



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“TÉCNICAS PSICOSEXUALES COADYUVANTES EN EL
TRATAMIENTO DE ALTERACIONES DE LA RESPUESTA SEXUAL
HUMANA POR FÁRMACOS”**

TESINA

**PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN TERAPIA PSICOSEXUAL**

**PRESENTA:
DAISY LIZBETH ORTEGA GUTIÉRREZ**

**DIRECTOR DE TESINA:
DR. IGNACIO COSIO Y ORTIZ**

PUEBLA, OCTUBRE 2014

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABLAS	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I	1
MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RSH)	1
1.1. Modelo de Havelock Ellis (1906)	1
1.2. Modelo de Wilhem Reich (1945)	1
1.3. Modelo de Alfred Kinsey (1953)	6
1.4. Modelo tetrafásico de William Masters y Virginia Johnson (1966)	6
1.4.1. Excitación	7
1.4.2. Meseta	8
1.4.3. Orgasmo	10
1.4.4. Resolución	12
1.5. Modelo de Helen Singer Kaplan (1974-1979)	13
1.5.1. Bifásico	13
1.5.2. Trifásico	14
1.6. Modelo pentafásico de John Bancroft (1983)	15
1.7. Modelo de Juan Luis Álvarez Gayou (1986)	15
1.7.1. Estimulo Sexual Efectivo (ESE)	16

1.7.2. Periodo Refractario	17
1.8. Modelo de Heli Alzate (1987)	18
CAPITULO II	28
FÁRMACOS QUE ALTERAN EL FUNCIONAMIENTO DE LA RSH.	
2.1 Antidepresivos	28
2.1.1 Tricíclicos	29
2.1.2 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	30
2.1.3 Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)	30
2.2 Neurolépticos – Antipsicóticos	32
2.2.1 Fenotiazinas	33
2.2.2 Derivados de la Butirofenona	34
2.2.3 Diazepinas	34
2.2.4 Litio	34
2.2.5 Risperidona	34
2.3 Ansiolíticos y Barbitúricos	35
2.3.1 Benzodiazepinas	36
2.4 Usados en Tratamientos Adictivos	37
2.5 Que actúan en el Sistema Nervioso Central	38
2.5.1 Opioides	38
2.5.2 Antiepiléptico	39
2.5.3 Antiparkinsoniano	39

2.6	Que actúan en el Aparato Digestivo y Metabolismo	40
2.6.1	Antiácidos, antiflatulentos y anti úlcera péptica	40
2.6.2	Antiespasmódicos, propulsivos, digestivos, tónicos y estimulantes del apetito.	40
2.7	Que actúan en el Sistema Cardiovascular	42
2.7.1	Sangre y órganos hematopoyéticos	42
2.7.2	Glucósidos cardiacos y antiarrítmico	42
2.7.3	Antihipertensivos	43
2.8	Hormonas Sexuales	46
2.9	Preparados Hormonales Sistémicos excluidas Hormonas Sexuales	48
2.10	Los que actúan en el Aparato Genitourinario	48
2.11	Antineoplásicos y Agentes Inmunomoduladores	49
2.12	Los que actúan en el Aparato Locomotor	50
2.13	Los que actúan en el Aparato Respiratorio	51
2.13.1	Anticolinérgicos	51
2.13.2	Antihistamínicos	51
2.14	Antiglaucomatosos	52

CAPÍTULO III

TÉCNICAS PSICOSEXUALES

3.1 Técnicas Psicosexuales en la alteración de la fase del Deseo (Estímulo Sexual Efectivo - ESE)	55
3.1.1 Deseo sexual inhibido / hipoactivo o apatía sexual (en mujeres y hombres)	55
3.1.1.1 Aprendiendo a usar los sentidos	56
3.1.1.2 El espejo	57
3.1.1.3 Focalización sensorial I o placerización sensorial	58
3.1.1.4 Focalización sensorial II o placerización genital	59
3.1.1.5 Fantasías Eróticas	59
3.1.1.6 El poder de la imaginación	61
3.1.1.7 Películas y material eróticos que ayudan al deseo sexual	61
3.1.2 Aversión sexual o fobia sexual (en mujeres y hombres)	62
3.1.2.1 Desensibilización sistemática	63
3.1.2.2 Terapia virtual real	63
3.1.2.3 Ejercicios de aflojamiento.	64
3.1.3 Disrítmia sexual o discrepancia en el deseo en la pareja	65
3.1.3.1 Comunicación por turnos “dar y recibir”	65
3.1.3.2 A fuego lento	66
3.1.3.3 Catálogo sexual	67

3.2	Técnicas Psicosexuales en la alteración en la fase de Excitación	68
3.2.1	Excitación inhibida femenina sin disfunción de la lubricación	69
3.2.1.1	Visualización	69
3.2.1.2	Lectura Erótica	70
3.2.1.3	Fantasías Eróticas	70
3.2.1.4	Masaje Tailandés	70
3.2.1.5	Texturas sensuales	71
3.2.1.6	Numerar los puntos de placer	72
3.2.2	Disfunción de la lubricación o hipolubricación vaginal	73
3.2.2.1	Lubricantes	73
3.2.2.2	Uso de EROS-CTD	74
3.2.3	Excitación inhibida masculina	74
3.2.3.1	Strip pocker	75
3.2.3.2	Caricias profundas	76
3.2.3.3	Técnica de concentración sobre una zona	76
3.2.3.4	Técnica del envolvimiento	76
3.2.3.5	Masaje sensual	77
3.2.3.6	Estimulación peneana	78
3.2.4	Disfunción Eréctil Masculina	78
3.2.4.1	Dar y recibir sin exigencias	79
3.2.4.2	Focalización sensoria1	79

3.2.4.3	Eliminación del temor al fracaso	79
3.2.4.4	Terapia Racional Emotiva (TRE)	80
3.3	Técnicas Psicosexuales en la alteración en la fase de Meseta o Excitación incrementada	80
3.3.1	Preorgasmia femenina	81
3.3.1.1	Prolongando el placer	81
3.3.1.2	Ejercicios de Kegel o control muscular	82
3.3.1.3	Camino al orgasmo	82
3.3.1.4	Ejercicios de autoerotismo	83
3.3.2	Eyacuación precoz o inadecuado control de la eyacuación	83
3.3.2.1	Técnica de Seemans	84
3.3.2.2	Técnica de Stop/ Start	85
3.3.2.3	Técnica Jen – Mo.	85
3.3.2.4	Técnicas amorosas Tántricas	85
3.3.2.5	Técnica del Tirón escrotal	86
3.3.3	Eyacuación retardada	86
3.3.3.1	Desensibilización progresiva en vivo a la eyacuación intravaginal	87
3.3.3.2	Maniobra del puente	87
3.3.3.3	Estímulo y distracción	87
3.3.3.4	Técnica estimulación pene- próstata	88
3.3.3.5	Técnica de la intención paradójica	88
3.3.4	Inhibición o insuficiencia eyaculatoria o Aneyacuación	88

3.3.4.1	Entrenamiento autoerótico de simulación coital	89
3.3.4.2	Técnicas conductuales de desensibilización sistemática hacia la eyaculación intravaginal o intrarectal con la participación de la pareja	91
3.3.4.3	Técnicas de atención táctil	91
3.4	Técnicas Psicosexuales que alteran la fase de Orgasmo	92
3.4.1	Anorgasmia femenina	92
3.4.1.1	Autoestimulación femenina	93
3.4.1.2	Juguetes eróticos	93
3.4.1.3	Juego entre dos	95
3.4.2	Anorgasmia masculina	95
3.4.3	Eyaculación retrograda	95
3.5	Técnicas Psicosexuales en disfunciones catalogadas como universales (Vaginismo y Dispareunia)	96
3.5.1	Vaginismo y dispareunia	96
3.5.1.1	Jugando con tu placer	98
3.5.1.2	Experimentando con objetos	99
3.5.1.3	Jugando con la pareja	100
3.5.1.4	Extinción de la respuesta vaginal condicionada.	101
	CONCLUSIONES	102
	BIBLIOGRAFÍA	105

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Esquema de Reich de las fases típicas del acto sexual con potencia orgásmica en ambos sexos	5
Figura 2 Modelo de Masters y Johnson de RSH femenina y masculina	7
Figura 3 Cambios en la fase de excitación en la mujer	8
Figura 4 Cambios internos y externos en la fase de excitación en el varón	8
Figura 5 Cambios externos e internos en la fase de meseta en la mujer	9
Figura 6 Cambios internos y externos en la fase de meseta en el hombre	10
Figura 7 Cambios externos e internos en la fase de orgasmo en la mujer	11
Figura 8 Cambios internos y externos en la fase de orgasmo en el hombre	11
Figura 9 Fase de resolución en mujer y hombre	12
Figura 10 Correlación entre el modelo de Helen Kaplan y el modelo de Masters y Johnson	16
Figura 11 La función Sexual	19
Figura 12 Disfunciones sexuales en la RSH	21
Figura 13 Comparación de modelos en la RSH	22
Figura 14 Tirón escrotal	86
Figura 15 Vagina artificial	91

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Correlación de los modelos de respuesta sexual humana	22
Tabla 2 Respuestas fisiológicas en la fase deseo y excitación	23
Tabla 3 Respuestas fisiológicas en la fase de meseta	24
Tabla 4 Respuestas fisiológicas en la fase de orgasmo	25
Tabla 5 Respuestas fisiológicas en la fase de resolución	26
Tabla 6 Periodo refractario	27
Tabla 7 Antidepresivos	31
Tabla 8 Neurolépticos (antipsicóticos)	35
Tabla 9 Ansiolíticos barbitúricos y sedantes	36
Tabla 10 Fármacos usados en tratamientos adictivos	37
Tabla 11 Fármacos que actúan en el sistema nervioso central	39
Tabla 12 Aparato digestivo y metabolismo	41
Tabla 13 Sistema cardiovascular, sangre y órganos hematopoyéticos	43
Tabla 14 Antihipertensivos	44
Tabla 15 Hormonas sexuales	47
Tabla 16 Preparados hormonales sistémicos excluidas hormonas sexuales	48
Tabla 17 Urológicos	49
Tabla 18 Antineoplásicos y inmunomoduladores	49
Tabla 19 Aparato locomotor	50
Tabla 20 Aparato respiratorio	51
Tabla 21 Órganos de los sentidos	52
Tabla 22 Ubicación de disfunciones sexuales en las fases de la RSH	54

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se sabe que es larga y diversa lista de medicamentos que interfieren en el impulso y funcionamiento sexual en las personas, los diversos estudios realizados por investigadores de la sexualidad, mencionan que los fármacos que se emplean en la práctica médica pueden tener influencia ya sea sobre el estado afectivo de las personas, su personalidad, su fisiología de la respuesta sexual, pero lo que dificulta la realización de los estudios, es que en la consulta médica institucional y/o privada en su historia clínica, es frecuente que se omita la investigación de la vida erótica y sexual del paciente, debido a tabúes, temor, falta de conocimiento o pena del médico y/o paciente. Además que en ocasiones el paciente y/o médico no consideran, en primera instancia, que dicha medicación que ingiere pueda afectar su rendimiento.

Si bien es un hecho conocido que un determinado número de medicamentos y drogas interfieren con el correcto funcionamiento sexual, también está demostrado, que ninguna de estas sustancias causan trastornos en todas las personas (Hurtado, 1997).

Este hecho refleja alguna forma de vulnerabilidad individual fisiológica o farmacológica, puesto que la respuesta individual a una sustancia activa es el resultado de complejas interacciones entre un número indeterminado de factores como la acción farmacológica, la dosis, la predisposición y la expectativa hacia los efectos de la sustancia, el estado mental, el estado de la relación de pareja y, como no, sus rasgos de personalidad. (Masters y Johnson, 1983)

En cuanto a las diferencias de respuesta según el sexo, en general, los efectos de los fármacos sobre la sexualidad masculina cuentan con una mayor documentación y con más evidencias que los efectos sobre la respuesta sexual femenina. Hechos, que en parte, son debidos a que tanto en la fase de excitación-meseta y en la fase orgásmica los cambios genitales masculinos son más visibles, objetivos y por tanto cuantificables, que los cambios femeninos.

Los mecanismos de afectación de la respuesta sexual por fármacos son a nivel del sistema nervioso central donde el fármaco puede causar sedación y por consecuencia inhibición de la función sexual, en el caso de que el efecto fuera sobre receptores periféricos adrenérgicos, anticolinérgicos y serotoninérgicos, provocaría interferencia en el sistema nervioso autónomo o interfiriendo en el flujo sanguíneo y la actividad muscular. Además en cuanto a las hormonas la afectación puede ser por reducción de la acción de los andrógenos y niveles elevados de estrógenos en el hombre. (Secín, R. y Ugarte, F.; en Rubio, E. 1998)

Desde 1950 se han realizado informes sobre las alteraciones que provocan sobre la respuesta sexual, el uso de ciertas sustancias (fármacos, hierbas, etc). Las sustancias psicotrópicas fueron de las primeras que demostraron ocasionar dichas alteraciones en la respuesta sexual humana.

En ocasiones los pacientes tanto como los médicos no consideran, en primera instancia, que la medicación que ingiere pueda afectar su funcionamiento sexual. Sin embargo, si un fármaco tiene dentro de sus mecanismos de acción efectos sobre el sistema nervioso central, se debe considerar que puede alterar la respuesta sexual del individuo.

Los principales grupos de fármacos que afectan la función sexual son: abuso de drogas, depresores del sistema nervioso central, antihipertensivos, anticolinérgicos, neuroléptico, hormonas y los empleados en el tratamiento de cáncer (Wilson, 1991).

Es por ello que el objetivo de la presente investigación documental es brindar a profesionales de la salud, la información acerca de las diversas investigaciones que se han hecho al respecto, integrando las técnicas psicosexuales en el tratamiento de las alteraciones en la RSH, identificando los grupos de fármacos que más comúnmente se vinculan a dichas alteraciones, tanto en varones como en mujeres.

Además dichas técnicas psicosexuales presentadas en este trabajo pretenden enseñar una manera de incrementar la sensibilidad interoceptiva y exteroceptiva que contribuirá a un mejor disfrute de la vida erótica –sexual.

Por lo tanto, este estudio descriptivo servirá de guía a todos los profesionales de la salud, que tienen que atender demandas por trastornos sexuales, para que valoren adecuadamente si la causa es un efecto secundario del fármaco que el/la paciente consume o es de otra índole, para facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico, evitando el abandono del mismo.

Además que mediante la recopilación de las técnicas psicosexuales, se contribuirá de manera conjunta al mejoramiento de la función sexual de la persona que ingiere fármacos ya sea por prescripción médica que por alguna razón no pueda prescindir de dicho medicamento, coadyuvando a una mejoría en la respuesta sexual de manera integral.

De tal manera que este estudio se divide en tres capítulos, en los que se expone lo siguiente: en el primer capítulo se expone sobre los diferentes modelos de respuesta sexual humana, de las investigaciones que se aportaron a lo largo del tiempo iniciando con el modelo de Havelock Ellis en 1906, después se menciona al modelo de Wilhelm Reich en 1945, modelo de Alfred Kinsey (1948-1953), de ahí el modelo de Masters y Johnson en 1966, el modelo de Kaplan en el que se realizaron estudios de 1974 a 1982 donde propuso primero el modelo bifásico, convirtiéndose posteriormente en trifásico. Luego se menciona el modelo pentafásico de Bancroft en 1983. Posteriormente el modelo de Álvarez-Gayou de seis elementos en 1986 para terminar con el modelo de Álzate en 1987.

En el segundo capítulo se mencionan los diferentes grupos de fármacos y los efectos adversos que provocan en la respuesta sexual humana iniciando con el grupo de los antidepresivos, luego los antipsicóticos, ansiolíticos, los usados en los tratamientos adictivos, los que actúan en el sistema nervioso central (SNC), los que actúan en el aparato digestivo, los que actúan en el sistema cardiovascular, los que actúan en el aparato genitourinario, los compuestos hormonales, los

quimioterapéuticos para cáncer, los que actúan en el aparato locomotor, los que actúan en el aparato respiratorio y los antimicóticos.

Por último, en el tercer capítulo se mencionan las técnicas psicosexuales que pueden coadyuvar al tratamiento de las disfunciones sexuales causadas por algunos grupos de fármacos.

CAPÍTULO I

MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RSH)

En este capítulo se mencionan los distintos modelos de respuesta sexual humana que aportaron los investigadores a lo largo de la historia quienes se han dedicado a dicho estudio. Los cuales se irán refiriendo en orden cronológico.

1.1 Modelo de Havelock Ellis (1906)

Havelock, 1906 (en Aguirre, E. 2011), describió un modelo de respuesta constituido por dos fases:

- a) La primera es la fase de tumescencia que consiste en la acumulación física de energía sexual.
- b) La segunda fase es la detumescencia en donde se da la liberación de esa energía sexual.

Parece que este modelo sólo se observó en varones, probablemente faltó que hiciera la investigación en mujeres, habría que ver si hay solamente estas dos fases.

1.2 Modelo de Wilhelm Reich (1945)

Reich descubrió la naturaleza verdadera de la potencia orgástica en 1922, se interesaba en la regulación de la economía sexual que llevamos a cabo los seres humanos, observando que por dicha limitación en la capacidad de abandono o experiencia orgástica, disponemos de una economía sexual perturbada. A esa experiencia orgástica, llegó a denominarla experiencia transpersonal. Esta es la teoría general sobre la que asienta los trastornos psicopatológicos y neurovegetativos (en Serrano, X. 2011).

En 1934 Reich plasma en su texto las “*variaciones electrofisiológicas del orgasmo*” y en el texto “*experiencias bioeléctricas sobre el placer y la angustia*” (1936), sus investigaciones sexológicas que le llevan a afirmar que el placer viene

acompañado de una mayor carga periférica, mientras que en los procesos de displacer dicha carga disminuye. Así, la misma reacción mecánica fisiológica que facilita el acmé en el hombre o mujer adulta podían estar acompañados de carga periférica o de una disminución de ésta. Dicho de otra manera, las manifestaciones sexuales genitales (lubricación vaginal, erección del pene, enrojecimiento de la piel) se daban por igual entre personas que realmente sentían placer y tenían una capacidad de abandono vegetativo en el momento del acmé, y aquéllas en las que su capacidad de placer y abandono estaba mermada. (Reich, W. 1975).

El interés del autor por el tema sobre la RSH provenía de su época de estudiante de medicina, en la que conoció los estudios sobre la sexualidad y la teoría de la libido de Freud, los trabajos de Muller (1935) sobre el sistema nervioso vegetativo y las hipótesis biológicas vitalistas de Kraus, Zondek y Hatmann. Todo ello le llevarían a desarrollar su teoría sobre “la función del orgasmo” entre 1927 y 1942 según la cual, la capacidad de abandono orgástico (vivencia de placer total visceral, sin predominio cortical, racional), era el principal mecanismo regulador biológico del organismo por ser una situación de extrema expansión.

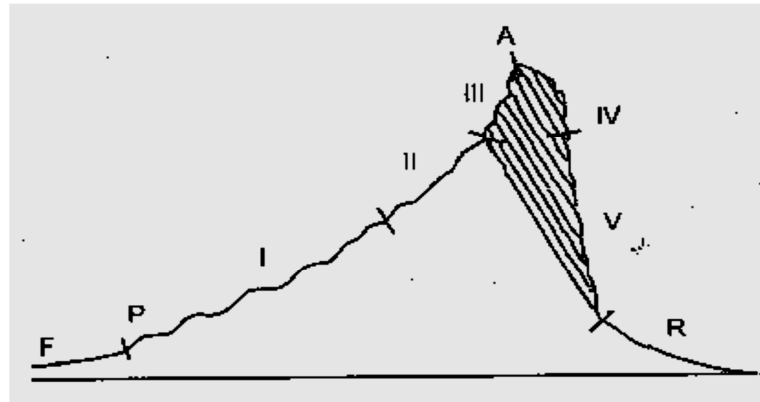
Reich, (1945) a partir de sus investigaciones clínicas y sexológicas describe lo que sería la curva de excitación sexual diferenciando “acmé”, de “orgasmo”. Dando origen a un modelo de respuesta sexual de cinco fases y tres momentos de la relación sexual que fueron importantes para él. (Figura 1). El cual se describirá a continuación:

- **Preliminares del placer (F):** en este momento la erección es placentera y no dolorosa, hay espasmo de la región pélvica o del conducto espermático, el pene no está sobreexcitado. El genital de la mujer se torna hiperémico y por una amplia secreción de las glándulas genitales, se humedece de una manera específica; Un criterio de la potencia orgástica en el varón es el *Apremio* en penetrar. Pues puede haber erecciones sin ese apremio y también se dan los preliminares entre la pareja.

- **Penetración (P):** La excitación placentera aumenta repentinamente tanto en el hombre como en la mujer con la penetración del pene.
- **Fase del control voluntario del aumento de la excitación (I):** En el hombre aumenta el apremio de penetrar muy profundamente; Como resultado de fricciones *mutuas, lentas, espontáneas y sin esfuerzo*, la excitación se concentra en la superficie y el glande del pene, y en las partes posteriores de la membrana mucosa vaginal. La conciencia está completamente concentrada en la percepción de las sensaciones placenteras. También en esta fase la fricción es placentera y puede cumplirse sin esfuerzo mental; prolonga el acto sexual.
- **Fase de las contracciones musculares involuntarias y aumento automático de la excitación (II):** en esta fase se produce taquicardia y espiraciones profundas. Se experimenta una sensación como de "derretirse"; la excitación que va desde los genitales a otras partes del cuerpo. Esa excitación se manifiesta primero en contracciones involuntarias de la musculatura total del genital y la región pélvica. Posteriormente aparecen contracciones espasmódicas que apresuran la eyaculación. En la mujer se produce en ese momento una contracción de la musculatura lisa de la vagina. En esta fase, la interrupción del acto sexual es absolutamente displacentera y ocasionalmente produce dolores en la región pélvica para ambos, hombre y mujer.
- **Fase de ascenso repentino y vertical hacia el acmé (III):** en esta fase hay una mayor intensificación y un aumento de la frecuencia de las contracciones musculares involuntarias, la excitación crece rápida y verticalmente hacia el acmé; normalmente el acmé coincide con la primera contracción muscular eyaculatoria en el hombre.

- **Fase de orgasmo (IV):** Ahora tiene lugar una obnubilación más o menos intensa de la conciencia; las fricciones se *hacen espontáneamente más intensivas*, después de una disminución momentánea en el momento del acmé; el apremio por "penetrar completamente" se torna más intenso con cada contracción muscular eyaculatoria. En la mujer, las contracciones musculares siguen el mismo curso que en el hombre; vivencialmente, la diferencia sólo reside en que durante e inmediatamente después del acmé la mujer quiere "recibir completamente".
- **Fase de caída vertical de la excitación (V):** La excitación orgástica toma posesión de todo el cuerpo y tiene por resultado *contracciones energicas de la musculatura total del cuerpo*. También en esta fase se presenta alivio de la tensión y se experimenta una descarga motriz (porción descendente de la curva del orgasmo) es predominantemente el resultado de un reflujo de la excitación desde el genital al cuerpo. Después esa excitación es reemplazada por una placentera relajación corporal y psíquica: en general hay un gran deseo de dormir.

Para Reich **el acmé** representa, el punto en el cual la excitación cambia de dirección. Hasta el momento dirección es hacia el genital, en el momento del acmé se vuelve en dirección opuesta, hacia la totalidad del cuerpo. El reflujo completo de la excitación hacia la totalidad del organismo es lo que constituye la gratificación. Gratificación significa dos cosas: cambio de dirección del flujo de la excitación en el cuerpo y descarga del aparato genital. (Reich, W., 1975).



F = preliminares del placer; **P** = penetración; **I** = fase del control voluntario del aumento de la excitación, en la cual no es perjudicial todavía la prolongación voluntaria; **II** = fase de las contracciones musculares involuntarias y aumento automático de la excitación. **III** = ascenso repentino y vertical hacia el acmé (**A**). **IV** = orgasmo. **V** = "caída" vertical de la excitación. **R** = relajación, duración de 5 a 20 minutos. La parte *sombreada* representa la fase de las *contracciones corporales involuntarias*.

Figura 1. Esquema de Reich de las fases típicas del acto sexual con potencia orgásmica en ambos sexos.

Esta es la primera curva que se realiza a nivel científico sobre las fases del acto sexual y que es aparentemente similar a la que posteriormente expusieron Masters y Johnson en su libro sobre la respuesta sexual humana y que más adelante mencionaré.

La diferencia entre la curva de Masters y Johnson y la de Reich está en la fase A (zona sombreada) que representa una respuesta corporal involuntaria, y que es lo que equivaldría al orgasmo, Reich hace una diferencia clínica entre ambos. El acmé sería el umbral extremo de soportar la excitación en el organismo (cada organismo tiene un umbral máximo para soportar el placer y una vez que se llega a él se produce una bajada de la tensión). En este sentido se pueden producir muchos acmé en un corto periodo de tiempo. Mientras que el orgasmo supone, por otro lado, el elemento energético que permite una descarga igual a la tensión creada. El acmé produce un éxtasis sexual y una tendencia a la reducción del

contacto con el deseo, o bien una constante sensación de carga y una constante necesidad de desarrollar el impulso sexual. (en Serrano, X., 2011).

Para Reich, por lo tanto, la diferencia entre la función del orgasmo y el proceso de genitalidad es importante. Porque si bien siempre hay sexualidad lo que no hay siempre es genitalidad y capacidad de desarrollar la función del orgasmo a través de los contactos. Lo cierto es que estas fueron de las primeras investigaciones controladas en laboratorio sobre algunos aspectos de la respuesta sexual.

1.3 Modelo de Alfred Kinsey (1948-1953)

Kinsey, entre 1948 y 1953 (en Aguirre, E., 2011) propuso un modelo de respuesta sexual compuesto de tres fases:

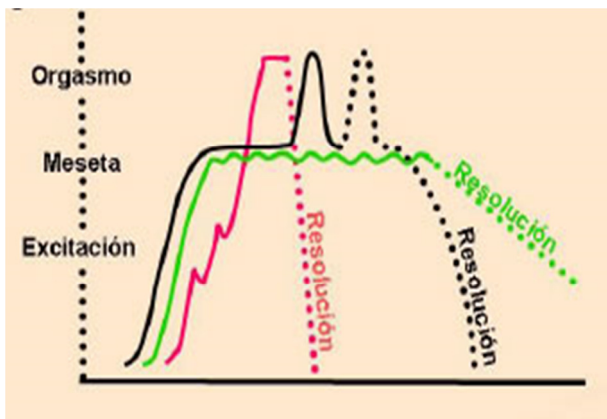
- a) Excitación o tensión
- b) Orgasmo
- c) Posefectos

Que en 1966 serían retomadas las investigaciones ya mencionadas anteriormente sobre la RSH, desde otra óptica, por Master y Johnson en Estados Unidos.

