matriz.

Vagina. Conducto membranoso, órgano femenino de la copulación que recibe en su interior el pene y que es capaz de contraerse y expandirse. La abertura recibe el nombre de vestíbulo o introito vaginal.

Vasoconstricción. Aflujo creciente de sangre concentrada en los tejidos del cuerpo, sobre todo en los genitales y mamas.

Vulva. Órgano sexual externo de la mujer; constituida por el monte púbico, los labios mayores y menores, el clítoris y la abertura vaginal.



Yatrogenia. Es la acción perjudicial producida por el médico.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ GAYOU, J. L.: *Elementos de Sexología*, Ed. Interamericana, México, 1979.
- ARTILES, V. L.: “Disminución del deseo sexual en la mujer de edad mediana. ¿Realidad o Mito?”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 27, abril 2006, pp. 28-31.
- BALÁN, S.M.: “En alas del amor: Relaciones de pareja”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 31, agosto, 2006, pp. 36-37.
- CABELLO, F. Y M. LUCAS: *Manual médico de terapia sexual*, 1ra.ed., Prismática, España, 2002.
- CABELLO, F.: *Disfunción sexual eréctil. Un abordaje integral*, Ed. Prismática, Madrid, 2004.
- CASTRO, M.: “El sexo como juez universal del ser humano”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 23, 2003, pp. 4-9.
- CAVALCANTI, R.S. Y OTROS: *Ejaculao precoce/ rapida. Concenso de Academia Internacional de Sexología Médica*, Ed. Guanabara-Koogan, Río de Janeiro, 2005.
- DIAMOND, M.: “Componentes básicos de la sexualidad humana”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 23, 2003, pp. 16-23.
- DÍAZ, O. E I. LÓPEZ: “Patrón Sexual”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 2, 1995, pp. 28-30.

- DÍAZ, O.: "La sexualidad de ancianas y ancianos. Algunos aspectos psicosociales de importancia", *Rev. Sexología y Sociedad* No. 19, 2002, pp. 9-12.
- FERNÁNDEZ, K. Y OTROS: *Sexualidad femenina, placer y prevención*, Centro provincial de promoción y Educación para la Salud, Santiago de Cuba, 2006.
- GINDIN, L.R. Y E. ALABASTER: Incidencia de los trastornos por estrés y ansiedad en la sexualidad. Modelo clínico de la eyaculación precoz: evaluación y tratamiento. www.psiquiatria.com/congreso/2004.
- GORGUET, I.: "Estudio de trastornos sexuales en mujeres de una consulta de Terapia Sexual" (Jornada Científica), Santiago de Cuba, 2002.
- GUERRA, G. G.: "La familia y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana", *Rev. Sexología y Sociedad* No. 28, agosto, 2005, p.35.
- GUYTON, A. C.: *Tratado de Fisiología Médica*, 10ªed., Edigrafos, S. A., Madrid, 2001.
- HOFFMAN, S. ET AL. : "Female condom use in a gender specific family planning clinic trial", *American Journal of Public Health*, vol. 93, 2003, pp. 837-903.
- KAPLAN, S. H.: "La nueva terapia sexual", t. I, Ed. Alianza, Madrid, 1979.
- KINSEY, A. CH. ET AL. : *Sexual Behavior of the Human Female*, Saunders, Philadelphia, 1953.
- LAMEIRAS, F. M. Y OTROS. : "El preservativo femenino: nuevo recurso preventivo y anticonceptivo", *Rev. Sexología y Sociedad* No. 32, 2006, pp. 9-12.
- LEYVA, MARÍN Y.: *Algunos temas sobre la sexualidad*, Ed. Ciencias Médicas, 1994.

- MASTERS Y JOHNSON: *La sexualidad humana*, Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1987.
- MOJENA, D.: "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un área de salud", TTR, Santiago de Cuba, 1986.
- MORILLO, L. E. Y OTROS. : *Prevalence of Erectile Dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: a Population Based Study (DENSA)*. Impot. R, 2002.
- NOLAZCO, C. A. Y OTROS. : "Salud Sexual de los argentinos", *Rev. Argentina Urolog.*, 2002.
- ORTIZ LEE, C.: "La anticoncepción de emergencia en la adolescencia", *Rev. Sexología y Sociedad* N° 25, 2004.
- PACHECO, Q. C.: "Comportamiento sexual en un sector del médico de familia", TTR, Santiago de Cuba, 1992.
- SAGARRA, H. M.: "Disfunciones sexuales de un grupo de pacientes masculinos", TTR, Santiago de Cuba, 1989.
- SALABARRIA, P. ET AL.: "Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American descent", *Aids and Behavior*, vol.7, 2003, pp. 163-174.
- SÁNCHEZ, I.: "Caracterización de la actividad sexual en el adulto mayor", TTR, Santiago de Cuba, 2004.
- SEGURA R.: "Salud sexual para el milenio", *Rev. Sexología y Sociedad* N° 28, 2005.
- TÉLLEZ, G. M.: "Urgencia psiquiátrica en el cuerpo de guardia del Hospital Clínico quirúrgico Saturnino Lora", TTR, Santiago de Cuba, 1986.
- TOQUERO DE LA TORRE, F. Y J. ZARCO: *Atención Primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales*, Ed. International Marketing & communications, S.A. Madrid, 2004.
- TRINQUETE, D. E.: "Adolescentes y VIH/SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido?", *Rev. Sexología y Sociedad* No. 27, 2005, pp. 4-7.

- 
- 
- UGARTE –ROMERO, BARROSO-AGUIRRE: “Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados”, *Rev. Méx. Urolog.*, 61(2): 63-76; 2001
- VASALLO, M. C.: “Disfunción y terapia sexual”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 1, diciembre 1995, pp. 9-11.
- VÍA, A. J.: “Ideas suicidas y disfunciones sexuales masculinas. ¿Para tanto es?”, *Rev. Sexología y Sociedad* No. 18, abril, 2002, pp. 28-29.
- VIANA, C. Y OTROS. : “Disfunción eréctil. Guías clínicas”, *Serv. Gallego de Saude, Coruña, España*, 6 (3), 2006.