



**Asociación Mexicana de Tanatología, A.C**

---

**“SEXUALIDAD EN EL  
PACIENTE ONCOLÓGICO”**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMADO**

**EN**

**TANATOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**ANA LUISA GÓMEZ DÍAZ**



*Asociación Mexicana de Educación  
Continua y a Distancia, A.C.*

México D. F., 24 de Marzo de 2015

Dr. Felipe Martínez Arronte

Presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología,  
A.C.

Por medio de la presente le informo que revise y  
apruebe la tesina que presenta:

**Ana Luisa Gómez Díaz**

Integrante de la generación 2014-2015

El nombre de la tesina es :

**SEXUALIDAD EN EL  
PACIENTE ONCÓLOGICO**

Asesor de la Tesina

**Lic. Oscar Tovar Zambrano**

## DEDICATORIA

Agradezco a mi compañero de viaje Chucho por su amor,  
apoyo, paciencia y comprensión.

Gracias a mis maestros Rodrigo y Chuchín

Agradecimiento a mi director de tesina

Lic. Oscar Tovar Zambrano

y a las personas que colaboraron a la realización de esta  
tesina.

<i>DEDICATORIA</i>	3
CAPÍTULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II	15
JUSTIFICACIÓN UNA VISIÓN HUMANISTA DE LA SEXUALIDAD	15
CAPÍTULO III	21
OBJETIVOS	21
POBLACIÓN	26
MATERIALES Y MÉTODO:	26
RESULTADOS:	29
Tabla 1: Datos demográficos.	29
Tabla 2: Localización del cáncer	31
Tabla 3: Momento evolutivo del cáncer	32
Tabla 4: Síntomas	32
Tabla 5: Comportamiento sexual	33
Tabla 6: Tipos de cáncer y comportamiento sexual	34
Tabla 7: Comportamiento sexual en cáncer primitivo y cáncer metastásico.	36
Tabla 8: Conducta sexual	37
Con relación a la localización del cáncer.	39
En cuanto al momento evolutivo de la enfermedad.	39
Estado emocional.	40

CAPÍTULO IV	42
CÁNCER Y SEXUALIDAD – ONCOSEXOLÓGICA	42
ENEMIGOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO:	43
BENEFICIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO:	43
VIDA SEXUAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA:	44
VIDA SEXUAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:	44
EROTISMO DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:	45
FEMINEIDAD DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:	45
ROL SOCIAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:	46
RECOMENDACIONES PARA INTERROGAR LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	46
FRECUENCIA Y TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS PERSONAS CON CÁNCER	47
SALUD SEXUAL Y REHABILITACIÓN SEXUAL	48
CAPÍTULO V	49
CICLO PSICO FISIOLÓGICO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA	49
ASESORAMIENTO SEXUAL	50
EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER	51
SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS SEXUALES CAUSADOS POR EL CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS	51
DESAJUSTES EN EL DESEO	52
DISMINUCIÓN DEL IMPULSO SEXUAL	52
DISPAREUNIA	53
ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS SENTIMIENTOS	54

CAPÍTULO VI	55
SEXUALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL	55
CAPÍTULO VII	58
AMOR, PAREJA Y EROTISMO	58
LA PASIÓN	59
LA CARENCIA DE LOS TRES ELEMENTOS IMPLICA EL NO AMOR	60
EL AMOR ROMÁNTICO	61
AFFECTIVIDAD	63
CONVIVENCIA	63
EROTISMO	63
RESPUESTA SEXUAL HUMANA	63
CAPÍTULO VIII	65
IDEAS SENCILLAS PARA DEVOLVERTE LAS GANAS DE UN ENCUENTRO APASIONANTE	65
TÉCNICAS PARA INCREMENTAR EL DESEO SEXUAL	66
OBJETIVO	66
LA LIBIDO Y LA AUTOESTIMA	67
LA QUÍMICA DEL CUERPO	67
CAPÍTULO IX	70
LA SEXUALIDAD EN LA PAREJA ESTABLE	71
LA DIFICULTADES DE LA CONVIVENCIA	71