1.4 Modelo tetrafásico de William H. Masters y Virginia E. Johnson (1966)

A principios de la década de 1950 Masters y Johnson, tras estudiar la fisiología y psicología sexual humana durante diez años, lograron detectar y sistematizar los cambios a nivel de órganos sexuales y sistémicos en ambos sexos y crearon el modelo de la respuesta sexual humana que organizaron en un modelo unidimensional de cuatro fases: *excitación*, *meseta*, *orgasmo* y *resolución*. Los resultados de su estudio fueron publicados en el año de 1966. (Figura 2) (Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R., 1987).

Esquema femenino



Esquema Masculino

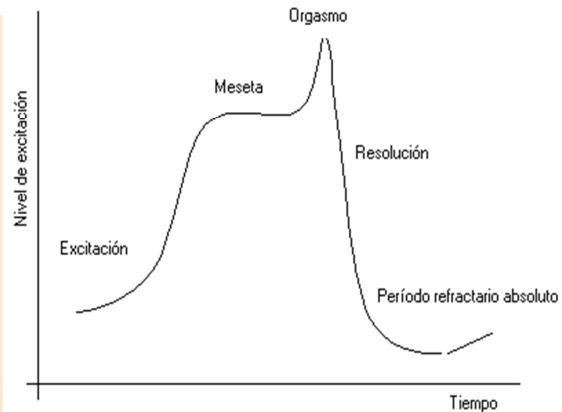


Figura 2 Modelo de Masters y Johnson de RSH femenina y masculina.

Esquema femenino: La línea negra representa un patrón similar al masculino. Se produce una excitación, una meseta plana, un orgasmo y una caída de la tensión sexual; la línea punteada indica una posible variación, un segundo orgasmo. La línea verde representa un primer período de excitación, pero no hay orgasmo, se produce una fase de meseta con numerosos picos de excitación cercanos al orgasmo y la resolución. La línea rosa muestra una etapa de excitación que va en aumento, sin producirse una meseta, hasta la consecución del orgasmo y resolución.

Esquema masculino: se produce una excitación, una meseta hasta la consecución del orgasmo, de repente se produce una caída que indica la resolución. El periodo refractario es el tiempo que necesita el hombre para recuperar su organismo, este tiempo es menor en jóvenes y aumenta con la edad. Pasado ese tiempo se pueden reiniciar las relaciones sexuales. Pueden darse otras variaciones, entre ellas las que corresponden a las líneas verde y rosa del esquema femenino.

1.4.1 Excitación

Para Masters y Johnson (1987) “...la excitación es consecuencia de la estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o ambas.” (p.93), a consecuencia de actos voluntarios pero además, puede ser de un suceso inesperado, involuntario y no querido. La persona puede sentirse estimulada mediante el mero contacto físico, como un beso, un abrazo, por una invitación verbal (hagamos el amor), un mensaje no verbal (lenguaje corporal), o una señal visual como la lectura de un texto erótico o una película. Independientemente de cuál sea la fuente de estimulación inicial, los mecanismos fisiológicos básicos de la excitación sexual (en la persona físicamente sana) son claros. Además en esta

fase, dependiendo de la edad de la persona, del sexo y de las circunstancias puede durar de varios minutos a varias horas, por acción de la vasopresina (Masters, W, Johnson, V. y Kolodny, R., 1987).

En esta fase hay diferentes cambios físicos y fisiológicos que ocurren tanto en hombre como en la mujer los cuales están resumidos en la Tabla 1. (p.23) y en las figuras 3 y 4

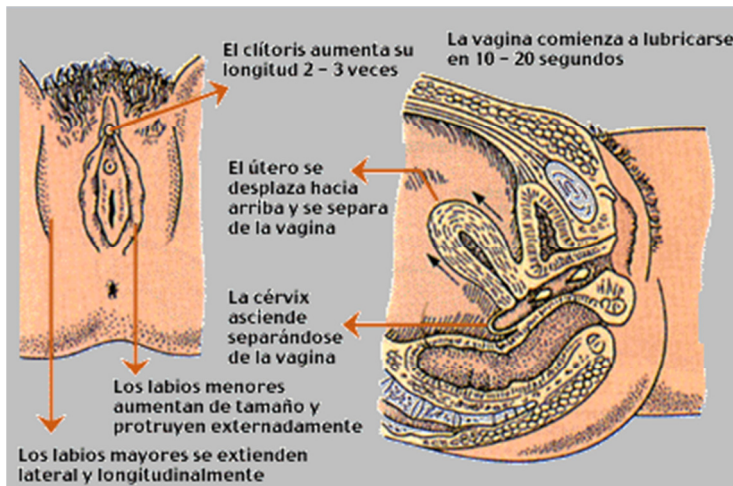


Figura 3 cambios en la fase de excitación en la mujer.

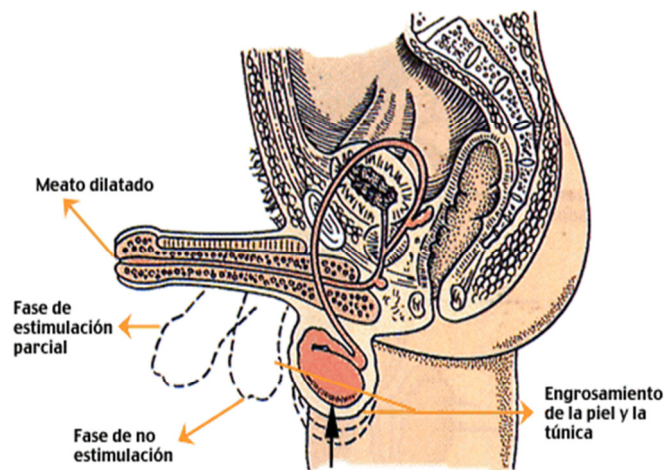


Figura 4 Cambios internos y externos en la fase de excitación en el varón

Mc Cary y cols. (2000), Mencionan que en el caso de los varones, en esta fase los testículos se pegan al cuerpo, y si esta fase se llega a prolongar puede provocar que el saco escrotal y el cremáster, se relajen varias veces, lo que permite que los

testículos ocupen la posición baja en el escroto, antes de que la tensión sexual de la fase de meseta establezca la elevación completa.

1.4.2 Meseta

Masters y Johnson (1996), mencionan que la fase de meseta “...es el grado de excitación sexual relativamente alto sostenido durante un periodo bastante corto.” (p. 74) Algunos hombres durante esta fase emiten desde unas gotas a media cucharada de té de fluido preeyaculatorio, y este fluido puede ser producido aunque no tenga lugar la eyaculación. Se sabe que esta secreción procede de las glándulas de Cowper y pueden contener un número pequeño de espermatozoides vivos.

La duración de esta fase varía en gran medida, en algunos varones que tienen dificultad en controlar su eyaculación, esta fase es breve, en el caso de las mujeres, una breve fase de meseta, antecede a un orgasmo de singular y en otros individuos esta puede ser larga y pausada. Fisiológicamente, los cambios que comenzaron en la fase de excitación se van intensificando debido a la vasodilatación y el incremento de la tensión neuromuscular, dichos cambios se describirán en la Figura 5 y Tabla 2 (p.24)

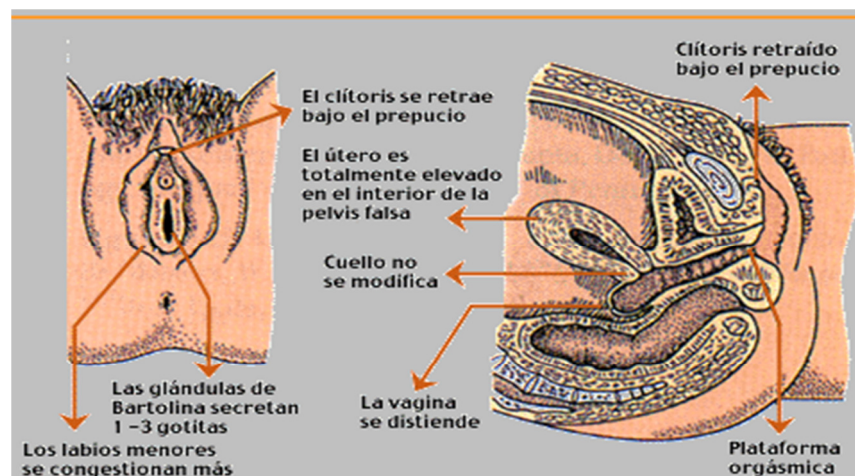


Figura 5 Cambios externos e internos en la fase de meseta en la mujer.

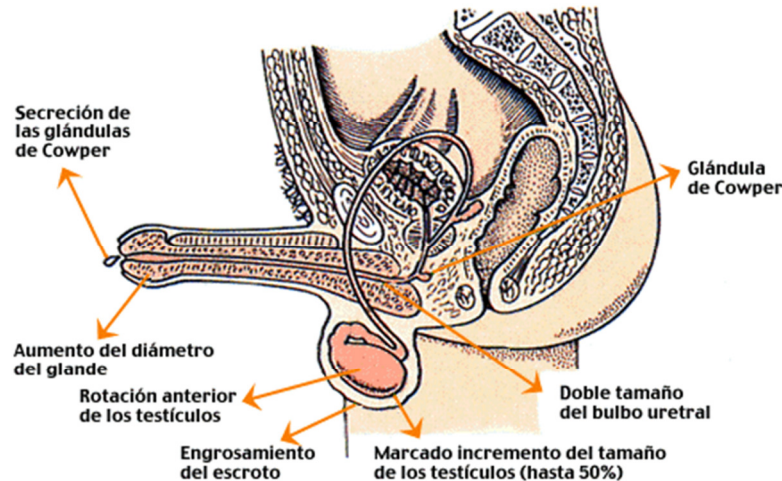


Figura 6 Cambios internos y externos en la fase de meseta en el hombre.

La siguiente fase que en el modelo de Masters y Johnson es la de orgasmo.

1.4.3 Orgasmo

Azcárraga (2001) “...llama orgasmo al clímax de las sensaciones placenteras, que corresponde al momento en que la excitación llega a su máximo y se disipa bruscamente dando la sensación de una descarga de tensión” (p. 43).

Mientras que para Masters y Johnson (1987) el orgasmo “...es un punto en el que el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada, en lo que constituye el apogeo de la excitación sexual” (p. 100), esto mediante la activación de una serie de reflejos, tanto en los órganos sexuales como en el resto del cuerpo.

Desde el punto de vista biológico esta fase es la más corta del modelo de tetrafásico; normalmente dura sólo unos segundos, lapso durante el cual las contracciones musculares que se desencadenan producen una intensa sensación física, y que en tanto en hombres como en mujeres suele ser una experiencia intensamente placentera. También los orgasmos varían no sólo en cada varón o mujer en particular, si no en distintos momentos de un individuo; su intensidad deriva de factores como la fatiga y el tiempo transcurrido desde el último orgasmo, además de los factores psicosociales como la afinidad con la pareja, actividad,

expectativas y sentimientos en torno al acto sexual. (en Masters, W., Johnson, V. y Kolondy, R. 1996)

En cuanto a los cambios físicos y fisiológicos que suceden en esta etapa se describen en la Tabla 3 (p.24).

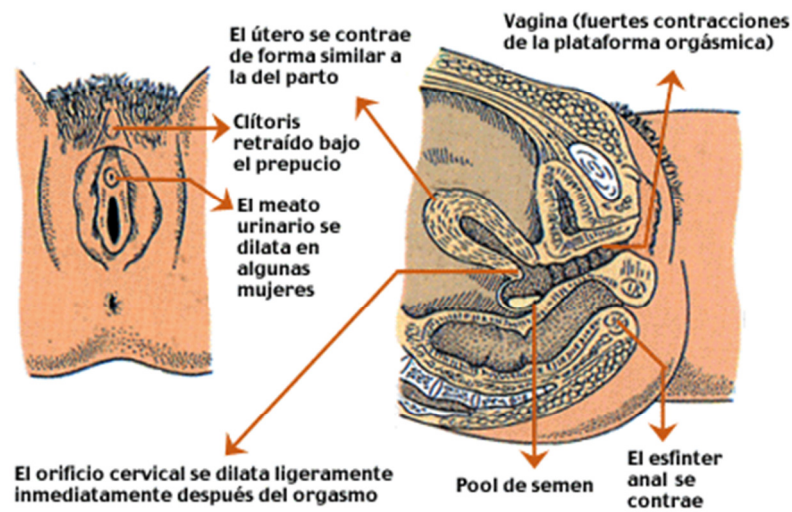


Figura. 7 cambios externos e internos en la fase de orgasmo en la mujer.

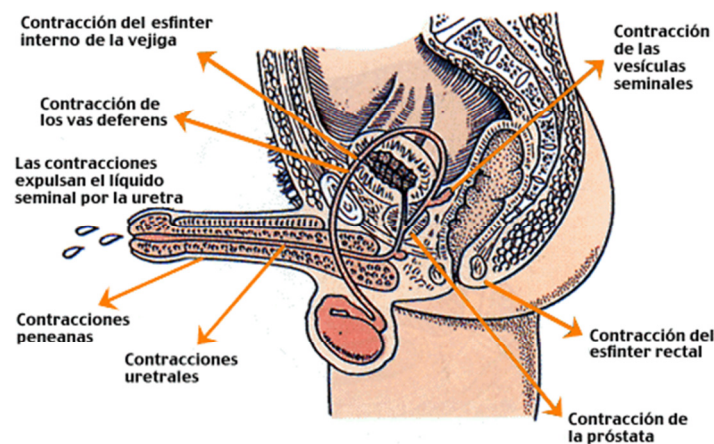


Figura. 8 Cambios internos y externos en la fase de orgasmo en el hombre

Después de la fase de orgasmo Masters y Johnson hacen referencia a la fase de resolución la cual describiré a continuación.

1.4.4 Resolución

Para Masters y Johnson (1996) la fase de resolución “*es el regreso del cuerpo a las pautas del estado de no excitación*” (p.82), se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas sucedidas durante las fases de excitación y meseta. Por otro lado, la principal diferencia entre las fases de resolución masculina y femenina se encuentra en que para los varones la parte inicial de esta fase es el periodo de recuperación, en donde a veces se mantiene una erección parcial o completa. La duración de esta fase de recuperación varía mucho de un individuo a otro: desde unos minutos a varias horas.

En la mayoría de los hombres este periodo se espacia con cada nueva eyaculación, además conforme el hombre suma años, se va alargando. En el caso de las mujeres, a menos que continúe la estimulación, la plataforma orgásmica desaparece con gran rapidez después del orgasmo. (Tabla 4, p.25) (Figura 9) (en Masters, W., Johnson, V. y Kolodny R. 1987).

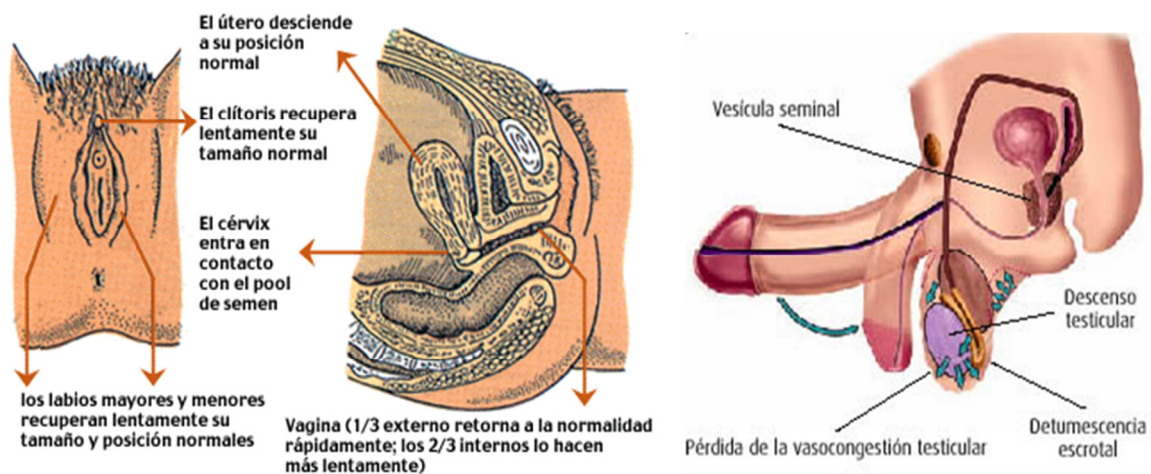


Figura 9 Fase de resolución en mujer y hombre.

1.5 Modelos de Helen Singer Kaplan (1974 -1979)

Kaplan, 1974 (en Azcárraga, G. 2001) propuso que las cuatro fases del modelo tetrafásico de Masters y Johnson mencionado con anterioridad, se redujeran en dos componentes específicos y relativamente independientes, una *reacción vasocongestiva* y las *contracciones musculares clónicas reflejas*, que constituyen el orgasmo en ambos sexos.

La doctora mostró lo evidente que resulta la división bifásica con los siguientes argumentos:

Primero, los dos componentes abarcan estructuras anatómicamente distintas y se hallan inervadas por partes diversas del sistema nervioso. La erección se encuentra mediada por la división parasimpática del sistema nervioso autónomo, mientras que la eyaculación es una función del simpático. Segundo, los traumas físicos, los fármacos y la edad afectan de distinta manera a estos dos componentes. Por último, los síndromes clínicos que resultan de los trastornos de la erección y de la eyaculación en el varón y de la lubricación y el orgasmo en la mujer son notoriamente distintos. (Kaplan, H. 2009).

1.5.1 Modelo Bifásico

El modelo Bifásico de Kaplan (1974) está constituido por dos fases que son:

a) Fase Vasocongestiva (lubricación- hinchazón).

Esta fase según Kaplan (2009) Se caracteriza por cambios físicos en los genitales tanto en el varón como en la mujer, provocados por las reacciones vasocongestivas locales y las reacciones reflejas musculares ante una excitación erótica. En el varón se da una vasocongestión local de los cuerpos cavernosos y esponjoso del pene, lo que ocasiona la erección, mientras que en la mujer la vulva vestibular que rodea al introito desencadena la lubricación vaginal y la ingurgitación, creándose, a su vez la plataforma orgásmica.

b) Fase Mioclónica (orgasmo)

Kaplan (2009), menciona que esta fase se caracteriza por una serie de contracciones reflejas involuntarias y rítmicas de los músculos de la base del pene, acompañados de sensaciones eróticas que parecen localizarse en la próstata y las vesículas seminales que en el caso del hombre, mientras que en la mujer el foco de origen pélvico para las sensaciones eróticas, se ubican en las inmediaciones de la vagina y las contracciones se dan en las estructuras que comprende la plataforma orgásmica, esto, es, los músculos y los tejidos que rodean el introito vaginal y también los músculos pélvicos.

Kaplan, 1974 (en Azcárraga, G. 2001). Menciona que la contracción de los músculos perineales; en el varón esto ocurre como una etapa de la eyaculación. La eyaculación consta de dos tiempos: en el primero, el contenido de los conductos intra-testiculares y epididimario (espermatozoides, la secreción de las vesículas seminales y la secreción de la próstata) se vacía en la uretra (el varón siente que la eyaculación es inminente). El segundo tiempo de la eyaculación es cuando el espermatozoides es expulsado por la uretra como consecuencia de la contracción de los músculos bulbo cavernosos, isquiocavernosos, transversos superficiales y profundos del perineo y de la pared uretral.

En 1979 Kaplan publicó una modificación a su curva, añadiendo una fase de deseo antes de la fase vasocongestiva, con lo que su modelo de respuesta sexual se convierte en trifásico. Quedando organizado de la siguiente manera: fase de deseo, fase vasocongestiva y fase mioclónica.

1.5.2 Modelo Trifásico

Kaplan (1982) indica que la fase de deseo se vive como sensaciones específicas que mueven a la persona a buscar experiencias sexuales y mostrarse receptivo a ellas. (Figura 1.10, p. 16).

- **Fase del deseo** se caracteriza por la necesidad que se siente de satisfacer el impulso sexual por medio de experiencias sexuales y que, según Freud, se aprecia por una peculiar sensación de tensión de un carácter apremiante. Aparece cuando el grado de excitabilidad neurofisiológica, las cogniciones, los sentimientos y las sensaciones conducen a algún tipo de impulso sexual, de manera que se origina la apetencia o necesidad de buscar placer sexual. La influencia de la endorfina sobre el sistema sexual. Además de que la testosterona estimula el deseo sexual en ambos sexos. (Azcárraga, G., 2001).

1.6 Modelo pentafásico de John Bancroft (1983)

Bancroft, 1983 (en Arango, I. 2008) describe la respuesta sexual humana como un conjunto de eventos no secuenciales, que es posible separar y, tomando en cuenta tanto las aportaciones de Masters y Johnson como las de Kaplan, propone que los elementos de tal respuesta son:

- a) Deseo.
- b) Excitación central (sistema nervioso central).
- c) Excitación genital.
- d) Excitación extra genital (todos los cambios que ocurren en el resto del cuerpo).
- e) Pre-orgasmo: se refiere a cambios físicos y sensaciones que ocurren antes del clímax.
- f) Orgasmo
- g) Post-orgasmo.

1.7 Modelo de seis elementos de Juan Luis Álvarez-Gayou (1986).

El modelo propuesto por Álvarez-Gayou (1986) incluye dos fases más, además de las cuatro fases de Masters y Johnson. Una al iniciar, que es el *Estímulo Sexual Efectivo* (ESE) que para Kaplan sería el equivalente a la fase de deseo al igual

que para Bancroff, y en el caso de Reich estaría refiriéndose a los preliminares y otra al final llamada *Período Refractario*. Con esta clasificación de la respuesta sexual humana, Álvarez-Gayou pretende proporcionar una guía esquemática con un enfoque clínico para la evaluación de los casos y la comprensión integral de la clasificación de las disfunciones. (Figura 10)

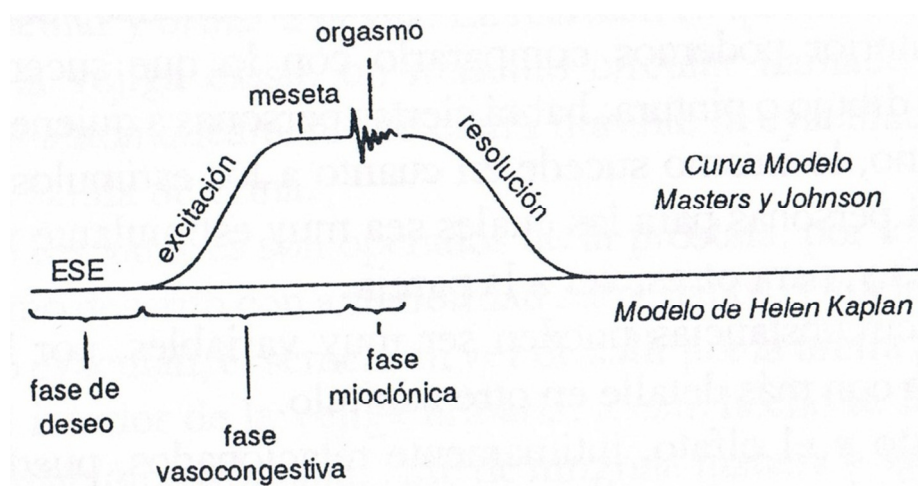


Figura 10 Correlación entre el modelo de Helen Kaplan y el modelo de Masters y Johnson (en Álvarez –Gayou, 1996, p. 11)

A continuación describiré las dos fases que Álvarez-Gayou propuso para complementar el modelo de Masters y Johnson.

1.7.1 Estímulo Sexual Efectivo (ESE)

Álvarez-Gayou (1986) denominó Estímulo Sexual Efectivo (ESE) a cualquier situación que provoque una respuesta sexual. Los ESE inician en el organismo femenino y masculino una serie de respuestas y cambios a nivel de órganos sexuales y sistémicos que, acompañados de percepciones subjetivas, permiten un análisis racional y fisiológico de las disfunciones, diagnóstico y estrategias terapéuticas en su caso (Tabla 1, p. 23).

En la sexología se le llama estímulo sexual efectivo (ESE) a aquel que es capaz de iniciar una respuesta sexual en el ser humano. Los estímulos pueden provenir

del propio organismo o del exterior. A los que se originan en el propio organismo se le llama *interoceptivos* y si éstos provienen del exterior se les denomina *exteroceptivos*. A su vez los estímulos, ya sean interoceptivos o exteroceptivos, pueden provenir de reflejos del organismo en cuyo caso se les denomina *reflexogénicos*, o tener su origen en los centros cerebrales y en tal caso se les llama *psicogénicos*. (Álvarez-Gayou, Sánchez y Delfín, 1986)

Para Álvarez-Gayou (1986) en los estímulos reflexogénicos participan las vías aferentes y eferentes que llegan al centro erector inferior en la médula espinal a la altura de S-2, S-3 y S-4. La vía aferente está constituida por los nervios pudendos, y las eferentes por las ramas parasimpáticas que emergen de estos sectores y se denominan nervios erectores.

1.7.2 Periodo Refractario.

Tanto en el hombre como en la mujer, después de la resolución se presenta una fase en que la respuesta a un estímulo sexual está disminuida, y se denomina periodo refractario. (Tabla 5, p.27)

Su duración es variable, más corta en jóvenes que en los individuos mayores. También se incrementa en el hombre después de la primera eyaculación en una sola sesión de relación sexual.

Álvarez-Gayou, (1986) en su libro Sexoterapia Integral, hace el análisis de las diferencias entre las curvas de respuesta sexual masculina y femenina lo que permite, en principio, negar que sean diferencias fisiológicas intrínsecas y concluyendo lo siguiente:

- 1.- La menor duración de la curva masculina hasta el orgasmo se debe al proceso educativo que condiciona al hombre a ser un eyaculador rápido, educación que es responsable de un gran número de eyaculadores precoces. Del mismo modo, la curva femenina es de mayor duración por la negación y represión

de la sexualidad en la mujer, que la hace tener un proceso lento de excitación y una meseta más prolongada.

2.- El hombre puede ser multiorgásmico en tanto no piense en la eyaculación como finalidad de la relación sexual y aprenda a desarrollar su potencialidad.

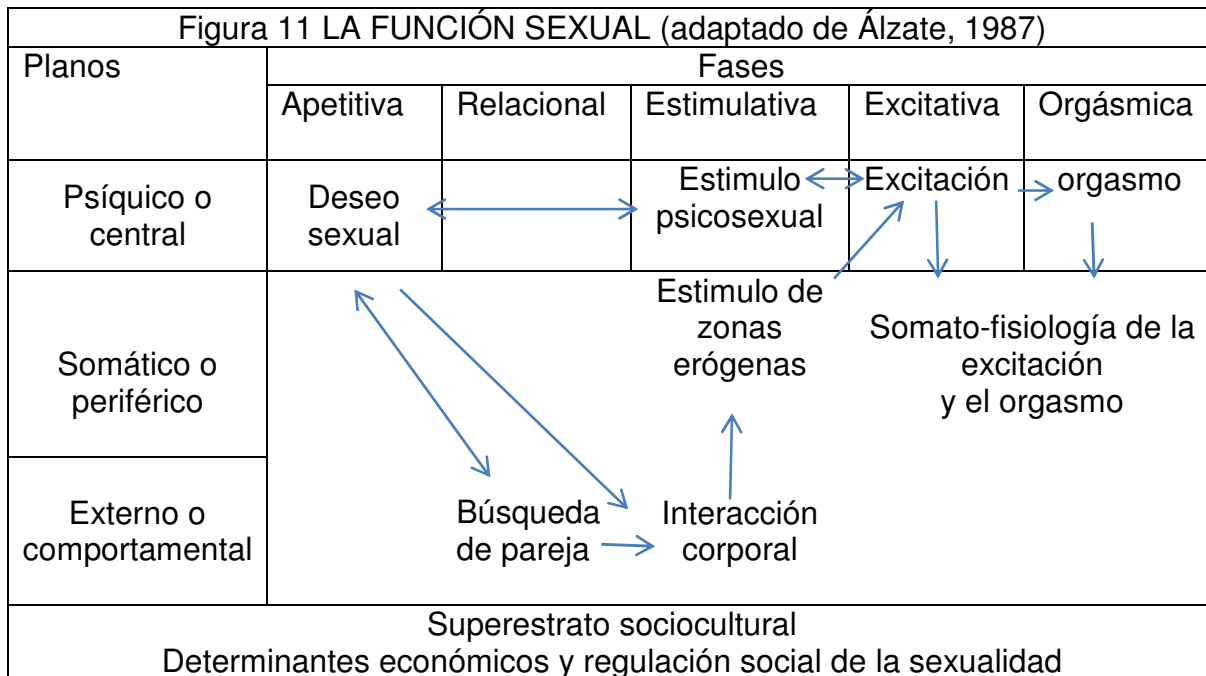
3.- Y ya que parece ser que la fase de resolución tiene relación directa con la duración del tiempo de excitación y meseta, aquí tendríamos la causa de una tercera diferencia.

4.- Por último, el período refractario tiene relación con una actitud y educación respecto a la sexualidad erótica, a sus fines y desarrollo.

Por tanto, resulta evidente que en la medida que la educación sexual deje de plantear situaciones diferenciales drásticas entre hombres y mujeres, se lograrán respuestas fisiológicas más naturales en uno y otro género.

1.8 Modelo de Heli Álzate (1987).

Álzate, 1987 (en Aguirre, S. 2011) describe la respuesta en 5 fases y 3 planos de la siguiente forma: fase apetitiva (que para Kaplan es equivalente la fase de deseo), relacional, estimulatoria, excitatoria y orgásmica, cada una, en los planos psíquico o central, somático o periférico y externo o comportamental. Este modelo de la función sexual facilita la investigación en profundidad de aspectos fisiológicos, subjetivos y comportamentales de la vivencia erótica, a la vez que favorece una aproximación clínica apropiada a la complejidad de los problemas que entorpecen su pleno disfrute. (Figura 11, p.19)



En primer lugar, Álzate incorporó el componente relacional que en los modelos de Kaplan y Masters y Johnson estaba ausente y obligaba a estudiar los problemas de pareja de manera superpuesta al problema sexual. En la perspectiva de Álzate, la fase relacional está definida básicamente por la búsqueda de parejas -objeto de deseo, con el propósito de participar de actividades sexuales placenteras. El condicionamiento cultural es, sin embargo, responsable de la sobrevaloración y distorsión del papel del enamoramiento que lleva a muchas personas a considerar que los vínculos afectivos son requisito obligado para participar en una actividad sexual, pues erróneamente creen que el amor es condición imprescindible para dignificar el erotismo. (Useche, B. 2005)

Con respecto a los planos psíquico o central, somático o periférico y externo o comportamental Álzate (1987) contribuyó a resolver la posición dualista soma/psique que ha prevalecido hasta ahora en la aproximación a los problemas sexuales y, a la vez que reconoce que existe una base material (el sistema nervioso central) para los fenómenos psicológicos, acepta que el contexto sociocultural y la experiencia individual determinan y moldean las percepciones subjetivas y las manifestaciones somáticas del deseo, la excitación y el orgasmo.

Para Álzate (1987) la gran mayoría de los problemas sexuales son *problemas menores* originados en la ignorancia, la falta de experiencia u oportunidades y a los efectos de la asimilación individual de la erotofobia predominante en la cultura. *“Los problemas sexuales mayores son aquellos que tienen causas más complejas, de tipo psíquico (psicosocial), somático o mixto, y requieren tratamiento especializado, aunque algunos de ellos también presentan el componente de ignorancia sexual”* (en Useche, 2005, p.40). Tomando en cuenta lo anterior con la aportación de las fases y planos del doctor Heli, facilita la intervención educativa o terapéutica para la solución de los dichos problemas.

Para concluir con este capítulo es conveniente hacerlo con una correlación entre los diferentes modelos de repuesta sexual que si bien a lo largo de la historia diversos investigadores han contribuido con sus estudios para elaborar los mismos y con ello permiten una mejor comprensión de la RSH, sin embargo para esta investigación descriptiva se tomara en cuenta el modelo de Álvarez Gayou el cual proporciona una guía esquemática que facilita al abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales, que en este caso particular se enfocan en aquellas que fueron causadas por la ingesta de algún tipo de fármaco y que en el capítulo 2 se presentan (Figura 12 y tabla 1).

TABLA 1 CORRELACIÓN DE LOS MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA									
AUTORES		FASES							
Wilhelm Reich (1945)	Preliminares del placer			Penetración y Fase I (control voluntario aumento de excitación)		Fase II, III, IV.	Fase V (caída vertical de la excitación)	Relajación 5- 20 im.	
Alfred Kinsey (1953)				Excitación o tensión		Orgasmo	Posefectos		
William Masters y Virginia Johnson (1966)				Excitación	Meseta	Orgasmo	Resolución		
Helen Singer Kaplan (1974-1979)	Fase deseo			Fase vasocongestiva		Fase mioclónica			
John Bancroft (1983)	Deseo			Excitación central, genital y extra genital	Pre orgasmo	Orgasmo	Post orgasmo		
Juan Luis Álvarez Gayou (1986)	ESE			Excitación	Meseta	Orgasmo	Resolución	Periodo refractario	
Heli Álzate (1987)	Apetitiva	Relacional	Estimulativa	Excitativa		Orgásmica			Fases Planos
	Deseo sexual		Estímulo psicosexual ↔	Excitación		Orgasmo			Psíquico o central
			Estímulo de zonas erógenas			Somato-fisiología de la excitación y el orgasmo			Somático o periférico
		Búsqueda de pareja →	Interacción corporal						Externo o comportamental

En resumen se puede observar que a través de estas tablas encontramos las diversas fases y respuestas fisiológicas que presenta tanto el hombre y la mujer en la respuesta sexual humana (RSH), además de los nombres con los cuales las llamaron los diferentes investigadores a lo largo de la historia.

Tabla 2 Respuestas fisiológicas en la fase deseo y excitación				
Respuestas fisiológicas de la RSH				
Aportación de Autores cronológicamente	Nombre de la Fase	Órganos genitales		Otros órganos y sistemas
		Hombre	Mujer	Ambos
Reich (1945) Masters y Johnson (1966) Kaplan (1979) y Bancroft (1983) Álvarez-Gayou (1986) Álzate (1987)	Preliminares del placer. Preludio Deseo ESE Apetitiva	Ocurre a nivel mental y no tiene trascendencia física evidente.		
Ellis (1906) Reich (1945) Kinsey (1948-1953) Masters & Johnson (1966), Bancroft (1983) y Alvarez-Gayou (1986) Kaplan (1974)	F. Tumescencia F. I(control voluntario) Tensión Excitación F. vasocongestiva Esta fase depende de la eficiencia de los estímulos, el grado de excitabilidad del individuo y su habilidad para controlar su respuesta.	Pene: Erección en 10-30 seg. Tumescencia del glande Escroto y testículos: Las arrugas del escroto se alisan y los testículos se elevan y aumentan de tamaño Glándulas de Cowper: 2-3 gotas de fluido pre-seminal que pueden contener espermatozoides Secreción mucoide. La uretra aumenta de diámetro.	Tumescencia y elevación del clitoris (su prepucio aumenta de espesor y longitud). Los labios mayores en nulíparas se aplanan y se separan, en multíparas estos se engrosan y los labios menores aumentan de diámetro se oscurecen. Alargamiento de la vagina y aumenta su coloración y se Lubrica. Útero: se contrae rápida e irregularmente, aumenta de tamaño y se eleva.	Erección de los pezones. Aumento de las areolas mamarias. Se forma el árbol vascular de la mama. Aumento de la frecuencia cardíaca. Rubor sexual (zona del estómago al pecho, cuello y por último la cara, se presenta en varones en un 25% y en mujeres en un 75%. Aumento del tono muscular (miotonia) en la parte final de esta fase.

Tabla 3 Respuestas fisiológicas en la fase de meseta

Respuestas fisiológicas de la RSH				
Aportación de Autores cronológicamente	Nombre de la Fase	Órganos genitales		Otros órganos y sistemas
		Hombre	Mujer	Ambos
Reich (1945) Masters & Johnson (1966) y Alvarez-Gayou (1986) Bancroft (1983) Kaplan (1974)	F. I Meseta Preorgasmo F. Vasocongestiva En esta fase se mantienen e intensifican altísimos niveles de excitación sexual, que en principio disponen el terreno para el orgasmo.	Aumento de la circunferencia del pene , corona del glande y color, más oscuro. Máximo aumento de tamaño justo antes del orgasmo. Testículos completamente elevados y de tamaño aumentado. El bulbo uretral aumenta hasta el triple de su tamaño normal. Congestión de la próstata, las glándulas de cowper y las vesículas seminales . Secreción prostática y seminal. El paso de semen por la uretra produce sensación de calor.	Estrechamiento del tercio externo de la vagina (plataforma orgásmica se estrecha en un 30% más la abertura de la vagina). Secreción de las glándulas de Bartholin . Hay retracción del clítoris y se esconde en el capuchón. Si se discontinúa la estimulación este regresa a su posición original, pero si se continua este se vuelve a retraer. Labios menores adquieren un color escarlata (nulíparas) y vino obscuro (multíparas).	Las areolas se expanden al máximo. Contracción voluntaria del esfínter rectal externo junto con la musculatura glútea. Hay mayor tensión muscular (miotonia): facial abdominal e intercostal. Los tendones del cuello se ponen rígidos. Se intensifica el rubor sexual que empezó en el epigastrio y se expande en el pecho, cuello, frente y a veces en hombros y brazos. Al final de la fase inicia el incremento de la frecuencia respiratoria. Frecuencia cardiaca de 100 a 175 latidos por minuto. Elevación de la presión arterial puede ascender sobre el valor normal: sistólica de 30 a 80 mm Hg, y diastólica de 20 a 40 mm Hg.

Tabla 4 Respuestas fisiológicas en la fase de orgasmo

Respuestas fisiológicas de la RSH				
Aportación de Autores cronológicamente	Nombre de la Fase	Órganos genitales		Otros órganos y sistemas
		Hombre	Mujer	Ambos
Reich (1945) Kinsey (1948-1953) Masters & Johnson (1966), Bancroft (1983) y Alvarez-Gayou (1986), Kaplan (1974) Álzate (1987)	F. II, III y IV (orgasmo) Orgasmo F. Mioclónica F. orgásmica Es la fase más corta del ciclo de RSH, normalmente dura solo segundos (punto de vista biológico). Es un instante de goce y de suspensión de la actividad mental para disfrutar de tan íntima experiencia (punto de vista psicológico).	Contracción de vesículas, próstata, uretra y conducto deferente. Se cierra el esfínter interno de la vejiga. Contracciones en la uretra, próstata, las vesículas seminales de los vasos deferentes y el pene. Contracción de músculo bulbo Isquio-cavernoso con salida de líquido seminal (inevitabilidad eyaculatoria se produce a intervalos de 0,8 segundos). Contracción de los músculos del esfínter rectal se contraen sólo de 2 a 4 veces.	Contracciones de la plataforma orgásmica (intervalos aprox. 0.8seg.) El clítoris permanece retraído. Contracciones del útero. Experimenta una respuesta orgásmica de 2 a 4 segundos antes que pueda objetivarse la sensación subjetiva que caracteriza la tensión orgásmica. Contracciones involuntarias de los músculos de la zona perianal, el recto y la parte baja del abdomen	Espasmos musculares (miotonia acentuada en ambos). Aumento de la frecuencia respiratoria hasta 40 respiraciones / min. La intensidad y duración son indicación del grado de tensión sexual. Secreción de oxitocina. La frecuencia cardiaca es de 110 /180 latidos por minuto. La presión arterial puede alcanzar los 220/130 mm Hg en hombres y 200/ 120 mm Hg en mujeres. Rubor bien establecido, intensidad paralela a la del orgasmo, se extiende por la cara anterior y los bordes laterales de los muslos, la región glútea y el dorso entero. Pérdida del control voluntario, contracciones involuntarias y espasmos, se presenta el reflejo carpopedal.

Tabla 5 Respuestas fisiológicas en la fase de resolución				
Respuestas fisiológicas de la RSH				
Aportación de Autores cronológicamente	Nombre de la Fase	Órganos genitales		Otros órganos y sistemas
		Hombre	Mujer	Ambos
Ellis (1906) Reich (1945) Kinsey (1948-1953) Masters & Johnson (1966) y Alvarez-Gayou (1986) Bancroft (1983)	Detumescencia F. V “caída” Posefectos o retorno Resolución Post- orgasmo Es el periodo de retorno al estado normal de no estimulación.	La uretra regresa a sus dimensiones habituales poco después de la eyaculación. Pene: pierde la erección en dos fases, una inicial rápida y parcial y una segunda lenta que llega a la flacidez total hasta que los testículos descienden al escroto. En 25% de hombres, el escroto regresa con lentitud a su estado previo a la estimulación, en el 75% es rápido. Los testículos sufren la pérdida de la vasocongestión, y la reducción de tamaño de 5 a 30 minutos. Si no ha habido orgasmo la involución puede tardar varias horas.	Pezones pierden su erección, pero los senos regresan con mayor lentitud a su estado normal (de 5 a 10 min. después de que ha terminado el orgasmo) hay una reacción denominada “falsa erección”. Disminución de la congestión Pelviana. Pérdida de la tumescencia del clítoris, labios menores y mayores en 5-10 seg. Si no hay orgasmo puede tardar horas. Su estimulación puede resultar molesta. La plataforma orgásmica desaparece. El útero vuelve a la posición de antroversión. Puede retornar a la fase orgásmica	<i>Reacción persperiatoria:</i> reacción sudoral involuntaria y está relacionada con el grado de actividad física que se tuvo en mujeres puede abarcar a todo el cuerpo, pero en hombres por lo general es en manos y pies. Descenso de la presión arterial. Descenso de la frecuencia cardíaca. Pérdida de tensión muscular (5min después del orgasmo). Pero no desaparece tan rápido como la vasodilatación. Secreción de prolactina. Rápida desaparición del enrojecimiento en sentido inverso a su aparición.

Tabla 6 Periodo refractario				
Respuestas fisiológicas de la RSH				
Aportación de Autores cronológicamente	Nombre de la Fase	Órganos genitales		Otros órganos y sistemas
		Hombre	Mujer	Ambos
Reich (1945) Álvarez-Gayou (1986).	F. R “relajación” Periodo refractario Su duración es variable de 5 a 20min., más corta en jóvenes que en los mayores.	Se incrementa en el hombre después de la primera eyaculación en una sola sesión de interacción erótica.		Frecuencia respiratoria sigue descendiendo hasta el inicio de esta fase. En ambos sexos después del periodo de resolución se presenta una fase en la que el umbral de respuesta a los estímulos sexuales es elevado.

CAPÍTULO II

FÁRMACOS QUE ALTERAN EL FUNCIONAMIENTO DE LA RSH.

En este capítulo se presentan los efectos secundarios que el uso de fármacos, actualmente provocan en la RSH, retomando investigaciones de Kaplan (1989), Masters y Johnson (1983, 1987, 1996), Álvarez-Gayou (1986), Rubio (1998), Hurtado y cols. (2002) Carey (2006) y Arango (2008).

Presentando la información de los autores antes mencionados, para fines prácticos en tablas, en donde se especifican los grupos de fármacos que provocan las alteraciones en la RSH, en donde se especifica la sustancia activa, la indicación médica, el mecanismo de acción, el nombre comercial y la fase de la RSH que se encuentra alterada por dicho fármaco, siguiendo el siguiente orden: antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, los usados en los tratamientos adictivos, los que actúan en el sistema nervioso central (SNC), los que actúan en el aparato digestivo, los que actúan en el sistema cardiovascular, los que actúan en el aparato genitourinario, los compuestos hormonales, los quimioterapéuticos para cáncer, los que actúan en el aparato locomotor, los que actúan en el aparato respiratorio y los antimicóticos.

Por otro lado debemos tener en cuenta que dichos efectos que provoca el fármaco pueden variar de persona a persona, debido a factores biológicos como el peso corporal, el índice de absorción, el metabolismo, el índice de excreción, la dosis, la duración de la exposición y su interacción con otros fármacos y drogas, así como los factores no biológicos como la sugestión de la persona y si cumple o no con la medicación como le hayan indicado.

2.1 Antidepresivos

En la década de 1950 aparecieron los primeros antidepresivos eficaces en la práctica clínica. Harrison (1986) llevó a cabo el primer estudio sistemático bien controlado del efecto de los antidepresivos en la respuesta sexual de mujeres y hombres con depresión. Comparando el efecto de un placebo con el antidepresivo

tricíclico Imipramina (tofranil) y con el inhibidor irreversible de la monoaminoxidasa (MAO) Fenelzina (Nardil). Como resultados se dio que los pacientes que experimentaron una reducción significativa de su actividad sexual fue del 30% en el caso de la imipramina y del 40% en el de la fenelzina y sólo el 6% con el placebo.

Los antidepresivos pueden clasificarse en tres familias en función de su estructura química y de los mecanismos celulares que median en su acción: *Tricíclicos*, *Inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa)* e *Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)*. De acuerdo a esta clasificación examinaremos cuál de estos grupos de fármacos provocan mayor efecto colateral en la sexualidad. (Tabla 6)

2.1.1 Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Inicialmente los ATC se probaron como potenciales neurolépticos (es decir, como antidopaminérgicos) para el tratamiento de la esquizofrenia, pero con los malos resultados. Sin embargo, se vio que eran buenos antidepresivos.

Los antidepresivos tricíclicos modifican varios sistemas neurotransmisores, tanto en el sistema nervioso periféricos como en el sistema nervioso central. Inhiben la recaptación de monoaminas y también bloquean los receptores muscarínicos colinérgicos e histaminérgicos (de la histamina) (Stahl, 1999). Parece probable que su efecto anticolinérgico cause problemas en la erección y la eyaculación de los que suelen informar los varones que toman estas sustancias (Labbate, Croft y Oleshansky). Los cuerpos cavernosos del pene inervados por nervios colinérgicos y poseen receptores muscarínicos colinérgicos que pueden ser bloqueados por los ATC. Por otra parte casi todos los ATC aumentan la actividad serotoninérgica, y por esa razón es probable que también menoscaben la experiencia cognitiva del orgasmo, estimulando los receptores de serotonina 2A. En sí los antidepresivos tricíclicos como con los heterocíclicos se ha reportado disminución del deseo, disfunciones eréctiles y retraso en la eyaculación/orgasmo, en especial con clorimipramina. (Dary, F., Pérez, M. y Rebok, F., 2012)

2.1.2 Inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAO)

La enzima monoaminooxidasa descompone las monoaminas y las desactiva. Los inhibidores de la MAO bloquean la acción degradante impidiendo que la enzima descomponga las monoaminas (norepinefrina, dopamina y serotonina), lo que aumenta y propaga el efecto de estos neurotransmisores en las neuronas postsinápticas. El descubrimiento de su efecto antidepresivo fue fortuito, ya que inicialmente se probaron como agentes **antituberculosos**. (Goodman & Gilman, 1996).

Existen reportes de que los inhibidores de la MAO, como la fenelzina, alteran la psicología y la fisiología sexual. Por lo tanto el trastorno orgásmico asociado a muchos inhibidores de la MAO puede que se deba a un aumento de la actividad Serotoninérgica que eclipsa los efectos facilitadores de los niveles elevados de dopamina y norepinefrina. (Rubio, A. 1996).

2.1.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

La serotonina interviene en la depresión, ahora parece que el problema reside más en los receptores que en los mismos neurotransmisores. Se cree que la reducción drástica de norepinefrina y serotonina produce una regulación al alza de los receptores postsinápticos que, de algún modo, está relacionada con la depresión. El receptor 2^a interviene en este proceso. Aumentar los niveles de serotonina bloqueando su degradación enzimática o su recaptación da como resultado la disminución (regulación de baja) de estos receptores e invierte la depresión. (Goodman & Gilman, 1996).

El incremento de la serotonina circulante y la activación de receptores serotoninérgicos 5HT_{2A} que afectarían fundamentalmente a la función orgásmica y al interés sexual. La disfunción eréctil parece ser secundaria a las alteraciones del funcionamiento del Óxido Nítrico, y activación adrenérgica en receptores periféricos. (Baldwin D, Thomas S. y Birtwistle, J. ,1997).

Los ISRS, al aumentar los niveles de serotonina, alteran el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, inhibiendo el reflejo espinal. También, el óxido nítrico está involucrado como mediador de la vasodilatación de los cuerpos cavernosos necesaria para alcanzar una erección de esa manera es que estos fármacos ISRS afectan a nivel de la fase de excitación.

La tabla 7 Enlista los principales antidepresivos que afectan la RSH.

Tabla 7 Antidepresivos						
Grupo farmacológico	Principio activo	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Tricíclicos ATC (inhiben la recaptación de monoaminas y bloquean receptores muscarínicos e histaminérgicos)	Clorimipramina	Anafril	+Dh	+DE, ER	+A	
	Imipramina	Tofranil	+Dh	+DE	+A	
	Amitriptilina	Elavil	+Dh	+	+	
	Maprotilina	Ludiomil	+	+	+	
	Desipramina	Norpramin	+	+	+A	
	Trimipramina		-	-	+A	
	Nortriptilina	Pamelor	+	+		
IMAO (Inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa)	Fenelzina*	Nardil	+Dh	+	+A	
	Moclobemida	Aurorex	+	-	-	Hiperorgasmia Hipersexualidad
	Clorhidrato de selegilina	Eldelpryl	-	+	+A	Anorgasmia transitoria
ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)	Fluoxetina	Prozac	+Dh	+	+A	
	Fluvoxamina	Luvox	+	+	+	
	Paroxetina	Paxil	+	+	+	
	Citalopram	Prisdal	+	+	+	
	Sertralina	Soloft	+	+	+	
Atípicos	Trazodona	Desyrel	+	+	+	Priapismo
	Venlafaxina	Vandral	-	-	+	
Antidepresivos benéficos	Bupropion	Wellbutrin	+Dh	-	-	En pocos casos
	Nefazodona	Serzone	-	+	-	Eyacuación espontanea
Antidepresivos en asociación con psicodélicos	Flupentixol y Melitraceno	Deanxit	-	+	+	
	Perfenazina	Mutabase	+	+	+	

ESE= fase estimulo sexual efectivo o de deseo; **E – M**= fase excitación y meseta; **O**= fase orgasmo; **Res**= fase de resolución; **Dh**=deseo sexual inhibido o hipoactivo, disminución de deseo.; *= no disponible en México; **DE**= Disfunción eréctil; **ER**: eyaculación retardada; **EP**= Eyaculación precoz; **Do**= disfunción orgásmica; **Po**= preorgasmia; **OR**= orgasmo retardado; **A**= anorgasmia; **D**= dispareunia.; **P**= priapismo; **H**= hipolubricación; **R**= eyaculación retrograda.; V= varón; M=mujer

+ = Puede ocasionar alteración de dicha fase de la respuesta sexual.

(-) = No se conoce que pueda ocasionar alteración de dicha fase de la respuesta sexual.

2.2 Neurolépticos o Antipsicóticos

Los neurolépticos son sustancias antipsicóticas que se descubrieron por accidente en 1950, cuando Henri Laborit administraba clorpromazina, por su efecto antihistamínico a pacientes que se preparaban a intervención quirúrgica. La rigidez muscular, la descoordinación o la ausencia de movimientos provocados por estas sustancias recibieron el nombre de neurolepsis, Labort y Hugunard (1951) acuñaron el término neuroléptico para designar las sustancias antipsicóticas que provocan estos efectos motores negativos. (Goodman & Gilman, 1996)

La disfunción sexual es frecuente en pacientes con enfermedades psiquiátricas. Puede ser difícil distinguir los efectos de un fármaco de los efectos de la enfermedad. Los antipsicóticos incrementan la prolactina sérica, que puede dar lugar a amenorrea y a un estado hipogonádico. La elevación de la prolactina sérica se asocia con una reducción del deseo sexual.

Además estas sustancias también afectan la erección peneana y la eyaculación bloqueando los receptores colinérgicos y adrenérgicos espinales y periférico, la lubricación, provocan anorgasmia debido al bloqueo de algunos subtipos de

receptores de la dopamina: los receptores D2 (bloqueados por los antipsicóticos o los receptores D4 bloqueados por los antipsicóticos atípicos) y afectan la excitación sexual o la satisfacción sexual en general. (Carey, J. 2006).

Othmer, 1987 (en Rubio, E. 1998) menciona que la disfunción sexual con neurolépticos se ha asociado también a sus efectos anticolinérgicos, al bloqueo dopaminérgico, al antagonismo alfa-adrenérgico, a la alteración en la secreción de hormona liberadora gonadotrópica (GnRH) o a sus efectos periféricos.

La disfunción sexual inducida por psicotrópicos puede tener consecuencias negativas graves como el incumplimiento con la medicación o la interrupción temprana de la farmacoterapia. Es más, las disfunciones sexuales pueden disminuir la calidad de vida, deteriorar la autoestima y causar problemas en las relaciones (Berner M., Hagen M. y Kriston L. 2006).