EL HOMBRE, LA MUJER Y LA MADUREZ	71
POR QUE LAS MUJERES SUELEN SER MAS MADURAS QUE LOS HOMBRES	72
POR QUÉ LOS HOMBRES SUELEN SER MENOS MADUROS QUE LAS MUJERES	72
CAPITULO X	76
ACOPLAMIENTO SEXUAL	76
LOS VALORES SEXUALES	76
CONGRUENCIA SEXUAL	77
LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA	79
VIVENCIA FEMENINA DE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA	79
VIVENCIA MASCULINA DE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA	80
REFLEXIONES PARA HOMBRES SOBRE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA FEMENINA	80
REFLEXIONES PARA MUJERES SOBRE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA MASCULINA	81
CAPÍTULO XI	82
COMPETENCIA SEXUAL	82
CAPACIDAD	84
MOTIVACIÓN	84
NECESIDAD	84
ACCIÓN	84
SATISFACCIÓN	84
REGLA DE ORO DE LA SEXUALIDAD	85
HAZ TODO LO QUE QUIERAS	85

NO HAGAS NADA QUE NO QUIERAS	86
SIEMPRE DESDE EL DESEO PREVIO	86
DE ACUERDO CON LA PROPIA ESCALA DE VALORES SEXUALES	87
<b>CAPÍTULO XII</b>	<b>88</b>
<b>LA COMPATIBILIDAD SEXUAL</b>	<b>88</b>
CUESTIONARIO DE COMPATIBILIDAD SEXUAL	88
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	89
NIVEL DE ACOPLAMIENTO SEXUAL	89
FIJACIÓN ERÓTICA	90
VIVENCIA SEXUAL	91
LA SATISFACCIÓN SEXUAL	91
PAUTAS PARA PROPICIAR LA SATISFACCIÓN SEXUAL	92
EL MITO DEL ORGASMO SIMULTÁNEO	93
<b>CAPÍTULO XIII</b>	<b>95</b>
<b>LA NORMALIDAD SEXUAL</b>	<b>95</b>
RITUALES SEXUALES DE REFERENCIA	95
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS CUATRO VARIANTES DE LA NORMALIDAD SEXUAL	97
PAREJA TRADICIONAL	97
PAREJA NORMATIVA	98
PAREJA EVOLUCIONADA	98
PAREJA TRANSGRESORA	98
CÓDIGO PARA LA CONGRUENCIA SEXUAL	99



CAPÍTULO XIV	101
LA CRISIS SEXUAL DE LA PAREJA	101
SÍNDROME DE LA PROCREACIÓN	102
INCIDENCIA PSICO-SEXUAL DE LA FASE DE EMBARAZO	102
HOMBRE	102
MUJER	103
EL SÍNDROME DEL PADRE EN EL PARTO	103
SÍNDROME DE PAPÁ Y MAMÁ	104
SÍNDROME DE LA SUBORDINACIÓN SEXUAL	104
SÍNDROME DEL DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL	105
EL AGRAVIO COMPARATIVO	106
CAPÍTULO XV	108
LOS ERRORES SEXUALES	108
LA TAREA	108
EL APREMIO	109
LA SIMULACIÓN	109
EL PLACER EGOÍSTA	110
CAPÍTULO XVI	112
LEY GENERAL DE LA DINÁMICA DEL EGOÍSMO	112
PROCESO DE CONVERSIÓN DEL EGOÍSMO	112
RAZONAMIENTOS	112
FORMULACIÓN CONDUCTUAL	113

EL PLACER ALTRUISTA.	113
<b>CAPÍTULO XVII</b>	<b>114</b>
LA MADUREZ SEXUAL	114
MADURACIÓN PSICOLÓGICA	114
MADURACIÓN SEXUAL	115
EL HOMBRE, EL SEXO DÉBIL	115
LA MUJER, EL SEXO FUERTE	116
ZONAS ERÓGENAS	118
VÍAS ORGÁSMICAS	119
PLACIDEZ SEXUAL	121
<b>CAPÍTULO XVIII</b>	<b>122</b>
PROBLEMAS Y SOLUCIONES SEXUALES	122
LA MONOTONÍA DE LA VIDA COTIDIANA	123
ESTÍMULOS SEXUALES	124
IMÁGENES	124
LOS SONIDOS	124
LOS OLORES	125
LOS SABORES	125
SENSACIONES TÁCTILES	125
LOS AFRODISIACOS	126
RECETARIO DE PLANTAS Y ALIMENTOS AFRODISIACOS	127
<b>CAPÍTULO XIX</b>	<b>131</b>

LOS CAMINOS DEL SEXO	131
CONCLUSIONES GENERALES	133
REFLEXIÓN 1	133
REFLEXIÓN 2	133
REFLEXIÓN 3	133
REFLEXIÓN 4	134
RAZONAMIENTOS	135
PARA LA PERSONA	135
PARA LA PAREJA	135
CAPÍTULO XX	131
GLOSARIO	136
BIBLIOGRAFÍA	146

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Aun hoy el cáncer continua siendo considerado una sentencia de por vida, obligadamente existe un antes y un después de la enfermedad, como en todo proceso patológico, quirúrgico. Es un evento que compromete al ser humano que lo padece en un plano global, todo su ser. Alcanzando a su entorno de vida y relaciones sociales. Es un duro golpe para la moral de la persona que lo padece en donde se ponen a prueba todas sus potencialidades al filo de la duda, la fe, el valor y el miedo a lo desconocido. A esto hay que agregarle el temor al sufrimiento y al deterioro físico, con la dependencia a la que puede ser objeto.

El cáncer es sinónimo de lucha no de muerte. Es sinónimo de un reajuste en la vida del paciente con nuevas oportunidades de enseñanza, aprendizaje y valor por la vida. Su significado; una enseñanza más espiritual y trascendente, que física y mental, donde la esfera psíquica y emocional se pone a prueba conjuntamente con el organismo humano.

El cáncer no es sólo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los pacientes toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan: por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon, el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales.

Padecer cáncer no significa calificar al sujeto como enfermó terminal, porque existen diferentes grados, y con base al estado y clasificación del mismo, es la conducta crítica a seguir. Sin embargo los cuidados paliativos destinados a quienes padecen alguna enfermedad grave, cual sea, obligan a considerar la sanación desde el ámbito energético de la conciencia y del ser que es en su totalidad, sus semejantes, su pareja, hijos, familiares, amigos, trabajo, actividades

recreativas y hobbies. Donde la posibilidad de sanar no sólo el cuerpo si no también la mente, se duplica liberando las barreras de pensamiento que cohíben la realización de todo a aquello que le gustaba, retomando aquellos gustos y pequeños placeres.

La sexualidad no es sólo coito y genitalidad, la sexualidad abarca toda la vida humana en palabras más sencillas; toda persona está marcada sexualmente y no sólo una parte de ellas. El hecho de tener pene o vagina, no son los únicos marcadores de nuestra sexualidad. Es de conocimiento médico que los pacientes con cáncer pueden cursar con múltiples y diversos trastornos sexuales. Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Síntomas y consecuencias de la enfermedad como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultad a la actividad sexual. Otras veces los tratamientos utilizados por su agresividad (quimioterapia, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales sin duda los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual. La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad. Con la reacción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre. Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja, pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona, aún en estadios terminales y aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico que puede adoptar diversas modalidades de penetración. Por ejemplo, un proceso de terapia sexual de pareja donde se enseñe a afianzar el acompañamiento por el significado de transmitir seguridad, amor, lealtad, y no así por la finalidad del acto sexual propiamente dicho, enseñándose en la búsqueda del placer por la vida y los sentidos, investigar y poner en practica programas de rehabilitación sexual, por ejemplo el sexo tántrico, en donde la preparación mental va más allá del deseo. Contemplar, otorgar, recibir y recrearse

de las sensaciones físicas y emocionales literalmente es conectar con cada poro, con cada caricia de la intimidad en pareja.