2.2.1 Fenotiazinas

Otro grupo de tranquilizantes que se administran más raramente son los pertenecientes al grupo de las fenotiazinas. A veces se las denomina tranquilizantes mayores para diferenciarlos de las benzodiacepinas, llamados a menudo tranquilizantes menores. Una función de las fenotiazinas, como la clorpromazina y la proclorperazina, es tratar las perturbaciones mentales graves, especialmente la esquizofrenia. Las personas que padecen esquizofrenia presentan a menudo respuestas sexuales anormales y reprimidas como parte de sus trastornos, los que mejoran si el tratamiento general tiene éxito. Pero las fenotiazinas no mejoran la respuesta sexual de alguien que no sufra de esquizofrenia.

Kotin, Wilbert, Verger y Soldinger (1976) en su estudio sobre efectos de la Tioridazina sobre la erección y eyaculación en el varón (en pequeñas dosis puede retardar la eyaculación, pero en altas dosis puede provocar eyaculación retrógrada), incidentalmente reportaron a una mujer que se sentía menos excitada cuando tomaba 200mg de este medicamento al acostarse.

2.2.2 Derivados de la Butirofenona

Los derivados de la Butirofenona como el Haloperidol pueden provocar, afectación del deseo, incompetencia eyaculatoria y preorgasmia. Se comunicó que la frecuencia de disfunción sexual era elevada con el haloperidol en un 38,1% y también con la olanzapina (35,3%), quetiapina (18,2%) y risperidona (43,2%). (Carey, J. 2006).

2.2.3 Diazepinas

La clozapina es una sustancia compleja que interacciona por lo menos con 9 receptores diferentes, pero presenta mucha afinidad con los receptores D4 que con los D2, esta sustancia bloquea el efecto de la dopamina en el sistema límbico, amortiguando los síntomas positivos de la esquizofrenia. Sin embargo, la clozapina también induce trastornos orgásmicos en las mujeres y los hombres además de ocasionar problemas de disfunción eréctil y priapismo. (Komisaruk, Beyer y Whipple, 2008)

2.2.4 Litio

Secín (1990) menciona que el litio no tiene efectos en la función sexual en las pacientes con trastorno bipolar. Pero en otras en algunos pacientes se encontró disminución del deseo así como anorgasmia en algunas mujeres. También se ha asociado con disfunción eréctil.

2.2.5 Risperidona

Según las fichas técnicas de los productos la risperidona puede producir disminución del deseo, disfunción eréctil y alteraciones en la eyaculación y raramente priapismo. (en Rubio, E. 1998)

La tabla 8 Enlista los principales neurolépticos que afectan la RSH.

Tabla 8 Neurolépticos (antipsicóticos)						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
ESE	E-M	O				
Fenotiazidas con estructura de piperinina	Tioridazina	Meleril	+Dh	+	+R	Po(fase meseta)
Derivados de Butirofenona	Haloperidol	Haloperidol	+Dh	+ Po	+	
Diazepinas, Oxazepinas y Tiazepinas	Clozapina	Leponex	-	+Po	+	P
Dibenzoxazepinas	Loxapina	Loxitane	+	+	-	
Benzamidas	Benzamidas	Dogmatil	-	+	-	
	Triaprida	Tiaprizal	-	+	-	
Carbonato de Litio	Litio	Plenur	+Dh	+DE	+A	
Otros antipsicóticos	Risperidona	Risperdal	+	+	+	P
	Olanzapina			+	+	P

2.3 Ansiolíticos, Barbitúricos y Sedantes

Rubio (1998) y Kaplan (2009) mencionan que estos grupos de fármacos tienen efectos en la conducta semejantes a los del alcohol. Dosis pequeñas tienen efecto ansiolítico y desinhibitorio mientras que dosis mayores deprimen toda la conducta e interés sexual. Por otro lado, los ansiolíticos se han empleado en ocasiones para manejar la eyaculación precoz, mediante la reducción de la ansiedad del paciente.

Los fármacos **hipnóticos** son drogas psicotrópicas que inducen somnolencia y sueño, al igual que un **sedante** deprimen el sistema nervioso central (SNC), resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, habla trabada, euforia, disminución del juicio crítico, y retardo de ciertos reflejos. Lo que claramente afecta el desempeño sexual tanto en hombres como en mujeres, esto si no se toma la dosis adecuada.

2.3.1 Benzodiazepinas

Sangel (1985) menciona que la disminución del deseo ha sido reportada con el uso de tranquilizantes menores como el clorazepato y diazepam. Existe un reporte de caso de disminución del deseo asociada con alprazolam.

Hay un reporte de caso de disfunción eyaculatoria con cloracepoxido, así mismo en los estudios realizados varios pacientes reportan problemas para eyacular, al estar tomando diazepam. (Segraves, 1982).

Chapel y Fahim (1975) encontraron que el fenobarbital ha sido empleado para tratar hipersexualidad; el mecanismo de acción presupuesto es la aceleración de metabolismo de los andrógenos. En la siguiente tabla se enlista a los principales ansiolíticos, barbitúricos y sedantes que afectan la respuesta sexual humana.

Tabla 9 Ansiolíticos, barbitúricos y sedantes						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Benzodiazepinas	Bentazepam	Tiadipona	+Dh	-	-	
	Diazepam	Diazepam Valium Aneurol	+Dh	-	+A	
	Clorazepato de potasio	Dorken	+Dh	-	+	
	Lorazepam	Idalprem Orfidal	+Dh	Po	+A	Po fase meseta
	Bromaxepam	Lexatin	+Dh	-	-	
	Alprazolam	Tranquimaxim	+Dh	-	+A	
	Clotiazepam	Distensan	+	-	-	
	Clordiazepóxido *	Librium		+ER	+A	
Derivados de Benzodiazepinas	Flunitrazepam	Rohipnol	+	-	-	

	Lormetazepam	Aldosomnil Loramet Lormetazepam	+	-	-	
	Zolpidem	Dalparan Stilnox	-	-	+	
Barbitúricos	Fenobarbital	Fenobarbital	+Dh	+EP	-	

2.4 Fármacos usados en Tratamientos Adictivos

Kaplan (2009) menciona que los analgésicos como la metadona utilizada en el tratamiento de la adicción a los narcóticos deprimen en general el sistema nervioso, lo que produce una depresión en los centros sexuales.

En el caso del acamprosato se encontró que provoca disminución del deseo y vaginitis en mujeres, el bupropion como se mencionó anteriormente en los antidepresivos se encontró en pocos casos disminución del deseo también.

A continuación veremos algunos de esos fármacos en la tabla 10.

Tabla 10 Fármacos usados en tratamientos adictivos						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Contra dependencia del alcohol	Acamprosato	Campral	+Dh	+	-	Vaginitis
	Disulfiram	Antabus	-	+	+	
	Naltrexona	Antaxone Celupan	-	+	+	
Contra dependencia de nicotina	Bupropion	Zyntabac	+Dh	-	-	
Contra dependencia de opioides	Metadona	Metasedin	+Dh	+	+A	

2.5 Fármacos que actúan en el sistema nervioso central

En este punto presento a otro grupo de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central los cuales son analgésico- opioides, antiepilépticos y antiparkinsonianos.

En un estudio de aminas con acción central, los péptidos tipo ACTH, agregados a andrógenos se vio que tienen una influencia directa en la conducta sexual, ya que estos péptidos son las únicas sustancias capaces de producir erección y eyaculación cuando son aplicados al sistema nervioso central. (Sercín, 1990).

Rubio (1998) menciona que cierta clase de medicamentos con efecto sobre receptores periféricos alteran la respuesta sexual, bloqueando la transmisión del impulso nervioso en la sinapsis y en uniones neuro efectoras, es decir, que los medicamentos pueden alterar la respuesta adrenérgica o colinérgica involucrada en la eyaculación o en la respuesta colinérgica que ayuda a la erección. La medicación anticolinérgica bloquea la acción de la acetilcolina, que a su vez interrumpe la respuesta parasimpática que controla la dilatación de los vasos sanguíneos del pene.

2.5.1 Analgésico - Opioides

Los analgésicos opiáceos están relacionados con disminución de la libido, disfunción eréctil y alteraciones de la eyaculación, la mayoría de las veces cuando se produce un abuso de forma crónica. Gran parte de las notificaciones son con heroína y metadona, pero se cree que estos efectos son comunes a todos los opiáceos, que estimulan la liberación de prolactina con disminución secundaria de LH y de los niveles de testosterona, que junto a la depresión del SNC serían las responsables de las alteraciones de la esfera sexual, por otra parte reversibles al retirar la medicación. (PLM, 1998).

2.5.2 Antiepiléptico

Herzg, 1991 (en Rubio, E. 1998), menciona que los medicamentos antiepilépticos pueden inducir la unión a proteínas y el catabolismo de los andrógenos, lo que

puede llevar a una deficiencia de dicha hormona y que la terapia con testosterona puede beneficiar moderadamente la función sexual.

2.5.3 Antiparkinsoniano

Rubio (1998) menciona que existen notificaciones aisladas de aumento de la libido e hipersexualidad en pacientes tratados con levodopa y cabergolina, posiblemente por la inhibición de la secreción de prolactina. El efecto parece ser dosis-dependiente y reversible.

También existen casos anecdóticos de impotencia y priapismo con bromocriptina y un caso de engrosamiento clitoridiano doloroso reversible al retirar la medicación. Ver tabla 11.

Tabla 11 Fármacos que actúan en el sistema nervioso central						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Analgésicos – opioides						
Alcaloides del opio	Morfina	Oglos Sevredol Skenan	+Dh	+le	+A	
	Codeína asociaciones	Bisoltus Codeisan Fludan Diminex	+	+	+	
Antiepiléptico						
Derivados Hidantoínicos	Fenitoina	Fenitoina	+Dh	+	-	
Derivados de Benzodiazepinas	Clonazepam	Rivotril	-	+	-	Hiposexualidad pronunciada mujeres
Derivados de Carboxamida	Carbamazepina	Tegretol	+Dh	+	-	
Derivados del ácido Graso	Valproico ácido	Depakine	-	+	-	
Antiparkinsoniano						
Agentes anticolinérgicos						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Aminas terciarias	Trihexifenidilo	Artane	-	+EP	-	H
Agentes dopaminérgicos						
Dopa y derivados de	Levodopa e Inhibidor de	Simenet	+	+	+A	Hipersexualidad desorientación

dopa	descarboxilasa					
Agonista receptor dopamina de	Pergolida	Pharken	+	+	+A	P
	Bromocriptina	Parlodel		+P DE		Engrosamiento clitoridiano

2.6 Que actúan en el Aparato Digestivo y Metabolismo

A continuación presentaré grupos de fármacos de uso cotidiano en el tratamiento de problemas del aparato digestivo y metabolismo que podrían tener una influencia negativa en el área sexual, organizándolos de la siguiente manera: los utilizados en tratamientos antiácidos, anti flatulentos y anti úlcera péptica, después el grupo de los antiespasmódicos asociados con analgésicos y por último los digestivos, tónicos y estimulantes del apetito.

2.6.1 Antiácidos, antiflatulentos y anti úlcera péptica

Los antagonistas H₂, especialmente la cimetidina, pueden producir disminución de la libido, impotencia, ginecomastia y mastodinia. Estos efectos parecen ser dosis-dependientes, ya que aparecen con mayor frecuencia en el tratamiento de estados hipersecretorios que precisan mayores dosis, y reversibles al retirar la medicación, La disminución de los niveles de testosterona circulante podría explicar estos efectos adversos. Famotidina, ranitidina y nizatidina no parecen tener el efecto antiandrogénico de la cimetidina, aunque se han notificado y publicado casos anecdóticos de disminución de la libido e impotencia.

Según los fabricantes, misoprostol y pantoprazol pueden producir impotencia, aunque la relación causal no se ha establecido. (PLM, 1998).

2.6.2 Antiespasmódicos, propulsivos, digestivos, tónicos y estimulantes del apetito.

Los antiespasmódicos, también llamados espasmolíticos, son un grupo de sustancias que previenen o interrumpen los espasmos del músculo liso intestinal. La ciproheptadina es un derivado piperidínico que bloquea de forma potente, competitiva, reversible e inespecífica a los receptores H₁, disminuyendo los

Digestivos	Oxacepam	Suxidina	+	-	-	
Tónicos	Ciproheptadina cetoglutarato	Dynamogen	+	+	-	
	Ciproheptadina acefilinato	Trimetabol	+	+	-	
	Ciproheptadina Clorhidrato	Troforex	+	+	-	
Estimulante del apetito	Ciproheptadina Clorhidrato	Pranzo	+	+	-	

2.7 Que actúan en el Sistema Cardiovascular

Los antihipertensivos y los fármacos cardiológicos pueden afectar a la función sexual actuando sobre el sistema nervioso central o periférico, sobre el sistema vascular o por tener efectos hormonales. Los fármacos inhibidores adrenérgicos, diuréticos, vasodilatadores, inhibidores de la monoaminooxidasa, antiarrítmicos, hipolipemiantes y digitalicos pueden afectar a la respuesta sexual. Se ha descrito que los fármacos inhibidores adrenérgicos son los que presentan los efectos secundarios de mayor importancia en hombres y mujeres. (Carey, J. 2006).

2.7.1 Sangre y órganos hematopoyéticos

En algunos estudios, así como en las fichas técnicas de los productos, se han puesto de relieve la posibilidad de que se produzcan alteraciones de la esfera sexual en pacientes tratados con este grupo farmacológico, incluyendo bezafibrato, binifibrato, cipofibrato, clofibrato, gemfibrozilo, probucol y los inhibidores de la HMG CoA reductasa pravastatina y simvastatina. Las alteraciones consisten en disminución de la libido e impotencia, parecen ser dosis-dependientes y reversibles al retirar la medicación.

2.7.2 Glucósidos Cardiacos y Antiarrítmicos

Existen notificaciones aisladas de disfunción eréctil con amiodarona, disopiramida, flecainida, indecainida y mexiletina. Ver tabla 13.

2.7.3 Antihipertensivos

Los antihipertensivos producen interferencias en el funcionamiento sexual más frecuentemente que cualquier otro grupo farmacológico. La incidencia de estos trastornos es especialmente difícil de evaluar ya que es mayor en pacientes hipertensos tratados que en controles normales, pero es indudable que los antihipertensivos incrementan la frecuencia de disfunción sexual en pacientes hipertensos. (Kaplan, 2009)

Loriaux, Menard, Taylor, Pyta y Sander (1976), mencionan que el efecto antilíbido de la clortalidona puede estar relacionado con su actividad antiandrogénica en los receptores. En relación con la clorotiazida existen reportes contradictorios en cuanto a su efecto sobre el deseo. Otro grupo de antihipertensivos que se sospecha tienen efecto sobre el deseo son los antiadrenérgicos, debido a que causan disfunción eréctil y eyaculatoria. (En Rubio, 1998)

Segraves (1990) refiere una incidencia del 15% de alteración del deseo con la alfametildopa en los pacientes. Así mismo se han reportado casos de disminución del deseo con la reserpina, en cuanto a la guanetidina el efecto más común sobre la sexualidad es el alterar la eyaculación además de disminuir el deseo. Ver tabla 14.

Tabla 13 Sistema Cardiovascular, sangre y órganos hematopoyéticos						
Anticoagulantes e inhibidores de la agregación plaquetaria						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Grupo de Heparina	Heparina	Heparina	-	+P	-	
Antifibrinolíticos						
Aminoácidos	Ácido aminocaproico	Caproamin Caprofides	-	-	+A	
Glucósidos Cardiacos y Antiarrítmicos						
Antiarrítmico						
Glucósidos digitálicos	Digoxina	Lanacordin Lanoxin	+Dh	+H	-	DE

Antiarrítmico clase III	Amiodarona	Trangorex	+	-	+	
----------------------------	------------	-----------	---	---	---	--

Tabla 14 Antihipertensivos						
Hipotensores						
Hipotensor acción central	de	Alfametilodopa o metildopa	Aldomet	+	-	+ A 50%
		Clonidina	Catapresan	+	+ le	+ A R y ginecomastia
		Guanetidina	Ismelin	+	+	- R
		Reserpina		-	+ DE	+
Anti adrenérgicos de acción periférica excluido betabloqueadores						
Bloqueantes de los Adrenoreceptores Alfa		Doxazosina	Carduranneo	-	-	+R
Vasodilatadores arteriulares						
Derivados Hidrazinoftalazínicos		Hidralazina	Hydrapres	+	+	+A P
Diuréticos						
Tiazidas						
Tiazidas Solas		Hidroclorotiazida	Hidrosaluretil Acediur	+Dh	+le	+ Disminución lubricación vagina
Diuréticos de Techo Bajo, Excluido Tiazidas						
Sulfonamidas Solas		Indapamida	Tertensif	+	+	-
		Clortalidona	Higrotona	+	+	-
Diuréticos de Techo Alto						
Sulfonamidas Solas		Furosemida	Seguril	-	+le	-
Diuréticos de Techo Bajo y Ahorradores de Potasio en Asociación						
Diuréticos de bajo techo y ahorrador de potasio		Espironolactona	Aldactone Aldactacine	+	+le DE	-
		Amilorida	Ameride	+	+	-
Vasoprotectores						
Bioflavonoides		Troxeutina	Venoruton	-	+	-
Betabloqueantes						
Betabloqueantes no selectivos y selectivo alfa y beta						
B bloqueantes (adrenérgico) No selectivos		Propanolol	Sumial	+	+le	-
Betabloqueantes Selectivos		Atenolol	Blokium	-	+le	- iE
		Metoprolol	Lopresor	+	+iE	- Enfermedad de peyronie
Bloqueantes Alfa y Beta		Carvedilol	Coropres	-	+	-
		Labetalol	Trandate	+	+P	+ Disminución de lubricación

						vaginal
Bloqueantes y Tiazidas						
Betabloqueantes Selectivos y tiazidas	Bendro-flumetiazida	Neatenol diu	-	+	-	
	Metildopa y hidro-clorotiacida	Hydromet	+Dh	+DE le	-	Ginecomas- tia, Amenorrea
Bloqueadores del canal de calcio (BCC) BCC- DHP)						
Derivados de la Dihidropirina	Nifedipino	Dilcor Adalat	-	+le	-	
• Derivados de la Fenilaquilamina						
Derivados de la Fenilaquilamina	Verapamilo	Tricen Veratensin	-	+	-	
• Derivados de la Benzotiazepina						
Derivados de la Benzotiazepina	Diltiazem	Cardiser	-	+	-	

Agentes activos sobre el sistema renina-angiotensina (IECA)						
Inhibidores ECA Solos	Enalapril	Acetensil Crinoretic Baripril	-	+le	-	
	Quinapril	Acuprel Lidaltrin	-	+	-	
	Captopril	Capoten	-	+	-	
	Lisinopril	Doneka Prinivil Secubar	+	+	-	
	Fosinopril	Fositens Hiperlex	-	+	-	
	Trandolapril	Gopten	-	+	-	
IECA y diuréticos						
IECA y diurético	Hidroclorotiazida y captopril	Capozide	-	+	-	Disfunción eréctil
Bloqueador D2 diurético	Clortalidona y reserpina	Higrotan res		+	+A	
Inhibidores ECA y Bloqueadores Canal de Calcio	Trandolapril	Odrik tricen	-	+	-	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II(ARA II)						
ARA II	Losartan	Cozaar	+	-	-	Impotencia 1%
ARA II y diurético	Losartán e hidroclorotiazida	Hyzaar	+ Dh	+ le	+	Hipolubricación vaginal
Agentes reductores de lípidos séricos						
Inhibidores de la Reductasa HMG-CoA	Lovastina	Lovastatina mevacor	-	+	-	
	Simvastatina	Colemin	-	+	-	
Fibratos	Bezafibrato	Difaterol	-	+	-	
	Gemfibrozil	Trialmin	+	+	-	

2.8 Hormonas Sexuales

Los factores endocrinos se refieren a dos aspectos; el primero relacionado con la acción de hormonas sexuales, y el segundo consiste en hormonas centrales que afectan su acción en el momento de la excitación sexual.

Los esteroides sexuales como la testosterona y los andrógenos, requieren de niveles adecuados (p. ej. la testosterona debe ser mayor de 3 picogramos por mililitro) para el desarrollo de una adecuada libido y potencia eréctil. La testosterona libre se metaboliza a dihidrotestosterona (DHT) por la acción de la alfa-5-reductasa, esta transformación incrementa su actividad hormonal y sus efectos físicos específicos. Este paso metabólico puede ser alterado o bloqueado por cambios en hormonas centrales como la prolactina, la cual compite adicionalmente por los receptores a la testosterona en el órgano blanco de la erección y también a nivel cerebral causando inicialmente una importante depresión de la libido.

Adicionalmente la acción de otras hormonas sistémicas como la hormona tiroidea puede afectar la velocidad de metabolización a DHT, por ejemplo al producirse un hipotiroidismo bajaría la conversión; por el contrario, al darse un hipertiroidismo puede generarse un incremento paralelo de las proteínas que transportan y fijan a las hormonas sexuales, lo que lleva a una disminución de la fracción libre (y metabolizable) de testosterona. En ambos casos se produce una disfunción eréctil por esta causa. (Rubio E. y Díaz M., 1997)

Brecher (1984) hace referencia de que el menor abastecimiento de estrógenos puede contribuir a la reducción de la actividad sexual debido a una mayor incidencia de dispareunia, también él reporta que mujeres mayores de 60 años y que tomaban estrógenos estaban sexualmente activas en contraste con las que no los ingerían. Más aún, las mujeres con sustitución de estrógenos reportaban mayor placer del sexo, frecuencia sexual alta moderada, despertares nocturnos

ocasionales por deseo sexual, orgasmos espontáneos en el día o en la noche, y mejor lubricación vaginal.

La hormona luteinizante en el hombre estimula a las células de Leydig (HECL) para la secreción de testosterona. La disminución de la HECL provoca una condición de hipogonadismo hipogonadotrópico, en el que es común encontrar disfunción eréctil de toda la vida, con un tipo generalizado. Ver tabla 15.

Tabla 15. Hormonas sexuales						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Anticonceptivos hormonales y sistémicos						
Progestágenos y estrógenos, Asociaciones fijas	Gestodeno+es-tradiol	Melodene Meliane	+	-	+	
Andrógenos y asociaciones						
Derivados 3-Oxoandrosteno (4)	Testosterona	Testex	+M	+P	-	
Estrógenos y asociaciones						
Estrógenos naturales y semi-sintéticos	Estradiol	Alcis Cliogan	+V	-	-	
	Estriol	Ovestinon	+V	-	-	
	Promestrieno	Colpotrofin				
	Estrógenos con jugados	Equin	+V	-	-	
Progestágenos y asociaciones						
Derivados del Pregneno (4)	Progesterona	Progestogel	+	+	-	
Derivados del Pregnandieno	Medrogestona	Colpro	+	+	-	
Progestágenos y Estrógenos en asociaciones	acetato Noretisterona	Estracomb Trisequens	+	-	-	
	Medroxiprogesterona	Perifem	+	+	-	
Gonadotropinas y otros estimulantes de la ovulación						
Gonadotropinas	Gonadotropina corionica humana	Hmg-lepori Neo-fertinorm	-	+P	-	
Antigonadotropinas y similares	Danazol	Danatrol	+	-	-	

2.9 Preparados Hormonales Sistémicos excluidas Hormonas Sexuales

Dentro de este grupo se encuentran los medicamentos como la nafarelina entra dentro del grupo de hormonas liberadoras de gonadotropina que afecta a nivel de la fase de deseo, excitación y meseta. El etinilestradiol afecta en el deseo y se encontró en algunos casos afectación en el orgasmo, en el grupo de antiandrógenos solo se encuentra el acetato de ciproterona que también disminuye el deseo y afecta a la fase de excitación- meseta. Ver tabla 16. (PLM, 1998).

Tabla 16 Preparados Hormonales Sistémicos excluidas Hormonales Sexuales						
Hormonas liberadoras de gonadotropina						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Hormonas liberadoras de gonadotropina	Nafarelina	Synarel	+	+	-	
Antiandrógenos y estrógenos	Etinilestradiol	Harmonet	+	-	+	
Antiandrógenos solos	Acetato de Ciproterona	Clisin Androcur	+	+	-	

2.10 Los que actúan en el aparato genitourinario

Entre los principales medicamentos que se mencionan en este apartado que causan disfunción sexual se encuentra el alprostadil, un medicamento utilizado para tratar la disfunción eréctil, el cual se ha encontrado que causa priapismo, en el caso de algunos receptores alfa adrenérgicos como la alfuzosina, terazosina y la tamsulosina sea encontrado que causan eyaculación retrograda. El metronidazol afecta a nivel de fase del deseo y el ketoconazol a nivel de fase de excitación. Ver tabla 17. (Carey, 2006).

Tabla 17 Urológicos						
Medicamentos usados en la disfunción eréctil	Alprostadil	Sugiran	-	+P	-	
Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos	Alfuzosina	Benestan	-	-	+R	
	Terazosina	Deflox	-	-	+R	
	Tamsulosina	Omnice	-	-	+R	
Antiinfecciosos y fungicidas ginecológicos						
Derivados de Imidazol	Metronidazol	Metronidazol	+	-	-	
	Ketoconazol	Fungarest Ketoisdin	-	+	-	

2.11 Antineoplásicos y Agentes Inmunomoduladores

Carey (2006) menciona que los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina suprimen la liberación de gonadotropina si se administran en dosis continua. Como resultado, dan lugar a un estado hipoestrogénico. La utilización prolongada ocasiona atrofia vaginal, que puede motivar dispareunia, reducción del deseo y disfunción orgásmica. La ciclofosfamida afecta el deseo y la excitación lo mismo que la buserelina, el tamoxifeno y la flutamida. En cuanto al interferón se menciona que ocasiona disfunción sexual en un 1-3%, provoca amenorrea, dolor pelviano y disminución del deseo. Ver tabla 18.

Tabla 18 Antineoplásicos y agentes Inmunomoduladores						
Sustancias alquilantes						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual ESE E-M O			Otra
Análogos de la mostaza nitrogenada	Ciclofosfamida	Genoxal	+	+	-	
Antimetabolitos						
Análogos del ácido fólico	Metotrexato	Metotrexato	-	+	-	
Terapia endocrina						
Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina	Buserelina	Suprefact	+	+	-	

Inmunoestimulantes						
Interferones	Interferón	INTRON ROFERON	+	+	-	
Antagonistas hormonales						
Anti-Estrógenos	Tamoxifeno	OXEPRA X NOLVADEX	+	+	-	
Anti- estrógenos	Flutamida	FLUTAMIDA EULEXIN	+	+	-	

2.12 Los que actúan en el Aparato Locomotor

Antiinflamatorios no esteroideos.

Existen al menos dos notificaciones, en la literatura, relacionando a indometacina con disminución del deseo y disfunción eréctil, y a naproxeno con alteración de la eyaculación, respectivamente.

Tabla 19 Aparato locomotor						
Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual ESE E-M O			Otra
Derivados del ácido acético y similares	Indometacina	REUSIN	+	+	-	
Derivados del ácido propiónico	Naproxeno	ANTALGIN ALEVE NAPROSYN	-	+	+	
Mielorrelajantes de acción central						
Otros miorrelajantes de acción central	Baclofeno	LIORESAL	+	+	-	
	Ciclobenzaprina	YURELAX	-	+	-	
Antigotosos						
Preparados Inhibidores de la Producción del ácido Úrico	Alopurinol	ACIFUGAN ALOPURINOL	-	+	-	
Preparados sin efecto sobre el metabolismo del Ácido Úrico	Colchicina	COLCHICINE COLCHIMAX	-	+	-	

2.13 Los que actúan en el Aparato Respiratorio

Dentro de este grupo de fármacos se encuentran el grupo de los descongestionantes, los anticolinérgicos y los antihistamínicos, de los cuales dentro del primer grupo se encuentra a la fenilefrina, dentro de los anticolinérgicos se aluden al ipratropio y a la ciclobenzaprina y como antihistamínico a la ebastina los que refieren efectos adversos en la respuesta sexual.

2.13.1 Anticolinérgicos

Aunque la incidencia es rara, se han notificado casos de disfunción eréctil con atropina, butilescopolamina, metilescopolamina y oxibutinina y así lo recogen las fichas técnicas de estos productos.

Otros efectos secundarios indeseables de los anticolinérgicos (visión borrosa, confusión) son reflejo del efecto central y periférico sobre los receptores muscarínicos. La sedación puede ser una consecuencia de efectos antihistamínicos, anti α adrenérgicos o anticolinérgicos. Respecto a la respuesta sexual, los efectos secundarios más comunes incluyen problemas de erección, dificultades eyaculatorias, priapismo, hiperprolactinemia con galactorrea y cambios menstruales, además de ginecomastia (Hansen y cols, 1997; Tsai y Hong, 2000).

2.13.2 Antihistamínicos

Algunos fármacos de este grupo, quizá por sus propiedades anticolinérgicas pueden producir impotencia. Este es el caso de la hidroxizina que es un derivado del difenilmetano que también en algunos casos es usado como antipsicótico y la triprolidina que en notificaciones aisladas en la literatura se han relacionado con disfunción eréctil. (Carey, J. 2006)

Tabla 20 Aparato respiratorio						
Descongestionantes						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Simpatico-miméticos	Fenilefrina, (Difenhidramina)	Paidoterin	+	+	-	

asociaciones						
Anticolinérgicos						
Anticolinérgicos	Ipratropio	Berodual atrovent	-	+	-	
	Ciclobenzaprina	Yurelax	-	+	-	
Antihistamínicos						
Otros Antihistamínicos sistémicos	Ebastina	Rino-ebastel	+	-	-	
Derivados de Difenilmetano	Hidroxicina	Atarax	+	+	-	

2.14 Los que actúan en el sentido de la vista

Dentro de este grupo se encuentran a los inhibidores de la anhidrasa como la acetazolamida la cual afecta a nivel de fase del deseo y en la fase de excitación – meseta, por otro lado el timolol que es un agente betabloqueante afecta en todas las fases, provocando disminución del deseo, problemas eyaculatorios y orgásmicos. Ver tabla 21 (Hurtado F., Escrivá P., Catalan A. y MirJ. 2002)

Tabla 21 Órganos de los sentidos						
Anti glaucomatosos						
Grupo farmacológico	Principio activa	Nombre comercial	Fases de respuesta sexual			Otra
			ESE	E-M	O	
Inhibidores de la Anhidrasa carbónica	Acetazolamida	Edemox	+	+	-	
Agentes Betabloqueantes	Timolol	Cusimolol	+ Dh	+	+	

Como ya se vio en este capítulo muchos fármacos tienen efectos sobre la función sexual, y es probable que las cuestiones psicológicas y de relación tengan un mayor impacto sobre la misma que los medicamentos, sin embargo es importante entender los efectos de los mismos sobre la función sexual, para que los profesionales de la salud, sean más cautos en sus prescripciones, y para aquellas personas que por causa de enfermedad crónica, tienen que ingerir fármacos, tengan presente que hay efectos colaterales, y en dado caso que no se pueda

prescindir de este o disminuir la dosis, no sea problema para poder llevar una vida de calidad en el ámbito sexual y erótico.

Por ello en el tercer capítulo se describe un plan de técnicas psicosexuales que coadyuven al tratamiento médico de base, además de que esas mismas técnicas contribuirán al desarrollo del erotismo y descubrimiento de nuevas sensaciones para que las relaciones sean más placenteras.

CAPÍTULO III

TÉCNICAS PSICOSEXUALES EN EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES

En este capítulo se describen algunas técnicas psicosexuales que pueden contribuir al tratamiento de las disfunciones sexuales causadas por la ingesta de algún tipo de fármaco, las cuales se presentan en una clasificación tomando como referencia las fases RSH del modelo de Álvarez-Gayou, quien complementa el modelo propuesto por Masters y Johnson, el cual aporta una guía esquemática donde se ubican las disfunciones sexuales tanto en mujeres como en varones (Ver tabla 21)

Tabla 21 Ubicación de las disfunciones sexuales, en las fases de la RSH	
Fase de RSH	Disfunción o alteración sexual
Deseo / ESE	Deseo sexual inhibido / hipoactivo o Apatía sexual (en mujeres y hombres)
	Aversión / fobia sexual (en mujeres y hombres)
	Disritmia sexual o discrepancia en el deseo
Excitación	Excitación inhibida femenina: • Excitación inhibida femenina sin disfunción de la lubricación. • Disfunción de la lubricación /Hipolubricación vaginal • Trastorno combinado de la excitación genital y subjetiva.
	Disfunción eréctil
	Excitación inhibida masculina
Excitación consolidada o meseta	Preorgasmia o disfunción orgásmica femenina
	Eyacuación precoz
	Eyacuación retardada incompetencia eyaculatoria
	Inhibición eyaculatoria
Orgasmo	Anorgasmia
	Orgasmo rápido

Disfunciones Universales a la respuesta sexual humana	Dispareunia
	Vaginismo

3.1 Técnicas Psicosexuales en la alteración de la fase del Deseo (Estímulo Sexual Efectivo - ESE).

En esta fase de la respuesta sexual como ya se mostró con anterioridad en las tablas, hay fármacos que provocan la disminución de la intensidad del deseo que, y en otros casos incluso lo inhiben. Que si bien un fármaco puede ocasionar como efecto secundario esta alteración, puede ir de la mano también con algún factor psicosocial.

A continuación se presentan algunas técnicas psicosexuales empleadas para determinadas disfunciones sexuales en la fase de deseo tanto en mujeres como en varones. Cuyos objetivos principales son:

Ser una alternativa terapéutica para la disfunción, fomentar la responsabilidad de conductas y sentimientos eróticos en cada miembro de la pareja, alentar y favorecer el bienestar sexual, contribuir a que cada persona obtenga más placer de la vida en general, fomentar la tranquilidad y armonía personal, mediante el reconocimiento del propio cuerpo, de sus capacidades y de sus limitantes.

3.1.1 Deseo sexual inhibido o deseo sexual hipoactivo o apatía sexual (en mujeres y en varones)

Para Barrios (2005) el síndrome de deseo hipoactivo “...es la atenuación de las ganas eróticas que se traduce en la reducción de la disposición para emprender encuentros sexuales.” (p.98), la inhibición del deseo supone una total apatía sexual, es decir, es la absoluta inexistencia de las ganas de erotizarse. Esta disfunción erótica se observa frecuentemente en varones con relación de pareja estable (casados), las causas pueden ser por factores biológicos y por el tedio del erotismo que se desarrolla en el matrimonio o en la unión consensual. Esta

disfunción puede ser una alteración primaria (siempre ha estado presente) o secundaria (se presenta después de un período de funcionamiento adecuado).

Arango (2008) menciona que es frecuente encontrar esta disfunción en varones y mujeres con adenomas hipofisarios que producen y aumentan los niveles séricos de prolactina o en mujeres lactando, debido a que la actividad neuroléptica de la prolactina llega a predisponer a la depresión y a la ansiedad.

Para Kaplan (1982) se experimenta como angustia relacionada con lo sexual, y también presentan una hostilidad significativa hacia la pareja, la ansiedad emerge desde el momento en que se anticipa como posible el contacto sexual.

De acuerdo con Álvarez-Gayou, (1986) la apatía sexual se caracteriza por la falta de interés para responder ante un estímulo, lo cual provoca un incremento en el umbral de la respuesta sexual, en cualquiera de los miembros de la pareja.

En México, González (1993) en sus estudios encontró que el 29% de las mujeres presentaban deseo sexual inhibido. (en Barrios, D. 2005).

Las técnicas recomendables para el manejo del deseo sexual hipoactivo tanto en mujeres como en hombres son las siguientes:

3.1.1.1 Aprendiendo a usar los sentidos. Esta técnica contribuye a que la persona entre en contacto con la vida, la tranquilidad, el placer y el bienestar a través de los sentidos. (en Aldana, A. 2007).

- ☯ El primer día se trabaja con la **vista**: se observara todo lo que te rodea, sin analizar, tratando de disfrutar de la experiencia, ver con más cuidado lo que hay en tu casa o concentrarse en la naturaleza.
- ☯ El segundo día el sentido del **gusto**: concentrarse en el sabor de todo lo que pruebes; puedes comer lo que más disfrutes, sobre todo frutas, si puedes hacerlo con los ojos cerrados para intensificar la experiencia.
- ☯ Al tercer día incluir el **oído**: trata de escuchar la música que te relaja, el sonido que produce el viento, la gente, los sonidos de tu pareja, tus propios

sonidos, igualmente para incrementar la experiencia puedes hacerlo con los ojos cerrados.

- ☯ El cuarto día es para el **olfato**: trata de oler todo lo que te rodea, desde los olores de las habitaciones de tu casa, la comida, inciensos. Huele también, tu propio olor (sudor, ropa interior, tu lubricación etc.), el de tu pareja (su sudor, su ropa interior, su lubricación).
- ☯ El quinto día es para el sentido del **tacto**: concéntrate en descubrir cómo se siente la textura y la temperatura de todo lo que te rodea, después céntrate en ti mismo, tu piel, cabello, uñas, puedes recorrer tu cuerpo con diferentes objetos y texturas, trata de reconocerlos con los ojos cerrados.

Está técnica dependiendo de quien la realice si es una mujer o un varón será quien presente la disfunción en el punto del cuarto día que es para el olfato primero él o ella tienen que oler su propio olor y después el de su pareja aunque no necesariamente la pareja puede ser heterosexual, también se puede aplicar a pareja homosexual. Por otro lado como esta técnica puede ser muy lúdica y excitante no sólo para las parejas con disfunción sexual, también se puede realizar como preludio al acto sexual.

3.1.1.2 El espejo. Esta técnica está dirigida tanto para mujeres como para varones que presenten deseo sexual inhibido, ya que permite la reconciliación entre el goce, el autoestima y la forma en que se ve el propio cuerpo. El miembro de la pareja que presenta la disfunción y realice esta técnica vivenciará un encuentro con él o ella mismo(a) (en De Bejar, S. 2011).

- ♣ Colócate desnudo (a) delante de un espejo, de posible utiliza uno donde puedas verte de cuerpo entero. De pie, mírate desde todos los ángulos, no se vale criticar, es importante que te mires con tolerancia, con cariño, sin buscarte defectos, el objetivo es que te conozcas a fondo.
- ♣ Adopta diferentes posturas y si lo deseas además de mirar puedes tocarte, repite el ejercicio varias veces hasta que te sientas cómodo en tu cuerpo.
- ♣ Haz una lista de todo lo que te gusta de tu cuerpo, puedes guardar la lista e ir añadiendo lo que quieras a medida que te sientas a gusto con tu cuerpo.

- ♣ Analiza cada parte de tu cuerpo por separado de las puntas de tu cabello a los dedos de los pies, piensa en lo que te gusta y lo que no de una manera objetiva.
- ♣ Por ultimo resalta todo lo que te guste de ti mismo(a) y mímate.

3.1.1.3 Focalización sensorial I o placerización sensorial. El término “focalización sensorial”, fue propuesto por Masters y Johnson (1987), pero Kaplan (1994) prefiere denominarlo placereado, en donde la pareja desiste del intercambio sexual y del orgasmo durante varios días o semanas, y en este periodo ambos se acarician suave entre ellos el cuerpo y los genitales. Las instrucciones de esta técnica varían dependiendo de la pareja, de su nivel de ansiedad, y de la naturaleza de la psicopatología, pero aquí se presenta la forma en que Kaplan lo maneja:

- ❖ Primero se deberán duchar en pareja, después deben irse a la cama desnudos.
- ❖ Cada uno acariciará al otro, el que vaya a ser acariciado se coloca boca abajo, mientras el otro lo acaricia tan suave como pueda, se comenzara por la nuca, el cuello, las orejas, descendiendo lento por la espalda y sus costados, luego las nalgas, la parte interior de los muslos, las piernas y por último los pies.
- ❖ El que recibe el masaje tratara de centrarse en las sensaciones, y si algo le disgusta, porque es muy rápido o muy suave decirlo a la pareja, así como también comunicar si lo que está recibiendo es agradable.
- ❖ Cuando ambos sientan que es suficiente, que la persona se de vuelta y ahora hacer lo mismo pero de frente, comenzando con la cabeza, la cara, el cuello. Evitar tocar el pene, los pezones, el clítoris y la entrada de la vagina, se concentrará en acariciar el resto del cuerpo.
- ❖ Una vez que se terminó el que recibió las caricias ahora las dará a su compañero.

Como nota está técnica se puede aplicar tanto a pareja heterosexual como homosexual y la instrucción dependerá de quien de la pareja presente la disfunción por eso en la técnica se describe para ambos.

3.1.1.4 Focalización sensorial II o placereado genital. Está técnica es el paso siguiente después de la focalización sensorial I, pero en algunos casos el tratamiento puede comenzar con este ejercicio. Y consiste en el estímulo suave e inquietante de los genitales, y su objetivo es causar excitación, pero no orgasmo. (Kaplan, H., 1994).

- ❖ *“Quiero que ambos traten, por turno, de darse placer genital, acaricie el cuerpo de él tanto tiempo como sea necesario para excitarlo. Después juegue con su pene. Durante un rato juegue con el glande, con toda su extensión, con los testículos, luego pase a otra parte de su cuerpo, a una que a él le agrade, acaricie su vientre, sus dedos o labios, como ambos prefieran”. (p.71)*
- ❖ El que recibe las caricias solo tratará de centrarse en sus sensaciones y gozar de ellas. Cuando haya tenido suficiente, será el turno de ella.
- ❖ Quiero que acaricie usted primero todo su cuerpo, cuando sienta que ella está dispuesta, o ella se lo pide, toque sus pechos, bese y pellizque suavemente sus pezones. Juegue con el vello del pubis en torno del clítoris, no toque inmediatamente el clítoris. Roce la entrada de la vagina sin introducir directamente el dedo. Vaya a otro lugar y luego regrese al clítoris.
- ❖ No utilice la frotación rítmica y compulsiva que lleva al orgasmo, hay gran placer en el mero hecho de ser tocada y excitada, y no es necesario tener un orgasmo para sentir placer.

Como en las técnicas anteriores también esta se aplica tanto a parejas heterosexuales como a homosexuales, así que dependiendo de qué tipo de pareja sea y de quien presente la disfunción es el procedimiento a seguir.

3.1.1.5 Fantasías sexuales o eróticas. Para Maltz y Boss (1998) las fantasías sexuales, se inician en la infancia con ideas románticas o sensuales y, a medida

que las niñas crecen, se van convirtiendo en más sexuales. Gracias a las fantasías los niños también crean un espacio interior de juego muy privado.

La capacidad de fantasear es uno de los rasgos que nos definen como humanos y se ha reconocido que la fantasía puede ayudar a provocar más rápido la respuesta sexual, a realzar la autoestima y el atractivo personal, a incrementar el deseo, facilitar el orgasmo, satisfacer la curiosidad, aliviar la tensión y el estrés y ensayar futuras posibilidades.

Las personas con un bajo deseo fantasean poco (Lopiccolo, J., Heiman y Lopiccolo, L., 1988; Kolodny, Masters y Johnson, 1987; Maltz y Boss, 1988), por ello un tratamiento destinado a instruirles en la elaboración de fantasías positivas suele ayudar.

Las fantasías sexuales son unos pensamientos tan personales y privados que nadie debería sentirse jamás forzado a revelarlos. Antes de empezar a compartir las fantasías es importante ponerse de acuerdo en detener la conversación si en algún momento alguno de los dos se siente incómodo. Hablar de las fantasías es algo que facilita la experiencia sexual, a medida en que el nivel de comodidad en la pareja aumenta y crece la comprensión mutua. Así que esta técnica se sugiere para ambos en la pareja, ya sea que quien tenga la disfunción sea varón o mujer y consiste en lo siguiente:

- ✓ Ahora recuerden una experiencia sexual especialmente positiva y agradable, vayan construyendo a partir de esa experiencia su fantasía, visualice lo que puede suceder si dejan que el erotismo se lance en una nueva dirección.
- ✓ La persona que escucha la fantasía del compañero deberán evitar ser oyentes críticos, al contrario disfruten de la narración del narrador, aprecien su creatividad hagan sentir al narrador cómodo.
- ✓ La conversación de la fantasía hacerla de manera pausada, ir tanteando el terreno e iniciar así a modo de juego darle vida a la fantasía, divertirse y descubrir adónde los puede llevar la curiosidad.

Está técnica como las anteriores enfocada al incremento del deseo sexual y puede variar dependiendo de persona a persona y de si la pareja es de varones o mujeres.

3.1.1.6 El poder de la imaginación. Esta técnica la tiene que hacer la pareja en un momento en que se encuentren tranquilos y en un lugar privado para sentarse o acostarse. Dejen que la respiración se haga más lenta y profunda. Con los ojos cerrados hagan un repaso mental de todo su cuerpo, dejando que cada músculo se relaje. Al inhalar, sienta las sensaciones de calma y calidez que penetran por la nariz, llenan sus pulmones y se esparcen por todo el cuerpo. Cada vez que exhale, dejen que la tensión y las preocupaciones se disuelvan. No importa que se distraigan fácilmente. (Morin, J. 1997).

- ☯ Ahora intenten revivir una de los momentos sexuales que les haya sido agradables.
- ☯ Deléitese con la sensación de sentir una autentica plenitud y deténgase en los detalles sencillos que le provocaron placer.
- ☯ Experimente de nuevo lo que sintió durante y después de ese momento. Evocar las experiencias de satisfacción sexual ayuda a aclarar las metas y refuerza las motivaciones.

En particular esta técnica es de las preferidas, ya que suele ser más fácil el recordar alguna experiencia satisfactoria, que el recrear alguna que aún no se ha vivido.

3.1.1.7 Películas y materiales eróticos que ayudan al deseo sexual. Mucho se discute sobre los posibles daños, tanto individuales como sociales, que este tipo de materiales puede producir cuando los ven las personas de cualquier edad. Pero lo que se ha revelado es que sirven de estímulo para enriquecer la vida sexual y crear una mayor capacidad para entender y aceptar aspectos de la sexualidad de otros que son diferentes de los propios gustos. (Álvarez-Gayou, 1996).

Algunos títulos recomendables de carácter erótico son: Camarera del Titanic (Bigas Luna), Éxtasis (Lance Young), La secretaria (Steven Shainberg), Betty blue (JEAN- Jaques Beineix), Cándido erótico (Claudio de Molinis) y El placer de la seda (Yvon Marciano), entre otras.

Además de que el ver películas eróticas puede facilitar la realización de la técnica de la fantasía y del poder de la imaginación. Es más se pueden combinar las técnicas lo que contribuirá al tratamiento de la disfunción del deseo hipoactivo.

3.1.2 Aversión sexual o fobia sexual

Se define como el temor persistente, recurrente e irracional, que siente una persona asociado al deseo compulsivo, de evitar sensaciones o experiencias sexuales y el individuo es capaz de reconocer este miedo estamos refiriendo que ese sujeto tiene fobia y aversión sexual (Barrios, 2005).

“La aversión sexual es una reacción negativa persistente con características de fobia ante las actividades de tipo sexual o ante el pensamiento del contacto sexual con otra persona”. (Kolodny, Masters y Johnson, 1996, pág. 425).

En ciertos casos la naturaleza fóbica se manifiesta fisiológicamente en una sudoración profusa, náuseas, vómitos, diarrea o palpitaciones, pero en otros casos los componentes fóbicos se interiorizan. Esta disfunción se puede presentar tanto en varones como en mujeres, aunque la mayor parte de los casos corresponden a mujeres. No se puede diagnosticar una aversión si no existe un componente fóbico persistente en tal reacción.

Kaplan (1994) menciona que es poco común encontrarse con una mujer totalmente carente de respuesta sexual, y es difícil el tratamiento si es que la disfunción es de tipo primario que si es de tipo secundario, además si la persona no ha resuelto sus conflictos básicos por medio de psicoterapia, las técnicas se tienen que llevar a cabo en conjunto para facilitar la rápida resolución de los obstáculos.

Algunas de las técnicas utilizadas para el tratamiento de esta disfunción ya se mencionaron con anterioridad las cuales son: la focalización sensorial I, la focalización sensorial II (Ver p. 58 y 59). Sin embargo se describirán otras técnicas que también se pueden utilizar en el tratamiento de la aversión o fobia sexual, como las siguientes:

3.1.2.1 Desensibilización Sistemática. Esta técnica fue desarrollada por el terapeuta conductual Joseph Wolpe entre 1950 y 1959. (en Arango, I., 2008) Esta técnica es efectiva para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y reacciones de ansiedad interpersonal.

Schunk (1997) menciona que la Desensibilización Sistemática comprende tres fases:

- ❖ La primera, el terapeuta y el paciente trazan juntos una jerarquía de situaciones de ansiedad comenzando con la menor.
- ❖ En la segunda fase la persona aprende a relajarse imaginando escenas placenteras, antes de esto a la persona se le enseña técnicas de relajación para que llegando a este momento la persona ya lo haga por sí solo.
- ❖ En la tercera fase estando relajado la persona se le evoca la escena de menor ansiedad de la jerarquía y lo hace las veces necesarias antes de pasar a la siguiente escena.
- ❖ Después se prosigue con todas las situaciones hasta que la persona sea capaz de imaginar la de mayor ansiedad sin sentir angustia, en caso de que le provoque se desciende a otra que no se lo produzca.

3.1.2.2 Terapia virtual real. Novedosa técnica basada en la exposición virtual, tiene ventajas significativas en permitir la exposición de la persona a distintas circunstancias u objetos que le resultan aversivos, esto se hace mediante una computadora personal en la cual se pasaran videos de las circunstancias que la persona necesita desensibilizar. (Arango, I., 2008)

Se puede aplicar en ambos tanto en varones como en mujeres, independientemente del tipo de pareja que sea heterosexual u homo sexual.

3.1.2.3 Ejercicios de aflojamiento. Lopiccolo, J., Heiman R. J. y Lopiccolo L. (1988) recomiendan la técnica de ejercicios de aflojamiento donde para realizarlos se pide que usen ropa cómoda y holgada, ya que se realizara estiramiento y se necesita mover con libertad y relajarse. Para ello se comienza de la siguiente manera:

- ♣ **Respiraciones:** durante la primer parte tus respiraciones tienen que ser rítmicas y constantes, debes dejar que tu boca se quede ligeramente abierta, debes tomar aire permitiendo que se llenen tus pulmones y tu abdomen. Luego exhala, después haz una pausa y comienza de nuevo.
- ♣ **Ejercicios de pecho y cuello:** acostada boca arriba y mientras inhalas profundamente alza los dos brazos y échalos hacia atrás formando un arco. Mientras exhalas baja los brazos, repite esto 5 veces. Ahora hazlo a la **inversa:** exhala mientras subes los brazos e inhala, mientras los bajas y lo repites 5 veces y finalmente lo haces como en el inicio.
- ♣ **Tensión en el cuello:** para este ejercicio necesitas una pelota dura. Acuéstate en el suelo, pon la pelota en la parte de atrás de tu cuello y relaja en ella el peso de tu cabeza. Mueve tu cabeza hacia adelante y hacia atrás sobre las áreas que sientas tensas. Relájate y continúa con tus respiraciones.
- ♣ **Mecer la pelvis:** al hacerlo lo reconocerás como un movimiento de la relación coital, pero también en el caso de las mujeres ayuda a aliviar los dolores menstruales, puedes hacerlo sentado o costado y está diseñado para ayudar a aflojar la parte baja de la espalda y coordinar la respiración profunda con los movimientos pélvicos. Acuéstate boca arriba; al inhalar mece tu pelvis hacia atrás arqueando la parte baja de la espalda; al exhalar deja que tu pelvis se meza hacia enfrente. Trata de hacerlo lentamente, manteniendo la pelvis levanta y después relajándola. Halo por 5 minutos,

sin apresurarte y trata de coordinar tu respiración con los movimientos Pélvicos.

- ♣ **Levantamiento de la pelvis:** acuéstate boca arriba, con las piernas dobladas, al inhalar, mueve tu pelvis hacia atrás arqueando la espalda, luego, al exhalar, levanta la pelvis, una vértebra a la vez empezando por el cóccis hasta que te quedes apoyado(a) en tus hombros y tus pies. Baja despacio. Repite la secuencia 10 veces.

Aplicado para la persona con aversión sexual aunque el realizarlo en pareja es de apoyo para una mejor compenetración de ambos sea cual sea la pareja.

3.1.3 Disritmia sexual o discrepancia en el deseo en la pareja

Masters, Johnson, Kolodny (1996) y Álvarez-Gayou (1986), la definen de la siguiente manera: se refiere cuando uno de los miembros de la pareja desea con más frecuencia la relación sexual que el otro. No significa necesariamente que un miembro de la pareja tenga “mucho” y el otro “poco” deseo, sino que existe en ellos un franco desbalance, traducido, por ejemplo, en que desea unos encuentros a la semana y él, sólo uno al mes, o viceversa.