Esta modalidad de sexo llamado tantra o tántrico es toda una disciplina oriental practicada desde hace más de 5 mil años, desafiando las caricias y plantando la sexualidad como una puerta a resignificar lo que se tenía entendido como sexualidad, en la que se enseñó a prolongar el acto sexual y re canalizar la energía orgásmica, conocer tanto por profesionales de materia de sexualidad humana, médicos, oncólogos y demás especialistas en cuidados paliativos.

Implantar programas de rehabilitación sexual prácticos, económicos y eficientes es un desafío constante. Definimos la rehabilitación sexual como la curación del impacto emocional del cáncer sobre la imagen corporal, la satisfacción de las relaciones y la capacidad reproductiva, la mayor parte de los canceres se producen con más frecuencia a medida que aumenta la edad y muchos pacientes tienen antecedentes médicos que podrían alterar la respuesta sexual (otras enfermedades como diabetes, hipertensión, cardiopatía, hipotiroidismo)

Proporcionar una sexualidad saludable desde el consultorio no es suficiente se requiere de un seguimiento permanente, un esfuerzo extremo donde el paciente se involucre con su cuerpo durante la entrevista, el interrogatorio, la exploración física, como parte de un diagnóstico y tratamiento integral a los males que le aquejan. Y sin importar lo poco que se diga del tema en la mayoría de los pacientes con cáncer, la sexualidad humana siempre se ve golpeada se trate de hombre o mujer, no hay distinción de edad.

Todos y todas merecen vivir plenamente una sexualidad saludable. Los pacientes deben invertir conocimientos de los cambios de su cuerpo, que se manifiesten ante los cambios de su enfermedad, así como tener la confianza el apoyo y la cercanía con sus seres queridos para lograrlo.

*(GÓMEZ, A. L., ALUMNA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA A.C.).*

## CAPÍTULO II

### JUSTIFICACIÓN

#### UNA VISIÓN HUMANISTA DE LA SEXUALIDAD

A pesar de los grandes avances obtenidos en las investigaciones realizadas en los últimos años sobre el tema de la sexualidad, se ha visto y vivido de una manera abierta y desprejuiciada, la realidad es que la sociedad en general esta aún llena de enorme prejuicios y de desinformación al respecto.

El problema es que aunque la ciencia de la sexología ha tenido un gran crecimiento, las actitudes humanas son mucho más difíciles de modificar que los conocimientos; es más fácil para las persona entender algo desde su intelecto, que modificar su manera de vivir, asumiendo su comprensión de su propia sexualidad como la de los demás.

"Para la mayoría es un tema delicado y sensible que resulta impronunciable."

Pareciera que abrirse a mirar la sexualidad de una manera amplia y realista, hace temer la perdida de la propia identidad. Me parece de suma importancia promover la visión de viejas creencias a una nueva visión del ser humano. Lo que se busca con este tipo de postura es que la persona pueda, a través de sus ensayos y errores saber que es lo mejor para ella desde su propia existencia. Y no desde los deseos o creencias de los demás.

El ser humano nace con una tendencia a la auto conservación y a la actualización propia, tiene dentro de sí mismo, todo lo necesario para su preservación y desarrollo.

Se cree también que es muy importante que se confié en la persona para promover su desarrollo; que se le ayude a descubrir sus recursos de manera que pueda confiar en sí mismo y en su propia capacidad para que las diversas

elecciones que realice sean hechas desde una fuente de valoración interna y de acuerdo desde su propia percepción y experiencia.

La sexualidad vivida con conciencia y responsabilidad hace al ser humano más humano, más íntegro y desarrollado. La importancia de promover el desarrollo, la conciencia respecto a su sexualidad, la negación, la represión y el silencio sobre este tema, hace que la sexualidad sea vivida más como algo que detiene el crecimiento, que como algo que lo promueve.

Para que la sexualidad sea vivida con responsabilidad, es indispensable que haya condiciones básicas de libertad de opción y experimentación, también es esencial que la propia persona disponga de apertura para reconocer y valorar las diferentes opciones que se le presentan, hay tres actitudes básicas para generar un ambiente emocional adecuado para que pueda ocurrir un auto conocimiento y la auto aceptación, y son.