Y para tratar estas discrepancias se propone lo siguiente:

3.1.3.1 Comunicación por turnos. Este ejercicio es para que trabajes la comunicación, se pondrán uno frente al otro, y por 5 minutos uno dirá al otro lo que desea sin ser interrumpido por la pareja, luego el que escuchó ahora hablara, lo harán de una manera tranquila, sin críticas, ni acusaciones, después que se sabe lo que ambos desean, es necesario acordar un código por ejemplo cada vez que quiera invitar a su pareja a la relación sexual podrían usar frases ¿quieres ir a bailar esta noche?, aunque es una pregunta que dice una cosa, entre la pareja si ya se estableció el código ellos interpretaran que es la invitación a tener un encuentro erótico. (Kolodny, Masters y Johnson, 1996)

- Negociar las exigencias sexuales que surjan en ambos.
- Procuren dejar que el placer surja a fuego lento.

- Hablar abiertamente si la persona no se siente de humor o está preocupado por algo en lugar de interpretarlo como un rechazo, no precipitarse a concluir que la pareja se aleja.
- Dejarse fluir en cada encuentro amatorio, deje toda preocupación fuera de la recámara, o lugar donde estarán.
- En caso de que alguno de los dos no esté interesado por el momento en la invitación que la pareja le haga, no significa que más tarde podría estarlo, transmita esto con claridad.

3.1.3.2 A fuego lento. Que todo vaya de menos a más, se podrán iniciar con caricias sutiles, experimentar diferentes **tipos de besos**, el *Kama Sutra* describe un juego para los amantes (en Hooper, 2000), se puede hacer una apuesta para ver quién atrapa primero los labios del otro. Quien pierda deberá besar apasionadamente el cuerpo del ganador en donde esté diga.

- ❖ **Besar y lamer los senos:** el amante debe dedicar un tiempo considerable a besar y acariciar los senos de su pareja, también puede mordisquear y chupar suavemente los pezones.
- ❖ **Mordisco del Jabalí:** consiste en morder el hombro, dejando muchas filas de marcas pronunciadas, cerca unas de otras y con intervalos rojos, también se pueden hacer en los senos.
- ❖ **Cunnilingus:** el informe Hite Sobre Sexualidad Femenina, Shere H., 1976 (en Morgenstern, M. 2001) reportó que solo el 30% de las mujeres pueden lograr el orgasmo con la penetración, y que en comparación a los orgasmos obtenidos por cunnilingus eran más suaves. Para Hooper (2004) esta práctica consiste:

... el varón debe colocarse de tal manera que pueda pasar la lengua de abajo arriba por todo el clítoris, la mujer puede estar de pie, sentada o tumbada de espaldas. Estimula los lados del clítoris por turno, siempre de abajo arriba. Mueve la punta de la lengua dando

leves golpecitos en la cabeza del clítoris y de lado a lado en la parte inferior con movimientos rápidos (p.70).

Claro este tipo de beso es para que se lo realicen a la mujer sea quien sea su pareja (puede ser un varón o puede ser otra mujer).

- ❖ **Estimulando el perineo:** lamer el perineo que es la parte entre la vagina y el ano, ya que hay múltiples terminaciones nerviosas puede ser muy excitante. Tras excitar a tu pareja besando y chupando el clítoris y perineo, aumenta la estimulación introduciendo y sacando la lengua en la vagina.

En el caso del que al que se tenga que estimular sea a un varón el perineo es esa parte entre los testículos y el ano, de igual forma se estimula chupando y lamiendo esa parte.

- ❖ **Fellatio:** es una técnica que consiste en pasar la lengua a lo largo del frenillo, por la cara inferior del pene, sujetando la base del pene variando la intensidad de las lamidas. También se puede hacer de una manera mutua en la posición llamada “la actitud del cuervo o 69”. Esta es la versión para el varón ya q la versión para la mujer se mencionó en el cunnilingus.

Independientemente del tipo de beso que quiera realizar con su pareja, la participación y disposición de ambos es indispensable.

3.1.3.3 Catalogo sexual. Para ampliar el repertorio sexual la pareja debe ir explorando otras posiciones, Alma Aldana recomienda algunas en su libro *Sexo sin dolor*, además se puede combinar con fantasías eróticas (ver p. 59).

Otra literatura que se recomienda para ampliar el repertorio sexual es el nuevo *kamasutra*, escrito por Hooper (2000). *Kamasutra* significa “variedad sexual”, Vatsyayana enumera 8 posturas sexuales básicas, en donde, en la mayor parte, la mujer esta tumbada de espaldas con las piernas en diferentes posiciones, y solo 3 posiciones donde la mujer está arriba del varón.

A continuación se presentan algunas variantes (Dumay, R. 2001):

- ☉ **Escorpión:** Él se acuesta boca arriba y ella debe sentarse sobre él dándole la espalda. Se tiene que iniciar con una penetración con balanceo

suave. Paulatinamente se debe incrementar la velocidad y dejar que la espalda de ella toque el pecho masculino, así como dejar las piernas paralelas a las de su pareja.

- ☯ **Mariposa:** Ella se sienta sobre el hombre y balancea su torso hacia atrás, mientras que coloca las piernas hacia adelante. Ambos deben realizar un movimiento pélvico circular en sentido contrario uno del otro.
- ☯ **Yunque o postura elevada:** La pareja se debe colocar como si fueran a realizar la posición del misionero, pero ella debe colocar los pies sobre los hombros de su pareja. Sentirán una penetración más profunda.
- ☯ **Árbol frutal:** partiendo de la postura anterior ella tiene que apoyar una pierna sobre el pecho de su pareja y dejar a un lado la otra pierna. Mantengan un balanceo suave y cadencioso para intensificar la estimulación y lograr una penetración profunda.
- ☯ **Amantes:** Colóquense de pie, uno enfrente del otro a la misma altura (pueden utilizar algún banco o silla para lograrlo). Él tiene que acariciar con su pene los labios vaginales y toda la vulva para después penetrarla. Esta postura puede ser el inicio de un encuentro placentero.

Siempre el variar las posiciones y el ir complementando junto con alguna otra de las técnicas antes mencionadas, suele reavivar el fuego en la pareja, claro todo sin forzar al otro como en un equilibrio de comunicación corporal que ambos vayan estableciendo.

3.2 Técnicas Psicosexuales en la alteración en la fase de Excitación

En esta fase las disfunciones que se pueden presentar en la mujer son: trastorno de la excitación sexual femenina inhibida que Rubio (1998) lo divide en 3 subtipos: *disfunción de la lubricación vaginal, excitación inhibida femenina sin disfunción de la lubricación y disfunción sexual general o trastorno combinado de la excitación genital y subjetiva*, en el caso del varón *disfunción eréctil y falta de excitación psicógena masculina*. (Barrios, D. 2005) Todas ellas se describirán más adelante.

En 2003, durante la segunda Consulta Internacional de Medicina Sexual, se hizo una subdivisión del trastorno de excitación femenina las cuales quedaron en 3 categorías (Arango, 2008):

3.2.1 Excitación inhibida femenina sin disfunción de la lubricación

Arango (2008) define la excitación inhibida femenina sin disfunción de la lubricación como “... *la ausencia o disminución marcada de sensaciones de excitación sexual después de cualquier tipo de estimulación sexual, la lubricación u otros signos de respuesta física se presenta.*” (p. 84).

Rubio (1998) lo define como la dificultad que tienen las mujeres para experimentar las sensaciones subjetivas de excitación sexual, a pesar de tener una respuesta genital adecuada. Al parecer este trastorno en la mujer se incrementa con la edad, con un pico después de los 50 años

A continuación se presentan algunas sugerencias para ayudar a las mujeres que presentan alguna disfunción en esta etapa de la RSH.

3.2.1.1 Visualización. En primer lugar no se cierre a su potencial erótico mediante profecías negativas: el coito es tanto un estado de ánimo como un conjunto de respuestas físicas. Creer que no va a haber ningún placer ni atractivo en una experiencia sexual no sólo limita su entusiasmo sino que incluso cambia la sensibilidad de su cuerpo, de forma que a las caricias, los besos u otros actos de ternura no se les permite registrar sus mensajes sensoriales en el cerebro. Obstruir las sensaciones sensuales /sexuales, táctiles imposibilita que la experiencia sea positiva. Por ello se debe evitar dichas profecías y permitiéndose ser receptiva a lo que suceda, ser participativa en lugar de autocrítica, para experimentar el abanico de sensaciones físicas y emocionales que se den en el encuentro sexual.

- ✚ Evite pensar en exceso y tocar poco: hay mujeres que durante el encuentro se preguntan ¿me he depilado las piernas hoy?, ¿tal vez debería ducharme otra vez, estaré excitándolo? Acaricie el cuerpo del compañero y piérdase

en las sensaciones, tóquelo y abrácelo, para apartar la atención de su propia respuesta.

- ✚ Haga hincapié en el carácter lúdico del encuentro sexual en lugar de convertirlo en una tarea.
- ✚ No tenga miedo de experimentar con diferentes clases de estimulación sensual. (Kolodny, Masters y Johnson, 1996)

3.2.1.2 Lectura erótica. Explora diferentes formas de expresión sexual-sexual como parte de tu crecimiento sexual, el material erótico es una forma útil para propiciar la excitación sexual y de ayudar a saber qué es lo que te excita y qué es lo que no te excita.

Hojea alguna revista con dibujos o fotografías que te resulten sexualmente interesantes, hoy en día hay en las librerías novelas eróticas de todo tipo. Puedes estimularte mientras lees o te puedes esperar hasta que tengas alguna sensación placentera en tus genitales o simplemente sientas ganas de tocarlo. (Lopiccolo, J., Heiman, R. J. y Lopiccolo, L. 1988).

3.2.1.3 Fantasías eróticas. Esta técnica ya fue mencionada con anterioridad pero también es útil en el tratamiento la excitación inhibida femenina. (ver página 59).

3.2.1.4 Masaje Tailandés Se trata de enjabonar los cuerpos de ambos previamente, estando totalmente desnudos, con una espuma de baño, masajeado sobre la piel y añadir un aceite para que el cuerpo resbale todo el tiempo sin resecarse (sirve el de bebés). (Ochoa, A. 2006)

- ✚ El varón le pide a la mujer que se recueste boca abajo en la cama y masajee su cuerpo con estas dos sustancias, la fricciona hasta que esté completamente untada y excitada.
- ✚ Ahora le dices que repose y la dejas unos minutos en silencio. Mientras tanto tú (hombre) untas las mismas sustancias en tu propia piel. Después

trepas sobre su espalda y la masajeas, ¡sin utilizar tus manos! Sólo tu cuerpo, todo tu cuerpo para frotarlo contra el suyo.

✚ El hombre estimulará los músculos de la mujer son su cuello, vientre, pecho, pene, testículos, pies, codos, rodillas. Todo se desliza, todo es fácil y ambos se excitan de una manera tremenda que surgirá la necesidad de completar todo. Pero no deben ceder a la primera intención, ni el hombre ni la mujer.

✚ Después ella se volteara no hará falta más sustancia porque ambos estarán untados.

Los beneficios: esta técnica permite salir de la rutina y evitar concentrarse en lo genital, este tipo de masaje permite redescubrir miles de puntos sensibles en la piel, como un ente total de gozo para ser compartido en pareja, la riqueza de toda la anatomía hecha para el placer y el disfrute. Aunque en el caso de que la pareja fueran de dos mujeres la técnica se adaptaría a ellas.

3.2.1.5 Texturas sensuales. Opciones para dar el masaje: seda, satín, terciopelo, si tienes cabello largo usarlo, estropajo de cuentas de madera que giran al frotarlo contra el cuerpo, plumas, guante de cuarzós, entre otros. Utilizar y variar lo áspero y suave. (Hooper, A. 2004)

Instrucciones: después de un masaje de presión profunda para que el cuerpo se relaje y esté receptivo, se podrán utilizar distintas texturas, las mencionadas anteriormente, para realizar un recorrido por todo el cuerpo, cuando use telas evite aplicar aceite, pues se empaparán.

Se recomienda empezar a utilizar las texturas más ásperas y después utilice las más suaves y eróticas.

Frótelas con suavidad, lentamente. El ambiente puede acompañarlo de velas, incienso y aceites aromáticos que ayudan a relajar más a la persona.

3.2.1.6 Numerar los puntos de placer. Este juego sirve para que lo ejerza ella con él o él con ella. Para dar variabilidad a la forma de hacer el amor.

- Se trata de averiguar el mapa de placer que tienen el cuerpo de la mujer, además de numerarlo punto por punto del uno al diez según ella sienta más o menos gusto al tocarlo.
- No se trata de adivinar las zonas erógenas según libros o mapas predeterminados. La sensibilidad del cuerpo es algo personal, impregnado de sensaciones infantiles y de recuerdos. Lo que a una mujer le fascina a otra no le provoca nada.
- En este juego tienes que disponer de etiquetas adhesivas muy chiquitas, de tamaño que solo quepa escrito un número de dos dígitos. Se usará un marcador
- Luego le pedirás a tu mujer que se acueste desnuda en la cama con los ojos cerrados.
- Tú irás acariciando sutilmente todos y cada uno de los rincones de su piel: la cara interna de los muslos, los párpados, los senos, los dedos de los pies, el hueco interno de la rodilla, el lóbulo de la oreja, sus pezones, la garganta, los tobillos, la espalda, el ano, menos genitales, esto sin límites.
- El asunto es que ante cada caricia ella deberá responder en voz alta con una calificación de lo que siente, del uno al diez, según el placer que experimente al ser rozada: “uno será muy poco, dos más, tres más aún y diez el máximo cuando sienta que muere de gusto según la zona estimulada.
- Ante cada respuesta tú pegarás una etiqueta adhesiva en ese punto y lo rotularás con el número que ella te diga.
- Al cabo de un rato, tendrás un mapa del cuerpo de tu amante absolutamente calibrado entre sus zonas más sensibles y otras inútiles en las que tal vez te empeñabas sin saberlo.
- Conserva ese mapa en la memoria para ocasiones sucesivas o cópialo en un dibujo por si hace falta refrescar la memoria o tómale una foto.

Beneficios: tal vez de este juego sea la primera vez que preguntes realmente al cuerpo de tu mujer qué es lo que siente en cada zona en vez de intuirlo. Gracias a ello podrás tener la humildad de averiguar en verdad las sensaciones de tu pareja. (Ochoa, A. 2006).

Y como en las otras técnicas aunque la autora se haya centrado solo en parejas heterosexuales se puede realizar su adaptación en el caso de que la pareja fueran dos mujeres.

3.2.2 Disfunción de la lubricación o Hipolubricación vaginal o trastorno de la excitación sexual genital.

En el libro de Arango (2008) se define como

... molestia por la ausencia o disminución de la excitación sexual genital. El autoinforme quizá incluya mínima congestión vulvar o lubricación vaginal después de cualquier tipo estimulación sexual, así como la reducción de sensaciones sexuales proporcionadas por las caricias a los genitales. La excitación sexual subjetiva si se presenta con la estimulación sexual no genital. (p. 84)

Las dificultades para producir lubricación vaginal suficiente para completar la actividad sexual que se presenta en forma recurrente y persistente. Generalmente la hipolubricación se presenta con una dificultad de experimentar las sensaciones subjetividad de excitación sexual. Cuando ese no es el caso, es decir, cuando se experimenta excitación sexual, pero hay una falla en la lubricación vaginal los factores médicos son los responsables, el hipoestrogenismo es una causa común y frecuente en mujeres durante el postparto y menopausia. (Rubio, E.1998).

3.2.2.1 Lubricantes. Dentro del uso de lubricantes encontramos dos rubricas que son las siguientes:

- ❖ Tratamiento no Hormonal: aplicación tópica de lubricantes vaginales resulta eficaz disminuye la irritabilidad y el dolor; sin embargo se debe tener cuidado con las sustancias que contengan perfumes la piel de los genitales

es extremadamente sensible y las lociones o aceites pueden irritarlos. Tampoco es recomendable utilizar vaselinas o cremas grasosas para la exploración vaginal interna ya que todas estas interfieren con la lubricación y protección vaginal natural. Deben utilizarse lubricantes a base de agua pues los hechos a base de aceite llegan a dañar el látex del condón.

- ❖ El tratamiento hormonal: la aplicación local o sistémica de estrógeno es eficaz para la facilitación de la lubricación vaginal. Existe un esteroide sintético llamado **tibilona**, el cual tiene efectos estrogénicos, progestágenos y androgénicos; dicho compuesto ha demostrado mejorar la lubricación.

3.2.2.2 Uso de EROS-CTD. Es un aparato para uso en los genitales externos, que está diseñado para incrementar la ingurgitación clitorídea por medio de la facilitación de entrada de sangre al clítoris, con lo que favorece la respuesta vascular. (Arango, I., 2008).

3.2.3 Excitación inhibida masculina

La inhibición de los procesos fisiológicos de la respuesta masculina se presenta usualmente acompañada por dificultades de erección peneana. Sin embargo, también se puede presentar que a pesar de tener erecciones peneanas, los hombres tengan dificultades para experimentar otros procesos de la excitación sexual, especialmente los que se manifiestan por la sensación subjetiva de excitación. (Rubio, E. 1998)

En esta disfunción como su nombre lo indica es específica del hombre así que las técnicas que se aplican son independientes de si este tiene pareja mujer o de su mismo sexo y son coadyuvantes a algún tratamiento base que la persona este llevando.

Algunas de las técnicas a utilizar para incrementar la excitación inhibida masculina son las siguientes:

3.2.3.1 Strip póquer. El juego: este juego será para dos jugadores, este juego cada vez que se pierde el perdedor acatara las órdenes del ganador.

Se repartirán 5 cartas cada uno.

Valor de las manos; de más a menos:

- ❖ Escalera real: as K, Q, J y 10 del mismo palo.
- ❖ Escalera de color: 5 cartas seguidas del mismo palo, por ejemplo, 9, 8, 7, 6 y 5.
- ❖ Escalera: cinco cartas, de cualquier palo, pero seguidas.
- ❖ Full: 3 de un número y dos de otro: por ejemplo, tres 8 y dos 6.
- ❖ Trío: tres de un número y dos cartas sueltas.
- ❖ Doble pareja: dos parejas por ejemplo: dos doces y dos treses, y una carta suelta.
- ❖ Pareja: una pareja y tres cartas sueltas.
- ❖ Carta más alta de una mala mano, ninguna escalera, ninguna pareja; sólo la carta más alta de todas.

En el descarte podrás cambiar las cartas malas por otras. Volverás a apostar. La apuesta continua hasta que uno de los dos la iguala. El último que ha apostado enseña su jugada. El ganador se lleva el premio. El perdedor debe acatar sus órdenes.

El perdedor ha de pagar una prenda sexual al ganador. Para aumentar el interés de la partida, empezar por las caricias suaves en partes del cuerpo poco erógenas. A medida que avanza la partida el ganador va aumentando el carácter sexual de la prenda. (Hooper, A. 2001)

Las prendas pueden ser: primero la ropa externa y luego pasar a la interior como el brasier si es mujer o camiseta en hombre, esto acompañado de masaje, frotamientos y caricias de los pechos, o chupar los pezones (también aplica si es para hombres), posteriormente se pasa a quitarse la ropa interior inferior, estimular

los genitales del perdedor de varias maneras de forma escalonada, incluso se puede utilizar algún juguete sexual (vibrador).

3.2.3.2 Caricias profundas. Desnude al hombre con suavidad, con ternura y sensualidad, alternándolo con besos.

- ☯ Caricia en el pene: se toma el pene con la palma de la mano extendida y jugando con los dedos sobre los testículos, la aprehensión será ligera en todo el pene. La mano rodeará de uno a dos centímetros bajo el glande. Luego realice algunos movimientos de arriba hacia abajo, al mismo tiempo que deja que la piel se deslice sobre el glande. Pase de movimientos lentos y poco a poco aumente la rapidez y la presión.
- ☯ El tronco del pene: el punto más sensible es la línea vertical que prolonga el prepucio (en los que no han sido circuncidados) y se une a la línea de los testículos. Coloque su dedo pulgar en posición vertical sobre esta línea, al mismo tiempo sus dedos ejercerán presión horizontal sobre la parte posterior del pene, esto durante los movimientos de arriba hacia abajo.
- ☯ El periné y ano: son zonas muy erógenas, Dumay (2001) menciona que el 42% de los hombres aprecian este tipo de caricias pero no se atreven a pedir las y esto acompañado de la introducción de un dedo en el ano, acompañado de ligeros movimientos de presión, en algunos hombres incrementa de manera intensa las sensaciones del pene.

3.2.3.3 Técnica de concentración sobre una zona. Dumay menciona que la mujer debe asumir un papel más activo, deberá establecer un ritmo más lento y más relajado: puede besarlo largamente en la boca, lo que lo hará estar consciente de la variedad de los placeres que es posible obtener sobre un punto preciso, lo que lo apartará al hombre por el momento de su meta, que él se sumerja en lo más profundo en estas sensaciones.

3.2.3.4 Técnica de envolvimiento. El objetivo de la técnica consiste en desviar la atención del hombre hacia las zonas erógenas secundarias de ambos.

Es un juego de caricias mutuas, pero donde la mujer primero toma el papel activo y el varón pasivo, para después cambiar. También puede elegir esta técnica que le ofrecerá un máximo de sensaciones variadas, sobre todas las zonas erógenas del cuerpo, teniendo cuidado de no rozar su pene sino ligeramente, pero al mismo tiempo con lentitud para asegurarse de que en cada punto ha experimentado el placer particular que usted quería brindarle. (Dumay, R., 2001)

- ❖ Establezca un ambiente tranquilo y sereno que permita al varón en centrarse en las sensaciones que experimente.
- ❖ Poco a poco permita que el varón recupere su propio ritmo para que se sienta activo.
- ❖ Puede combinar en este momento la técnica anterior, siguiendo un ritmo más lento y dejar que el hombre también de caricias.
- ❖ Ambos deben abandonarse a las sensaciones y que la mujer guíe las manos del varón hacia los puntos deseados.
- ❖ Durante el tocamiento se debe variar las posiciones de costado, sentados, recostados o semirrecostados.
- ❖ Nota: puede realizarse en el baño, en la ducha, es decir, tomar un baño, juntos.

3.2.3.5 Masaje sensual. Roberts y Padgett- Yawn (en Gutiérrez J. L., 2010), recomiendan técnicas de masaje, como complemento de las actividades de pareja que coadyuvan al tratamiento de alteraciones de la respuesta sexual. Las cuales son las siguientes:

Effleurage. Se trata de una pasada larga de las palmas de las manos, desplazándolas sobre la piel, masajeando diferentes partes del cuerpo (espalda, glúteos y hombros), pueden emplearse toques para pasar de una parte a otra.

Amasado. Se trata de amasar, estrujar y retorcer suavemente los músculos y la piel entre las manos y los dedos. Cuyo objetivo es eliminar puntos de tensión que se acumulan en los músculos debido al estrés, la ansiedad o las malas posturas.

Fricción. Consiste en la presión constante o en pequeños movimientos circulares

aplicados sobre una zona reducida, mediante la utilización de los nudillos o pulgares. *Corte*. Se realiza mediante el ahuecamiento de las manos y golpeando la piel, el objetivo es revitalizar la zona.

El masaje es un importante complemento del erotismo y del coito, que se debe incluir entre las herramientas amorosas.

3.2.3.6 Estimulación peneana. Esta técnica la realiza la pareja al varón, la pareja debe saber que zonas son las más sensibles en el hombre. El hombre debe estar recostado sobre cojines boca arriba, con las piernas entre abiertas, la pareja debe estar sentada en cuclillas frente a él.

Se debe presionar sobre el tallo o diáfisis con una mano o con ambas; esta presión debe ser fuerte y a una velocidad más o menos rápida con forma a lo que la pareja vaya acordando para evitar la eyaculación. Una mano puede oprimir la raíz del pene y la otra estimula el tallo y el glande. La mano que estimula debe alternar el desplazamiento, por momentos oprimiendo fuerte el tallo y acariciando y rodeando el glande, la corona y el frenillo. Todo esto produce una firme erección del pene y un aumento del placer. Se aconseja el uso de un lubricante, tanto en las manos de la pareja que lo realiza como en toda el área genital, el ano el peroné del varón. Además de ello no olvidar el dialogo entre ambos ya que es fundamental (Massoni R., 1998)

3.2.4 Disfunción eréctil masculina

Kaplan (1994) lo define como el bloqueo del reflejo de la erección, menciona que la erección es un reflejo neurovascular que depende del adecuado nivel hormonal, adecuada provisión vascular, anatomía del pene y del buen funcionamiento del sistema nervioso, sin embargo el 85% de casos de disfunción eréctil en E. E. U. U. son psicogénicos, es decir, que a pesar de la integridad física del aparato genital y los sistemas vasculares que gobiernan la erección, conflictos emocionales como la ansiedad y miedo pueden distorsionar los reflejos eréctiles.

Barrios D. (2008) menciona que las alteraciones de la erección se producen de dos modos: por afecciones que interfieren con la irrigación sanguínea o con la conducción nerviosa (factores orgánicos) o por bloqueos emocionales que impiden o suspenden el mecanismo eréctil.

3.2.4.1 Dar y recibir placer sin exigencias. Durante los 4 o 7 primeros días del tratamiento hay abstinencia forzosa, se le pide a la pareja que se acaricien alternativamente uno al otro, en algunos casos se prohíbe el contacto genital, ya que el fin es el incremento mutuo del placer erótico no orgásmico. En este ejercicio no se espera una erección, pero si ocurre, se le pide a la pareja que no se preocupe por la pérdida de la misma. *“La estimulación suave, incitante y provocativa, junto con la prohibición del coito y del orgasmo, crean generalmente una situación altamente afrodisiaca para el paciente” (p. 391).*

Aparte de los efectos eróticos de las interacciones sensuales no orientadas al rendimiento, estas experiencias sirven para medir la resistencia, tanto del paciente como de su pareja.

3.2.4.2 Focalización sensorial 1 También para coadyuvar al tratamiento de la disfunción eréctil se puede utilizar esta técnica que la refiere Masters y Johnson (1987) (ver p.58).

3.2.4.3 Eliminación del temor al fracaso. En esta técnica se le pide a la pareja del paciente que acaricie el pene del paciente hasta que alcance una erección, después se detenga, permitiendo que el pene se torne flácido. Al cabo de un rato se debe reanudar la estimulación hasta que se vuelve a producir la erección. El procedimiento se repite varias veces en cada sesión. Normalmente se prohíbe la inserción del pene, si el paciente se siente alarmado durante el curso de este juego sexual, se le enseña a relajarse y enfocar su atención sobre la manera de agradar a su pareja.

Muchas técnicas de relajación pueden aplicarse en pacientes con disfunción eréctil, además de técnicas de abordaje corporal coadyuvantes a la terapia sexual (Rodríguez Jr. y Andrade, 1991).

3.2.4.4 Terapia Racional Emotiva (TRE). La psicóloga y terapeuta sexual uruguaya Lilian González presenta una aplicación de la TRE, consiste en la identificación y modificación de ideas irracionales y mitos por medio de técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de ataque a la vergüenza, ejercicios conductuales de riesgo controlado, asertividad, comunicación, etc. (Rodrigues Jr. 2004).

Entre las actividades a realizar en esta intervención, pueden encontrarse:

- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.
- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza) que está sintiendo.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales y ayudar a identificar los pensamientos automáticos (pensamiento polarizado, generalización, magnificación y personalización, etc.).
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

3.3 Técnicas Psicosexuales en la alteración en la fase de Meseta o Excitación incrementada

En la fase de meseta, el incremento o decremento de consideran por el tiempo que dura la fase más que por la intensidad de la misma. El incremento ocasiona en el hombre incompetencia eyaculatoria y en la mujer preorgasmia. Así mismo el decremento en la duración de la fase de meseta provoca disfunción en el hombre y no en la mujer. Cuando la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de esta, el diagnóstico es eyaculación precoz o descontrol eyaculatorio (Delfin, 1983). Por otro lado, en casos difíciles se aplica el criterio diagnóstico propuesto por Masters y Johnson que consideran la dimensión de la pareja. (Álvarez Gayou J. L., Sánchez G.D. y Delfín L. F. 1986)

3.3.1 Preorgasmia femenina o Disfunción Orgásmica femenina

De acuerdo con Álvarez Gayou (1986) el término preorgasmia es una disfunción que ocurre por la prolongación de la fase de meseta o fase vasocongestiva que conlleva la desagradable sensación de un “orgasmo esperado y no cumplido”, es decir, la inminencia de placer que se transforma en cansancio por prolongación de la meseta del que finalmente resulta un orgasmo de escasa intensidad. (Barrios D., 2005).

El sexólogo Eduardo Ruiz, especialista del Instituto Integral de Salud Familiar en Costa Rica, asegura que se debe a un déficit de la excitación que bloquea el clímax; sus causas son psicológicas como la ansiedad o distracción en el momento del encuentro íntimo.

A continuación describiré algunas técnicas que coadyuvan al tratamiento de esta disfunción.

3.3.1.1 Prolongando el erotismo. La sensualidad y el erotismo requieren relajación, ritmo, ternura, dedicación y tiempo. La progresión de las caricias y la descarga de las tensiones musculares, es agradable, aunque esto no siempre lleve al orgasmo. (Navarro R., 2005).

En las primeras sesiones el hombre debe acariciar a la mujer mientras está desnuda y de espaldas, con el objeto de proporcionarle sensaciones gratas y tranquilizantes. La mujer solo debe concentrarse en su propio, ella debe pedir a su pareja cualquier tipo de caricias que sean de su agrado, posteriormente la mujer cuando así lo decida, debe voltearse y ahora el hombre debe acariciarle el frente del cuerpo. Principia por la cabeza, cara y cuello. Luego hace lo mismo, suave y con delicadeza, con el resto del cuerpo. Se prohíben las caricias genitales o que estimulen los pezones.

Después comience por besar suave y tiernamente cara, cuello y el resto del cuerpo evitando genitales, pero si puede estimular el área alrededor de estos.,

esto con la finalidad de ir incrementando la excitación poco a poco. (Hooper A. 2004).

Kaplan propone que la mujer se masturbe, mientras está totalmente desnuda y relajada, cuando nadie la observa. De esa manera, algunas mujeres llegan por primera vez al orgasmo. (Navarro R., 2005).

3.3.1.2 Ejercicios de Kegel o control muscular. El doctor Arnold Kegel sostiene que el escaso empleo y debilidad de los músculos pubococcígeos son un factor de la carencia de respuesta sexual femenina. Las sensaciones propioceptivas de los músculos perivaginales son una fuente importante de sensaciones eróticas y placenteras de la vagina. El orgasmo femenino consiste en la contracción de los músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y pubococcígeos. Por lo tanto, el fortalecimiento de estos músculos puede ayudar a producir orgasmos vigorosos y satisfactorios. Si no tienen conciencia de dichos músculos, se le indica que detenga y reanude la corriente de orina, así ubicara los músculos pubococcígeos. Kegel recomienda contraer esos músculos 10 veces seguidas, una a dos veces por día.

En tanto que Deutsh recomienda aprender a contraer y aflojar voluntariamente los músculos del piso pélvico y de la vagina con el fin de ejercitarlos y así mejorar el tono muscular.

Pueden hacer 6 grupos de contracciones al día, practicando 10 por grupo, durante algunas semanas. También durante el acto sexual coital es recomendable que aprieten el pene algunas veces, ya que esas variaciones en la presión de la vagina suelen resultar placenteras para ambas personas. (Navarro R., 2005).

3.3.1.3 Camino al Orgasmo. Establece tu intención por ejemplo: “quiero estimularme más intensamente y experimentar todo el placer que pueda”. Posteriormente enciende tu energía sexual, preparando un lugar con los elementos eróticos que más alimenten tu placer, que más te relajen y te exciten: velas, aceites, almohadas, pon algún material erótico o música y por ultimo toma un baño caliente.

Despierta tu energía sexual, mediante la práctica de la sonrisa interna, sonríe a tu corazón, sonríe a tu útero, tu vagina, tus ovarios, tu clítoris, a tus labios, sintiendo la calidez de la energía vital. Masajeándote tus pezones y pechos envía su energía sexual hacia tus órganos sexuales. Acaricia tu anatomía del placer, es decir, tu clítoris ya sea estimulándote con los dedos o con un vibrador o dildo, y mientras te acaricias, aprieta tu músculo sexual. Finalmente ríndete al placer, emite sonidos a medida que la sensación se intensifique, deslizándote hacia el placer y dejándote entrar en un gratificante orgasmo. (Chia M. y Carlton A. R., 2003)

3.3.1.4 Ejercicios de autoerotismo. El conocer cómo reacciona tu cuerpo te da seguridad en tus relaciones de pareja. De Bejar (2011) menciona que hay cinco formas básicas de autoerotismo femenino: estimulación de la zona clitoriana/vulvar, normalmente con la mano o vibrador (78.5%), frotando la zona clitoriana/vulvar con algún objeto blando (4%), presión rítmica de los músculos (3%), masaje con agua en la zona clitoriana /vulvar (2%), solo inserción vaginal (1.5%) y el restante 11% alternan diferentes métodos en función de las preferencias del momento.

De Bejar (2011) también menciona algunas propuestas antes de realizar los ejercicios: Antes de siquiera tocarte, utiliza tu imaginación, dedícate un rato a visualizar algo que te excite, a leer un cuento erótico, hojear una revista o ver una película que te inspire. Posteriormente comienza a acariciarte la cara, el cuello, los pechos, la cintura, la ingle, el vello púbico, los labios mayores, los labios menores, la apertura vaginal, luego mastúrbate como acostumbras. Colócate delante de un espejo y observa como juegas contigo misma.

3.3.2 Eyaculación precoz o inadecuado control de la eyaculación

Definida como *“la ausencia persistente de control voluntario sobre el reflejo de la eyaculación, se traduce en la desagradable sensación de eyacular inoportuna y velozmente”* (p. 79). Normalmente tiene un origen ansiógeno que distrae las

sensaciones internas que le permiten al hombre reconocer la inminencia eyaculatoria. (Barrios D., 2008).

Barrios menciona en su libro *En las alas del placer* que existen tres grados de eyaculación precoz: “...leve, cuando la eyaculación se presenta poco después de iniciado el coito; moderada, cuando se produce durante la penetración, y severa, cuando se eyacula antes de penetrar”. (p.92).

Pero en general los eyaculadores precoces no tienen un control razonable sobre la eyaculación, que les permita proseguir los movimientos del coito mientras se encuentran en un alto nivel de placer y de excitación, hasta que decidan eyacular. Si no que no tienen elección y eyaculan rápida e involuntariamente en cuanto alcanzan un grado elevado de excitación si quieren como si no.

Así que tomando en cuenta lo que Kaplan (2001) menciona en su definición de eyaculación precoz la clave para ella es que los hombres que la padecen “...llegan al clímax involuntariamente antes de quererlo” (p. 19). El diagnóstico no depende de lo que tarda un hombre en eyacular, ni de cómo responde a su pareja, sino de “...la calidad de su control sobre la eyaculación, que debería ser natural, sin esfuerzo y voluntario.” (p. 20)

3.3.2.1 Técnica de Seemans. Consiste en apretar el pene con los dedos debajo del glande, con suficiente fuerza. Esto inhibe el reflejo eyaculatorio y disminuye un poco la erección. Momentos después, ésta se recupera con caricias. (Navarro R., 2005).

Una técnica similar a esta es la del Apretón, propuesto por Masters y Johnson (1970). Masters y Johnson también proponen el apretón basilar una vez que después de varias sesiones la pareja ha alcanzado un control razonable de la eyaculación precoz a través de los métodos como el de Seemans o la técnica de stop / start, la pareja puede comenzar a usar una versión modificada del apretón y esta consiste en aplicar la presión sobre la base del pene, en el punto justo por encima de donde éste se une al escroto. Este puede hacerse incluso si el pene está alojado en la vagina. Se aplica una firme presión durante cuatro segundos y

luego se suelta, la presión debe ser siempre por delante y detrás, nunca por los lados.

3.3.2.2 Técnica de stop/start. Se sugiere a la pareja que haga el amor a su modo habitual hasta que el hombre alcance una erección correcta. Entonces se tiende sobre la espalda, cierra los ojos, y la mujer lo masturba. Se pide que mantenga su atención fija en sus sensaciones eróticas. Cuando esta próximo al orgasmo se le pide a la esposa que se interrumpa. Pocos segundos más tarde cede la urgencia eyaculatoria, y pide a su mujer que continúe. Nuevamente se detiene antes de la eyaculación, eso se repite cuatro veces, y a la cuarta, eyacula. La esencia del tratamiento radica en que siga de cerca el proceso del crecimiento de la excitación y aprenda a reconocer las señales del orgasmo inminente. (Kaplan S. H., 1994)

El proceder al coito también se realiza según las normas del Stop/ start, donde la mujer adopta la posición superior e introduce el pene, lo que le permite a él guiar a la mujer en el movimiento y pararla cuando sienta la urgencia eyaculatoria. Inicialmente el hombre no se mueve, pero a la cuarta repetición, se mueve y alcanza el orgasmo. (Kaplan S.H., 2010)

3.3.2.3 Técnica de Jen-Mo. Esta técnica consiste en presionar un punto sensible entre el ano y el escroto cuando el hombre está a punto de tener un orgasmo. El punto Jen- Moo es fácil de presionar, se trata del conducto seminal, en el momento adecuado y presionar para impedir que el semen pase a la uretra. La presión no debe ser ni poca ni exagerada, si oprime muy cerca del ano, no obtendrá los resultados deseados. Si lo hace muy cerca del escroto, el semen irá a la vejiga y hará que la orina se torne turbia cuando vaya al baño.

3.3.2.4 Técnicas amorosas tántricas. Cuando la excitación sexual alcance la fase culminante y esté el hombre al borde del orgasmo, ambos deben dejar de moverse y relajarse, sumergiéndose en una sensación de mutua serenidad. Por otro lado también se recomienda al hombre apretar la lengua al paladar mientras piensa en otra cosa y sosiega la respiración para evitar la eyaculación. Así mismo

se recomienda posturas en las que el hombre este más relajado, por ejemplo cuando la mujer está arriba o la pareja se tumba de lado, cara a cara, ayudan a prolongar el acto.

3.3.2.5 Técnica del tirón escrotal. Como los testículos tienen que acercarse al cuerpo para poder propulsar el semen hacia fuera, alejarlos del cuerpo ayuda a retrasar la eyaculación. Dibuja un círculo con el pulgar y el índice alrededor del escroto (Ver figura 3.1) y estira firmemente hacia abajo. (Chia M. y Abrams A. D. 1999).



Figura 14 Tirón escrotal

3.3.3 Eyaculación retardada

Para Kaplan (1994) es una inhibición involuntaria del reflejo orgásmico del hombre. Se presenta luego de una meseta muy prolongada que suscita cansancio y malestar, pudiendo sobrevenir la eyaculación junto con un orgasmo pobre o en ausencia de este. (en Barrios D. 2001).

“La eyaculación retardada es un trastorno sexual el reverso de la eyaculación precoz. Los afectos de eyaculación retardada tienen dificultad para alcanzar el clímax dentro de la vagina de la mujer, con lo cual el coito dura demasiado tiempo. En los casos graves el hombre no llega a eyacular” (Kaplan S.H., 2001).

Masters y Johnson (1996) consideraron que representaba entre 10 y 15% de los motivos de consulta por disfunciones erótica masculina. Podría decirse que la

eyaculación retardada es un grado menos severo de **la inhibición eyaculatoria**, pero a diferencia de esta, en la que no existe respuesta orgásmica, por lo general sí se presenta un orgasmo muy empobrecido y frustrante.

Entre los factores adictivos y medicamentosos hallamos: el uso y abuso de alcohol, de cocaína, de narcóticos, de tranquilizantes y antidepresivos, empleo de antihipertensivos, principalmente la guanetidina.

Las técnicas para coadyuvar en el tratamiento son las siguientes:

3.3.3.1 Desensibilización progresiva en vivo a la eyaculación intravaginal. Son técnicas conductistas utilizadas en el tratamiento de eyaculación retardada con una pareja supone la masturbación exitosa y luego modela la masturbación a través de una serie de aproximaciones sucesivas para que la eyaculación se produzca dentro de la vagina. (Rowan L. E., 2001).

3.3.3.2 Maniobra del puente. Se aplica cuando el paciente puede alcanzar fácilmente el orgasmo mediante la manipulación de la mujer. Está lo estimula con un lubricante hasta que él esté cerca del orgasmo, y luego proceden al coito. Ella estimula su pene con la mano mientras el hombre se mueve. Cuando el varón ha penetrado la vagina, y después de recibir una combinación de estímulos manuales y vaginales, señalará que se encuentra próximo al orgasmo. Entonces la mujer retirará la mano y dejará que los movimientos del coito produzcan la eyaculación. (Kaplan, S. H. 1994).

3.3.3.3 Estímulo y distracción. Consiste en estimular al paciente físicamente en forma intensa, y al mismo tiempo se distraiga mentalmente de la vigilancia inhibitoria. Tratando de centrarse en una fantasía erótica al tiempo que se experimenta estímulo genital lo que ayuda a generar el reflejo del orgasmo. Sin embargo, algunos pacientes requieren una distracción más concreta, porque no son capaces de dejarse absorber por sus fantasías o imaginaciones. En esos casos se puede aconsejar que el paciente lea literatura erótica o vea películas sexualmente excitantes al mismo tiempo que recibe el estímulo.

3.3.3.4 Técnica estimulación pene-próstata. Massoni (1998) menciona que una vez de haber realizado la estimulación peniana, la cual consiste en la presión sobre el tallo del pene con una o ambas manos a una presión más o menos fuerte y a una velocidad más o menos rápida, acariciando y rodeando el glande, la corona y el frenillo, lo que producirá una firme erección del pene y aumentara el placer, prosigamos con la activación del punto prostático. Aquí quiero hacer mención de que ambas estimulaciones Massoni las sugirió para evitar la eyaculación, mediante una compresión, en el glande pero en este caso no se hará tal compresión ya que en esta disfunción lo que se requiere es que la eyaculación no se retarde.

El punto prostático *“...se encuentra en la mitad del perineo, entre la raíz de las bolsas escrotales y el ano. La activación de este punto comienza deslizando dos o tres dedos (medio, índice y anular) ejerciendo presión sobre el área”* (p.96). Esto para q el hombre detecte el punto e intensifique su placer. Se puede estimular ambos centros pene-próstata.

3.3.3.5 Técnica de la intención paradójica. Se trata de que el hombre se concentre en tratar de impedir el orgasmo a toda costa y no obtenerlo nunca, como resultado, algunos se relajan en cuanto procuran tensarse lo más posible, por lo que llegan al orgasmo sin mayor problema. (Navarro R. 2005)

3.3.4 Inhibición o insuficiencia eyaculatoria o Aneyaculación

La inhibición o insuficiencia eyaculatoria, también llamada aneyaculación, Barrios (2005) la define como la incapacidad para eyacular, generalmente se trata de una incompetencia para eyacular intravaginal o intrarectalmente. La insuficiencia eyaculatoria Kolodny, Masters y Johnson (1996) mencionan que se ve con menos frecuencia en las clínicas de terapia sexual sólo en un 5%. Los hombres que padecen esta disfunción raras veces tienen problemas para tener o mantener erecciones durante largos períodos de vigorosa actividad coital, y además no parecen tener problema alguno para excitarse sexualmente, pero sí para llevar la

moderada excitación sexual a niveles que sean lo suficientemente altos como para activar el reflejo eyaculatorio.

La mayor parte de los hombres que padecen esta disfunción no han sido nunca capaces de eyacular dentro de la vagina, aunque el 85% pueden eyacular con el autoerotismo (masturbación) y alrededor de la mitad eyaculan con alguna forma de actividad sexual no coital con su compañera. (Kolodny, Masters y Johnson, 1996).

En la insuficiencia eyaculatoria no se experimenta ni orgasmo ni eyaculación durante el coito, aunque es frecuente que, de manera similar a las mujeres que presentan anorgasmia, exista simulación.

Por otro lado las etiologías orgánicas del síndrome de aneyaculación son: la ausencia congénita de conductos eyaculatorios, malformaciones prostáticas, los trastornos neurológicos, incluyendo tumores en medula espinal, esclerosis múltiple, el Parkinson, uremia por nefropatía crónica, hipoandrogenismo severo, el alcoholismo y graves deficiencias nutricionales, también pueden ser considerados causas potenciales. También pueden bloquear la eyaculación ciertos medicamentos, más en sujetos de edad elevada y que se ingieren en dosis altas.

Las causas de esta disfunción debida a factores psicológicos y culturales son: personalidad controladora y obsesiva, auto observación, hostilidad con la pareja, rasgos auto sexuales, miedos conscientes e inconscientes al embarazo, al sida, a las infecciones de transmisión sexual, etc.

Su tratamiento consiste en psicoterapia integral y métodos y técnicas específicos. Se emplea el método conversacional no directivo “enfoque centrado en la persona”, así mismo, técnicas gestálticas y psicocorporales. Barrios D., 2005)

Algunas técnicas que pueden ser de ayuda para tratar esta disfunción son:

3.3.4.1 Entrenamiento autoerótico de simulación coital. Esta técnica tiene el objetivo de ir acercando al paciente a la realidad del coito ya sea intravaginal o intrarectal dependiendo de su preferencia, tratando que la experiencia sea

placentera en lugar de que sea estresante. Como ya se sabe la dificultad del paciente es el de eyacular dentro, así que se comenzará con la simulación hasta lograr que el varón logre una eyaculación intravaginal o anal.

Se sugieren técnicas de autoerotismo de Emme (1993):

Se puede comenzar directamente con la aplicación del lubricante (aceite de almendras perfumado) en los genitales en reposo, o bien justo después de que se haya establecido la erección. Estás acostado, en una postura hecha de abandono y relajación absoluta; las piernas, moderadamente separadas. Aceitas la totalidad de: pene, testículos, vello pubiano, pecando más de abundante que de parco. Tus dos manos están igualmente untadas y masajean y restriegan suavemente cada parte de tus genitales de modo simultáneo y alternativo.

Abstente de todo movimiento arriba-abajo; por el contrario, continúa aplicando una presión más fuerte a los movimientos, globales y a manos llenas, de masaje, estrujamiento y envoltura. Estas manipulaciones son muy sensuales y, curiosamente, dan la impresión de poseer un pene de mayores dimensiones. Puedes continuar así experimentando un placer verdaderamente dominado. De modo alterno y con firmeza, tus manos se deslizan sobre la totalidad del pene, pero sólo partiendo desde la base hacia la punta, dicho con otras palabras, realizas sólo la parte ascendente del vaivén, mezclando fuerza, suavidad, velocidad y aminoramiento de ésta. Cada tanto haces un solo movimiento descendente (por ejemplo, una de cada diez veces). Luego masturbas ligeramente el pene sin tocar el glande, pero alisando bien la piel: es la mano la que se desliza y corre, y no la piel del miembro. Alterna las manos con frecuencia y actúa sobre los testículos con las dos manos o con una sola si la otra se halla masturbando.

Alternando a esta maniobra sugiero que se haga el uso de un vibrador: Deslizar el vibrador a lo largo del pene, eso ayuda a simular aún más el coito. O también puede utilizarse una vagina artificial, lo que ayuda más a acercarse a la realidad. (Ver figura 15).



Figura 15 vagina artificial.

3.3.4.2 Técnicas conductuales de desensibilización sistemática hacia la eyaculación intravaginal o intrarectal con la participación de la pareja. Está técnica esta mencionada en la página 70 pero en este caso se hará las adaptaciones para que se lleve a cabo la eyaculación intravaginal o intrarectal dependiendo el tipo de relación coital que el paciente prefiera, y el tipo de pareja q el paciente tenga, es decir si el hombre es heterosexual pero dentro de sus prácticas sexuales gusta por la penetración anal y vaginal y este paciente no puede eyacular ni dentro de vagina ni de ano esa desensibilización se tiene que enfocar a ello. Y en el caso de un varón homosexual que tenga el problema de aneyaculación se tendrá que manejar la desensibilización sistemática hacia la eyaculación intrarectal.

3.3.4.3 Técnicas de atención táctil. El objetivo es conseguir que el hombre advierta sus propias sensaciones físicas, que mejore sus modelos de comunicación no verbal y que desaparezcan las tensiones ante su actuación. Cuando se alcanza el estadio de atención táctil a los genitales, se inicia a la mujer a que estimule el pene de un modo deliberado y exigente, mientras el hombre le indica el ritmo, la presión y los tipos de movimientos estimuladores que encuentra más excitantes. Posteriormente se recomienda el juego sexual con la mujer colocada encima del varón. La mujer estimula a su compañero hasta que éste alcance un grado alto de excitación, y cuando el hombre se aproxime al estado de

inevitabilidad eyaculatoria, la mujer introduce velozmente el pene en la vagina, prosiguiendo la estimulación mientras lo hace (Kolodny, Masters y Johnson, 1983)

Si el varón no eyacula después de un vigoroso frotamiento, la mujer debe retirarse y volver a la estimulación manual y así repetir nuevamente el procedimiento. En los casos en que no se presente la eyaculación intravaginal pese a repetidos intentos, la mujer debe hacer eyacular al hombre mediante la estimulación manual y colocarse en una posición en la que cuando el hombre eyacule, el semen caiga sobre los genitales externos de la mujer

También se pueden incluir el uso de lencería por parte de la pareja así como el uso de música excitante que ayuden a lograr una mejor excitación.

3.4 Técnicas Psicosexuales que alteran la fase de Orgasmo

Las alteraciones que se presentan en esta fase son: la anorgasmia o ausencia de orgasmo, que puede presentarse en mujeres y en hombres, y el orgasmo rápido que también puede suceder en ambos. Aunque Rubio (1998) también menciona a la eyaculación retrograda incluida en esta fase de la respuesta sexual.

3.4.1 Anorgasmia femenina

La disfunción orgásmica consiste, en la ausencia de orgasmos, es decir, la mujer no vivencia la sensación subjetiva de placer que resuelve la tensión sexual propia del deseo, la excitación y la meseta. La mujer anorgásmica tampoco presenta las contracciones mioclónicas involuntarias que se caracterizan en esta etapa de la respuesta sexual. Informes de terapeutas de SOMESHI (2001) calcularon que entre un 40% y 70% hay de incidencia de anorgasmia primaria en México. Y donde el 29.9% de este síndrome lo presentan las mujeres.

A continuación se mencionan algunas técnicas que ayudan en el tratamiento de la anorgasmia femenina.

3.4.1.1 Autoestimulación femenina. La finalidad de esta técnica es descubrir puntos placenteros, descubrir cómo se origina y se prolonga el orgasmo. Para ello es necesario crear un ambiente erótico, realizar un baño previo de ducha o de inmersión. Lubricar los genitales, ano y periné. Posteriormente realizar la exploración con toques y caricias en esa zona.

Una vez que se ha logrado sentir un nivel elevado de excitación localice sus estímulos en el clítoris, alternando esos toques con introducciones parciales o totales del dedo medio y anular en la vagina. Siga moviendo el clítoris, deslice sus dedos sobre el tallo y toque suavemente el glande. Cuando el orgasmo se precipite, apriete el clítoris sobre el tallo y deslícelo de un lado al otro hasta que se dé el orgasmo.

Una variante de ello es usar el pulgar y el índice de una mano para tomar el tallo, y con el índice y medio de la otra deslizar el clítoris hacia arriba y hacia abajo, tocando el glande cíclicamente.

Otras dos maneras de llegar al orgasmo es mediante la compresión del clítoris de una mano y con la otra los pezones, alternando dichas compresiones y deslizamientos. O bien, se puede igualmente comprimir el clítoris con una mano y con otra estimular el periné y el ano (Massoni, 1998).

3.4.1.2 Juguetes eróticos. Massoni en su libro *“Sexo la energía fundamental de la vida”* menciona que algunas mujeres no pueden lograr el orgasmo manualmente y en este caso se sugiere el uso de un vibrador, apoyado en los labios, periné, ano y al final sobre el clítoris. Y una vez que la mujer logra el orgasmo, esta debe continuar en esa sesión con la autoestimulación manual, para alcanzar nuevos orgasmos. El uso del vibrador es como un camino suplementario y no debe ser permanente. Por otro lado se puede combinar el uso del vibrador con la introducción de uno o dos dedos (medio o anular) en la vagina, o con la ayuda de un dildo intravaginal, con o sin pilas, para la sensibilización y el logro del orgasmo.

Los vibradores son populares por su variedad de usos: masajes, ayudan a relajarse y a la estimulación corporal general, por lo que no hay razón para sentir incomodidad a la hora de adquirir uno. Compre de preferencia un aparato, sólido, seguro, ligero y silencioso y si tiene pareja vayan juntos a comprarlo.

Heiman y LoPiccolo (2003) recomiendan no usarlo en el agua ni con la piel mojada, pero si la persona gusta puede aplicarse aceite en el cuerpo, al utilizarlo se puede comenzar explorando de arriba abajo, es decir de cabeza a pies, y después centrarse en genitales. Al inicio ensaye variando la presión, los movimientos y la ubicación del vibrador ya que puede sentir incomodidad del mismo debida a la intensidad de las vibraciones.