- Respeto
- Empatía
- Generosidad

Las necesidades sexuales son parte del gran conjunto de requisitos que el ser humano a de satisfacer y posponer asumida y responsablemente para poder desarrollarse como tal.

En la declaración de la liga mundial para la reforma sexual, el sexólogo Magnus Hirschfeld dice: nosotros creemos que la expresión sexual de cualquier manera sea acordada entre personas de cualquier sexo, debe ser considerada como derecho humano intransferible. Creemos esto, porque creemos que el sexo sin culpabilidad y restricción es bueno, agradable, relajante y provee al espíritu de intimidad humana. Compasión y buena voluntad por que el sexo es intrínsecamente una parte de todo ser humano. Con respecto a la sexualidad es importante no olvidar que la "normalidad" no necesariamente es "salud" desde el punto de vista estadístico, lo normal sería lo que hace la mayoría o lo que la



mayor parte de las veces sucede. En sociedades tan deshumanizadas como en la que vivimos hacer lo que en la mayoría hace y ser como la mayoría es, más bien habla de autodestrucción y de despersonalización que de salud.

La sociedad consciente, en que el ser humano viva sus procesos internos con fluidez y esto solo ocurre cuando actúa en libertad de acuerdo a su propia sabiduría orgásmica.

La salud es, ante todo estar con energía, fluidez, conciencia e integración sean cuales sean las circunstancias en las que nos encontramos, la salud en última instancia es la capacidad de continuar desarrollándonos a pesar de las dificultades y los obstáculos logrando enfrentarlos y sortearlos satisfactoriamente. El criterio de satisfacción esta dado desde nuestro propio organismo a partir de nuestras sensaciones corporales

Es por eso que cada persona es libre de elegir lo que le parezca mejor para sí misma y sus elecciones estarán dictadas por el criterio de su propia experiencia, cada cual en lo particular y en privado, es quien puede establecer lo que le es satisfactorio y lo que no, lo que como ser humano lo construye y lo destruye.

Hay múltiples inquietudes insuficiencias y problemas personales de la pareja alrededor del erotismo de mujeres y hombres. El erotismo elemento de la sexualidad consiste en la potencialidad de vivir, generar y compartir una forma particular del placer, deseo, excitación y orgasmo.

La educación sexual informal habitualmente tiene un signo negativo y se manifiesta perniciosamente en el desarrollo intelectual, afectivo y actitudinal de las personas, a veces esta educación se da por omisión. Por ejemplo: en casa papá y mamá no hablan sobre temas sexuales pues consideran que hacerlo sería perjudicial para el desarrollo de los hijos.

*(Maestra en Orientación y Desarrollo Humano, Muñoz, M, Documento Para Guión De Clase De La Universidad Iberoamericana, México D.F. Año 2000).*

La supervivencia de pacientes enfermos de Cáncer es la preocupación principal al realizar un tratamiento oncológico, en el afán por conservar la vida, se pierden de vista sensaciones que le permitan al enfermo vivir ese tiempo de lucha de la mejor manera sexualidad y prevención de la fertilidad. Son temas que también deberían estar en la agenda de pacientes oncológicos que hay que saber y por qué el rol del oncólogo es tan importante para la buena calidad de vida del paciente. Los avances científicos en tratamientos para combatir distintos casos de cáncer, han aumentado notablemente la tasa de supervivencia de los pacientes. En este contexto, cada vez más es importante que el tiempo que dure el tratamiento el paciente posea una buena calidad de vida. Se le recomienda realizar yoga, meditación, tener un espacio para actividades divertidas y especiales.

La sexualidad es parte natural de la vida humana y como tal las personas que enfrentan tratamientos oncológicos son seres sexuales y tienen o al menos solían tener una vida sexual activa. Pero como el sexo generalmente está asociado con verse bien y ser atractivo, olvidando que los parámetros de atracción no son homogéneos y que el sexo no es solo eso, cuando se está peleando por la vida, la sexualidad parece ocupar un lugar mínimo. Esta tendencia tiende a olvidar una parte importante del sexo: las caricias, la afectividad y las emociones.