Por otro lado Béjar (2011), hace mención de los dildos, los cuales se pueden utilizar durante la masturbación femenina, para hacer presión en las paredes vaginales o anales, para obtener mayor placer, esto se puede hacer tanto solo como con pareja. En cuanto a las formas, hay variedad, no todos tienen por qué asemejarse a un pene, se debe tener cuidado con el diámetro y longitud, además de los materiales, debes elegir el que más se acomode a ti. Se recomienda usarlos con preservativo, untarlos con lubricante y tener una buena higiene.

Otro tipo de juguetes que también se pueden utilizar para incrementar el placer son las bolas chinas, las cuales no solo sirven para tonificar la vagina. Estas se pueden utilizar mientras se realiza una autoestimulación del clítoris, introduciéndolas en la vagina y posteriormente hacer presión de los músculos pubocoxígeos, lo que puede llevarte al clímax. Por otro lado, las bolas tailandesas o anales pueden ser utilizadas mientras se realiza una autoestimulación del clítoris. Normalmente las bolas tailandesas son más pequeñas que las chinas y llevan un dispositivo de seguridad en la parte que queda afuera del cuerpo para evitar que se escapen hacia adentro.

Cabe señalar que el uso de estos juguetes sexuales, puede ser de manera individual o con pareja.

3.4.1.3 Juego entre dos. En esta técnica participa la pareja de la mujer, en la estimulación para que ella alcance el orgasmo, aunque en si el fin de tales técnicas no son el orgasmo solamente, sino como mencione con anterioridad el descubrimiento de nuevas zonas de placer.

Aquí la mujer debe estar acostada de espaldas con las piernas abiertas y flexionadas, los pies apoyados en la cama o el piso, mientras que su pareja estará sentada frente a ella o recostada a un lado observado la escena, posteriormente la pareja estimula a la mujer, ella dirige con sus manos las manos de su pareja y las detiene en los puntos que producen más placer.

Una vez realizado lo anterior se puede proceder ahora a una estimulación compartida, es decir, ambos estando recostados sobre las almohadas, frente a frente, con las piernas entre abiertas autoestimulándose cada uno, manualmente o con apoyo de vibradores. Pueden o no ver vídeos eróticos o pornográficos (Massoni, 1998).

3.4.2 Anorgasmia Masculina.

Las técnicas para esta disfunción ya fueron mencionadas anteriormente, entre ellas están la focalización sensorial, referida en la página 58 y 59, la terapia racional emotiva referida en la página 80, el uso de material erótico y uso de fantasía que tanto Massoni como Heiman y LoPiccolo lo mencionan en la estimulación femenina pero en este caso será aplicado al varón.

3.4.3 Eyaculación retrógrada

Rubio (1998) menciona que es cuando la eyaculación se va hacia la vejiga urinaria en lugar del meato uretral. Generalmente a consecuencia de enfermedades físicas como la diabetes mellitus, intervenciones quirúrgicas como algunas formas de prostatectomía o medicamentos como la tioridazina.

Si la eyaculación retrógrada es causada por un medicamento, basta con suspenderlo, pero cuando es causada por diabetes o se presenta como

consecuencia de una cirugía del tracto genitourinario, puede responder a la utilización de medicamentos similares a la epinefrina, tales como la pseudoefedrina o imipramina.

3.5 Técnicas Psicosexuales en disfunciones catalogadas como universales (Vaginismo y dispareunia)

En este apartado se mencionan algunas técnicas psicosexuales que son útiles para el manejo de vaginismo y dispareunia, pero antes de ello se comienza haciendo una pequeña descripción de los términos y grados en que estas disfunciones se presentan.

3.5.1 Vaginismo y dispareunia

Braun y Aldana (2009) mencionan que el **vaginismo** es un estado de espasmo o constricción involuntaria de la musculatura que rodea la abertura vaginal y el tercio externo de la vagina, y ocurre justo antes del intento de penetración, impidiendo el coito aunque la erección sea firme, y por mucho que haya lubricación y deseo consciente de ser penetrada. El primero en utilizar este término fue el ginecólogo James Marion Sims en 1861.

Aunque no solo la vagina puede experimentar esta constricción ante el pene, si no ante la introducción de dedos de la pareja, los propios dedos en la masturbación, o al intentar introducir algún ovulo, incluso también puede cerrarse ante objetos como tampones, el espejo del ginecólogo o un simple hisopo.

Francisco Cabello menciona una clasificación sobre los grados de vaginismo que una mujer puede presentar:

- Leve: las relaciones sexuales son placenteras, puede haber orgasmos, pero no hay penetración vaginal en ocasiones es posible meter un dedo en la vagina o a veces puede haber penetración anal.

- Moderado: hay placer en el juego erótico, pero no es posible introducir ni un dedo.
- Grave: no puede ser penetrada y además rechaza todo lo que tenga que ver con el coito, por lo q suele evitarlo.
- Muy grave: hay miedo exagerado ante la sola idea de una posible relación sexual, no logra excitarse y puede presentar fobia.

Por otro lado Alma Aldana menciona que la **dispareunia** es un dolor muy agudo tras el intento de penetración y puede ocurrir durante la excitación, en la meseta, junto con el orgasmo o en la fase de resolución, y este dolor no sólo se puede presentar en la vagina, sino también en los labios mayores y menores, en el introito o dentro de la pelvis.

Hay distintos tipos grados de dispareunia, desde la molesta soportable que permite la penetración y en la que incluso se puede alcanzar el orgasmo, hasta casos muy graves donde el solo roce de un dedo o de la lengua en la vulva causa un dolor insoportable por lo que la mujer evita toda actividad sexual. Tanto en el vaginismo como la dispareunia dependiendo de si siempre se ha presentado la disfunción o de si primero no se presentaba y posteriormente si se clasifica en primario o secundaria.

Eusebio Rubio (en Aldana, 2009) menciona que casi siempre ambas disfunciones van juntas, aunque si puede haber dispareunia sin vaginismo. Las mujeres pueden experimentar angustia, ansiedad, frustración, miedo a los siguientes intentos de penetración, baja autoestima, problemas de pareja y en casos extremos, abstinencia sexual.

Las causas del vaginismo y la dispareunia pueden ser orgánicas, psicologías y sociales, pero en este caso me enfocare a causadas por el consumo de algún fármaco, en este caso los fármacos que comúnmente provocan estas disfunciones son los antihistamínicos y fenotiacinas.

A continuación se mencionan algunas técnicas que pueden ayudar en el tratamiento de vaginismo y dispareunia.

3.5.1.1 Jugando con tu placer. El placer solo se logra con el autoconocimiento, es decir que es nuestra responsabilidad saber que nos gusta y qué no, conocer nuestras sensaciones y conocer nuestro cuerpo. Así que en esta técnica se trata de que nos pongamos en contacto con nuestro placer, para ello debemos de realizar lo siguiente (Aldana, 2009):

- Elige un día en el que te sea posible estar a solas y tranquila durante un par de horas, pues tendrás una cita contigo misma, pon música tranquila y suave, iluminación tenue, sírvete una copa de vino si así lo deseas, pon sábanas limpias o estrena unas. Trata de que esa experiencia de sensaciones sea placentera para ti. Cuando consigas un estado placentero métete a la cama, lo más cómoda que puedas, y comienza a tocar tu cabello, huélelo, siente su textura, cierra los ojos y tócate con la punta de tus dedos toda tu cabeza lentamente, empezando por tu frente, tus cejas y tu boca. Acaricia los lóbulos de tus orejas y el filo de tu nariz. Ve descubriendo todo tu cuerpo hacia abajo, percibe la temperatura de tu piel, la suavidad de algunas zonas, como los hombros debajo de las axilas y tárdate todo lo quieras. Recorre tus piernas, tus rodillas hasta la punta de tus pies. Solo al final tocarás tus pechos para reconocer la textura de su piel, que siente tu aureola y tu pezón. Por último toca tus genitales buscando sensaciones, juega sin miedo, se trata de que descubras las sensaciones que encierra tu cuerpo, sin importar necesariamente que sean placenteras; sobre todo si nunca lo has hecho.
- Haz una segunda cita contigo misma, y repite todo lo anterior, pero ahora al llegar a los genitales, trata de descubrir sensaciones agradables a ti. Averigua donde te gusta más ser tocada, ¿en los labios menores?, ¿en el vello púbico?, ¿en el clítoris?, ¿en dónde las caricias son más excitantes o placenteras? Cuando encuentres las zonas y el tipo de caricias que más placer te producen, sigue estimulando ahí hasta ver qué pasa. Repite un mínimo de 7 ocasiones hasta que te sientas cómoda.
- Acuéstate desnuda, cierra la puerta y cuida que no haya nadie que pueda distraerte. Apaga el celular, procura que los niños estén en la escuela. Es

un tiempo para ti sola. Si lo deseas prende algún incienso ó velas aromáticas. Córtate las uñas al ras, ponte un poco de gel en el dedo meñique, y coloca la punta de este en la entrada de tu vagina. Ahora ábrela y ciérrala haciendo los ejercicios de kegel (mencionados en la pág. 77), y permite que la vagina tome tu dedo, absorbiéndolo hasta la primera falange. Relájate, pon muy suave la mano y el brazo y verás que tu vagina puede tomar tu dedo sin ningún problema. No empujes el dedo y déjalo ahí quieto. Ahora repite nuevamente los ejercicios de kegel y permite que el dedo se introduzca un poco más hasta lograr una penetración profunda y luego de un rato retíralo con cuidado. Repite el ejercicio diariamente por una semana.

- En las circunstancias de soledad y tranquilidad que ya conoces comienza a jugar ahora con los demás dedos, introduciéndolos uno a uno al ritmo que necesites. Se recomiendan seguir con el dedo índice. El primer día solo la primer falange, al día siguiente todo el dedo; luego el dedo anular y por el último el medio. Se recomienda no meter más de un dedo por día, siempre usando gel.
- Una vez que te hayas familiarizado con las sensaciones que te provoca el tocarte e introducirte los dedos en la vagina, busca tu orgasmo como antes lo hayas encontrado o como creas que lo puedes alcanzar. Es importante que durante la experimentación del orgasmo, estés plenamente consciente de qué músculos se contraen dentro de tu vagina, porque cada mujer es única y solo tú puedes saber que te produce más placer. Averígualo sola para que se lo puedas comunicar a tu pareja.

3.5.1.2 Experimentando con objetos. Esta técnica aplicada para vaginismo y dispareunia, se trata de introducir, con gel un objeto pequeño y suave, por ejemplo un tampón, una manguera de látex delgada o un dildo pequeño. Lo importante es que el objeto sea suave, inofensivo y algo flexible. Recuerda la higiene para evitar infecciones. Déjate guiar por tu imaginación. Deja

que tu vagina tome el objeto poco a poco, también puedes empujar si lo deseas pero delicadamente sin forzarte. Una buena táctica es apretar los músculos y luego soltarlos y al mismo tiempo empujar el objeto unos milímetros, suavemente al tiempo que exhalas, volver a apretar los músculos sin mover el objeto, soltarlos y empujar otra vez. Cuando logres introducir el objeto, haz ejercicios de kegel por unos minutos. Repite todos los días por una semana.

Puedes cambiar de objeto y buscar cada día uno un poco más grande que el anterior.

3.5.1.3 Jugando con la pareja. El objetivo es darse un masaje el uno al otro por turnos. Los dos deben sentirse a gusto, por lo que él tiene que escoger la iluminación que prefiera, su música, sus aromas, su bebida, lo que a él haga sentirse cómodo. Cada uno debe elegir el aceite para masaje que prefieran. Se recomienda una hora para cada uno. Comienza a tocarlo desde el cabello hasta los dedos de los pies sin tocar genitales, permitiendo que él exprese como le gusta ser tocado, debe dirigir tus movimientos. Luego los papeles se invierten, tu pones el escenario que te gusta y él te da el masaje, dirigido ahora por ti. No se vale que te toque los senos y los genitales. Tampoco se permite tener orgasmo. Dirige a tu pareja para que explore tu vulva, es decir, tiene que prestarte su mano sin poner resistencia ni hacer un movimiento independiente, como si estuviera completamente dormido para que tú con su mano te toques por ti misma por fuera, iniciando por el monte de venus, por los labios mayores y menores, por el capuchón del clítoris y ve avanzando conforme te vayas atreviendo, no te enojés si él se cansa o se queda dormido. Repite el ejercicio por tres días.

Como en el ejercicio anterior (jugando con tu placer), ahora tu vagina tomará los dedos de tu pareja. Para ello deben estar ambos muy relajados. Cuando te sientas lista, pon la punta de su dedo meñique con gel, en la entrada de tu vagina y deja que ésta lo tome, exactamente igual como hiciste cuando comenzaste a tomar tus propios dedos. Es importante que él no haga ningún movimiento, meter solo la primer falange y cuando esté dentro haz los ejercicios de kegel.

En una segunda sesión repite todo lo anterior pero ahora toma con tu vagina todo el dedo meñique de tu pareja. Cuando hayas dominado este ejercicio, podrás irlo repitiendo con el resto de sus dedos, igual como hiciste con los tuyos: Del meñique, el índice, el anular y por último medio.

3.5.1.4 Extinción de la respuesta vaginal condicionada. Master y Johnson (en Kaplan, 2002) mencionan diferentes procedimientos para desensibilizar el introito vaginal, el método consiste en la inserción suave en la vagina de catéteres graduados. Algunos clínicos emplean catéteres de goma y otros recomiendan el uso de catéteres de vidrio. El catéter utilizado en la primera dilatación suele ser del diámetro de un alambre. Cuando la persona lo tolera, fácilmente se introduce el número siguiente. El catéter se va haciendo más ancho a medida que progresa el tratamiento, de tal manera que el último catéter que se utiliza antes de intentar la intromisión tiene la circunferencia de un pene erecto. A veces se aconseja a la paciente que retenga el catéter intra vaginalmente durante cierto tiempo, y a veces toda la noche, a fin de facilitar el proceso de descondicionamiento.

Cuando la paciente es capaz de tolerar la inserción de los catéteres más anchos, se intenta el acto sexual. Se le dice que guíe con la mano el pene de la pareja hacia la abertura vaginal mientras que a él se le pide se abstenga de hacer movimientos exigentes y activos durante las primeras experiencias de penetración.

CONCLUSIONES

- Podemos mencionar que el presente trabajo es la base para futuros estudios acerca de cómo a través de una variedad de técnicas psicosexuales se puede coadyuvar al tratamiento de los efectos adversos de algunos fármacos en las diferentes fases de la respuesta sexual humana. Al ser un estudio demasiado amplio, este material será de utilidad en investigaciones específicas sobre las alteraciones en la respuesta sexual humana secundaria a fármacos, ya que hasta el momento, en el país es un campo deficiente y poco demandado por profesiones de la salud en el manejo de medicamentos, la manera de encontrar las disfunciones ocasionadas y la manera de conducir al público a encontrar ayuda especializada.
- Es importante tener un criterio amplio acerca de los diferentes modelos de respuesta sexual humana basado algunos exponentes de la materia. Los cuales abarcan modelos desde dos fases como el mencionado por Havelock Ellis (1906), pero que sólo hizo estudios en varones, por el contrario Kaplan también propuso un modelo bifásico (1974), la cual si hace mención que los cambios ocurren tanto en hombres como en mujeres, y Kaplan en 1982 agrega una fase más que es la del deseo, pasando su modelo bifásico a ser trifásico. Por otro lado Kinsey entre los años 1948 y 1953 también propuso un modelo trifásico, pasando a ser de 4 fases con la propuesta de Masters y Johnson donde ellos presentan tanto el esquema femenino como el esquema masculino (1966), y Reich (1945) menciona el modelo de cinco fases y tres momentos de la respuesta sexual aplicado para ambos sexos, al igual que John Bancroft en 1983 propone su modelo pentafásico tomando en cuenta las aportaciones ya hechas por Masters, Johnson y Kaplan. Así hasta llegar al modelo de seis fases de Juan Luis Álvarez- Gayou (1986), que retoma las 4 fases ya propuestas por Masters y Johnson, donde se habla de diversos eventos fisiológicos con la finalidad biológica de la reproducción, pero que a su vez están implicados un sin fin

de procesos psicológicos personales y sociales ligados igualmente con el manejo de situaciones racional-emotivas privadas o compartidas y por último tenemos a Heli Álzate que en 1987 describe un modelos con 5 fases y 3 planos contribuyendo con ello a que la investigación sobre la respuesta sexual se profundice en aspectos subjetivos y comportamentales de la vivencia erótica.

- El panorama que nos da el conocer los modelos de respuesta sexual humana es amplio en el sentido de que no encasillamos a todos los seres humanos en un molde específico sobre su sexualidad. La diversidad de criterios en este aspecto da como resultado la necesidad de profundizar tanto en los aspectos fisiológicos como comportamentales de la vida erótica humana. Las diversas opiniones sobre estas fases de respuesta sexual, favorecerán al desarrollo de nuevos estudios sobre una aproximación terapéutica psicosexual y la complejidad de las disfunciones sexuales, con el fin de mejorar la calidad de vida sexual en las personas.
- Sin embargo en lo particular para este trabajo descriptivo –retrospectivo se tomó en cuenta el modelo de Álvarez Gayou ya que proporciona una guía esquemática para comprender la fisiología de las disfunciones sexuales, lo que que facilita al abordaje terapéutico de las mismas. Que en este caso se enfocaron aquellas que fueron causadas por algún tipo de fármaco.
- Por otra parte en este trabajo se presentó una revisión acerca del efecto de algunos grupos de fármacos empleados en la práctica diaria de la medicina, sobre cada una de las distintas fases de la respuesta sexual, para fines prácticos se mostraron en tablas. Sin duda los grupos de medicamentos que más comúnmente se vincularon a dichos efectos colaterales en la sexualidad son los depresores del sistema nervioso central, los antihipertensivos, los antidepresivos, los compuestos hormonales, los neurolépticos, los quimioterapéuticos para cáncer y los empleados en cardiopatías crónicas.

- Aun con todas las investigaciones realizadas al respecto de los efectos adversos de los fármacos en la vida erótica , no se ha podido establecer con precisión el mecanismo fisiopatológico de afectación de la respuesta sexual. Rubio (1998) menciona cinco posibles mecanismos de afectación de la misma, a través del bloqueo de los receptores colinérgicos, de los receptores dopaminérgicos, de los antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos, del bloqueo de los receptores serotoninérgicos y a través del impacto sobre los sistemas de neurotransmisión central, que regulan el eje hipotálamo pituitario gonadal.
- Por consiguiente se describieron una serie de técnicas psicosexuales que coadyuvan al tratamiento médico y psicoterapéutico de base. Las cuales tienen como objetivo antes que nada no causar más daño, plantear una alternativa terapéutica, normalizando a cada miembro de la pareja, disminuir culpas, fomentar la responsabilidad entre la pareja sobre sus conductas y sentimientos eróticos, fomentar el esparcimiento, la tranquilidad, la comunicación emocional, mental y espiritual entre ambos lo que los conducen al pleno placer a nivel sentimental y físico. Desarrollar una verdadera intimidad más allá del simple erotismo, es decir poner en contacto a cada ser humano con sus valores y permitir el estado de confianza recíproco en la pareja, todo lo anterior mencionado facilitara la realización de cualquier técnica psicosexual que se proponga.
- Finalmente las técnicas que se expusieron en dicho trabajo son una recopilación de varios terapeutas sexuales, psicoterapeutas e investigadores del área de la salud sexual, sin embargo se hicieron las debidas adaptaciones, dado que no solo se enfocan a un solo tipo de pareja a eso refiriéndose a que son aplicables tanto para parejas heterosexuales como homosexuales y según quien de los dos presente la disfunción, aclarando que son herramientas que tienen que ir de la mano de un proceso multidisciplinario de terapia donde intervengan diferentes especialistas, esto dependiendo del origen de la disfunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Sandoval, E. (2003). *Sexualidad y pareja. Acerca de los vínculos afectivos, eróticos y sexuales*. Puebla, México: Siena.
2. Alberoni, F. (2006) *El erotismo*. Barcelona, España: Gedisa
3. Aldana A. y Braun M. (2009) *Sexo sin dolor*. 1ª Ed. México D.F.: Grijalbo.
4. Álvarez-Gayou J. L., Sánchez G.D. y Delfín Lara F. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: Manual Moderno.
5. Álvarez-Gayou, J. (1996) *Sexualidad en la pareja*. México: Manual Moderno
6. Arango, I. (2008). *Sexualidad Humana*. México: Manual moderno
7. Azcárraga G. (2001) *Sexología básica: guía para la educación sexual*. 3ª Ed. México: Prensa médica mexicana.
8. Barrios, D. (2005). *En las alas del placer. Como aumentar nuestro goce sexual*. México: Pax.
9. Barrios, D. (2008). *Resignificar lo Masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México: Vila editores.
10. Carey Chris, J. (2006) *Efectos farmacológicos sobre la función sexual*.
Extraído:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/2v033n0004a00743.pdf>
11. Chia M. y Abrams A. D. (1999). *El hombre multiorgásmico*. España. NEO Person.
12. Chia M. y Carlton R. (2003). *La mujer multiorgásmica*. España: NEO Person.
13. Chia M., Abram D. y Abrams R. (2001). *La pareja multiorgásmica*. España: Neo Person.
14. Daray, M. F., Pérez Roldán M. L. y Rebok F. (2012) *Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo*. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Vol. 17 (3) p.p. 213 - 226.

15. De Bejar S. (2011) *Tu sexo es tuyo. Todo lo que debes de saber para disfrutar de tu sexualidad*. México: Océano.
16. Dumay R. (2001). *Cómo hacerle el amor a un hombre*. 23ª impresión. México: DIANA.
17. Emme, M. (2000). *Técnicas de masturbación para el hombre*. México: Martínez Roca.
18. Fisher H. (2007) *Anatomía del amor. Historia natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio*. Barcelona. España. Anagrama.
19. Gutiérrez Serrano J. L. (2010). *Prácticas eróticas y sexuales. El devenir de la Ipsación*. México: Dirección de Fomento Editorial.
20. Hardman J., Limbird L., Molinoff P. y Cols. (1996) *Goodman & Gilman. Bases farmacológicas de la terapéutica*. 9ª edición. México: Mc Graw – Hill.
21. Heiman R. J. y Lopiccolo J. (2003) *Para alcanzar el orgasmo. Un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer*. México: Grijalbo.
22. Hopper A. (2004) *Sexo*. 1ª Ed. México: Oceano.
23. Hooper A. (2004) *Guía del Placer Sexual*. 4ª Ed. México: Diana.
24. Hooper A. (2004) *Los mejores juegos de Sexo*. Singapur: Diana.
25. Hurtado F., Escrivá P., Catalán A. (2002) *Fármacos y disfunción sexual*. Rev. Medicina Psicosomática Vol. 12 (10) p.p.62- 63.
26. Kaplan S. H. (1988). *Disfunciones Sexuales. Diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustias sexuales*. México: Grijalbo.
27. Kaplan S. H. (1994) *Manual ilustrado de terapia sexual. La solución a los trastornos más comunes*. México: De Bolsillo.
28. Kaplan S.H. (2001) *La eyaculación precoz. Cómo reconocerla, tratarla y superarla*. Barcelona, España: Grijalbo.
29. Kaplan S. H. (2009) *La nueva Terapia Sexual 1*. Madrid, España: Medicina y Salud. Alianza Editorial.
30. Kaplan S. H. (2010) *La nueva Terapia Sexual 2*. Madrid, España: Medicina y Salud. Alianza Editorial.

31. Kolb, Lawrence C. (1977) *Psiquiatría Clínica Moderna* 6ª Ed. Rev. México: La prensa Médica.
32. Kolodny C. R., Master W. H. y Johnson V. (1983) *Tratado de Medicina Sexual*. México: Aguilar.
33. Kolodny C. R., Master W. H. y Johnson V. (1996) *Eros. Los mundos de la Sexualidad*. Barcelona, España: Grijalbo.
34. Komisaruk B., Beyer Flores C. y Whipple B. (2008) *La ciencia del orgasmo. La naturaleza Humana y los mecanismos del placer*. Barcelona: Paidós Iberica.
35. Lacroix N. (2005) *El arte del sexo Tântrico. Técnicas y rituales para intensificar el placer sexual*. Hong Kong: Ediciones B grupo Zeta.
36. Lopiccolo, J., Heiman, R. J. y Lopiccolo, L. (1988). *Disfruta de tu cuerpo*. México: Pax México.
37. Maltz W. y Boss S. (1998). *El Mundo Íntimo de las Fantasías Sexuales Femeninas*. España: Paidós.
38. Massoni, R. (1998). *El Sexo. La energía Fundamental de la Vida*. México: Aguilar.
39. Master, W. H. y Johnson, V. (1981) *Incompatibilidad Sexual Humana*. Buenos Aires Argentina: Inter- Médica.
40. Master W. H., Johnson V. y Kolodny C. R. (1987). *La sexualidad Humana* 2ª Ed., Tomo 2. Barcelona España: Editorial Grijalbo.
41. Master, W. H., Johnson V. y Kolodny C. R. (1987). *La sexualidad Humana* 2ª Ed., Tomo 3. Barcelona España: Editorial Grijalbo.
42. Mc Cary, J. y cols. (2000) *Sexualidad Humana de McCary* 5ª ed. México: Manual Moderno.
43. Morgenstern, M. (2001). *Como hacerle el amor a una Mujer*. México: Diana.
44. Morin, J. (1997). *La mente Erótica*. México: Aguilar
45. Navarro A. R. (2005) *Psicoterapia Corporal y Psicoenergética. Principios y Técnicas*. 2ª ed. México: Pax México.
46. Ochoa, A. (20006) *Juegos en pareja de Anabel Ochoa*. México: Aguilar.

47. PLM (1998) *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas* 44ªEd. México.
48. Rowan L. Edward (2000) *Los placeres del autoerotismo*. México: Alamah.
49. Rodrigues Jr. O.M. y Monesi A. (2000) *Revista Terapia Sexual. Clínica – Pesquisa e Aspectos Psicossociais : A essências Florais no Tratamento das Disfunções Sexuais*. Vol. 3 (1) pp. 62-78.
50. Rodrigues Jr. (2004). *Tratamiento Psicoterapéutico de la Disfunción Erétil*. En Glin S. et al. *Disfunción Sexual Masculina*. Instituto H. Ellis Vol. 3 (1) pp. 263- 265.
51. Rubio Auriol E., Pérez Fernández C. J. (1998) *Antología de la Sexualidad Humana Tomo III*. México: Porrúa
52. Rubio Auriol E. y Díaz M. J. (1997) *PAC Psiquiatría – 1 Maneo clínico de la problemática sexual*. México: Intersistemas.
53. Useche Aldana (2005) *Medicalización, Erotismo y Diversidad Sexual: una crítica al DSM-IV*. *Sexología Integral*. Vol. 2 (1) p.p. 36-42.