“Los hombres y las mujeres tenemos maneras diferentes de procesar las vivencias”, y un tratamiento oncológico no es una excepción. Pero lo que mayormente une, es la personalidad del enfermo y la de su pareja. Las personas con carácter optimista con mayor nivel de tolerancia a las frustraciones y mejor sentido del humor, son las que pueden ver la partecita llena del vaso, en lugar de enfocarse en la parte vacía.

Dependiendo del tipo del tratamiento que deba enfrentarse pueden aparecer diferentes problemas sexuales según el aspecto que la enfermedad comprometa ya que todos los síntomas intervienen en la normal respuesta sexual. Muchas veces son los medicamentos que se prescriben los que más afectan la sexualidad. Fundamentalmente recordemos que los tratamientos oncológicos a través de las drogas quimioterapéuticas ponen el hígado a prueba ya que le exigen

trabajar como nunca en otra situación. El hígado cumple funciones múltiples entre las cuales esta metabolizar y disponer la eliminación de sustancias tóxicas.

Muchas veces el hígado no alcanza a cubrir todas las funciones que el organismo le exige en estas instancias y deja de actuar eficientemente en alguna de sus tareas, y esto provoca la aparición de nuevos efectos secundarios en la vida de los pacientes, como por ejemplo, las hemorragias bucales o nasales, la sensación permanente de estar agotado y los dolores articulares. El hígado puede claudicar en algunas etapas del metabolismo hormonal; se sabe que la quimioterapia retarda la producción de testosterona, que es la hormona responsable del deseo sexual. Además la mayoría de las drogas oncológicas no destruyen solamente las células tumorales si no que afectan también a las sanas, aunque por un tiempo limitado; en este lapso existe una declinación del funcionamiento de casi todos los sistemas. Es por ello que la función sexual esta inhibida durante ese periodo. Los varones suelen perder sus erecciones y las mujeres no sienten deseo ni pueden lograr la excitación sexual.

Sin embargo es importante saber que este tipo de tratamientos no solo pueden afectar la respuesta química y por lo tanto física del cuerpo en una relación sexual, sino que, además, hay factores psíquicos que pueden verse afectados.

Los efectos secundarios de la radioterapia y de la quimioterapia son muy variados y de diferente magnitud en cada persona. Existen efectos secundarios generales como:

- La anemia que provoca fatiga en los pacientes.

- Gastrointestinales, como estreñimiento, diarrea y vómitos.
  
- En la piel, como picazón, sensación de quemadura, escalofríos y ampollas.
  
- Dolor articular.
  
- Sangrado en las encías o por la nariz, como consecuencia del efecto sobre los factores de la coagulación.

Y muchos otros que producen dolor, molestias, malestares y una sensación en los pacientes de sentirse verdaderamente enfermos y muy débiles”. Sumemos esto a los efectos relacionados con la localización del cáncer y la región específica en la cual se realiza la radioterapia. Imaginemos como al verse enfermo y sentirse enfermo impacta en la sensibilidad de una persona, en su manera de verse a sí mismo y de suponer como lo ve su pareja. Se suman factores emocionales, el dolor físico, el miedo a la muerte, la sensación de no poder estar trabajando ni tener control sobre su cuerpo y, muy importante, los aspectos estéticos.

Esto da como resultado que el instinto sexual se retrae dramáticamente. Un paciente piensa “quiero salvar mi vida” y pone toda su conciencia en economizar la mayor energía posible para asegurar su curación o mejoría.

*(GREENNERG O., EDUCACIÓN DE RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SURG CLIN NAM 2009, “PP.” 17, 25 Y 89)*

## CAPÍTULO III

### OBJETIVOS

La sexualidad es un universo simbólico que empieza en la fisiología, atraviesa los tupidos campos de la religión, la psicología, la economía, la política para llegar a la ética.

Es una materia muy personal y significa diferentes cosas para diferentes personas. Las actitudes y los comportamientos sexuales pueden variar enormemente de persona a persona y además cambiar según.

Las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad son una preocupación presente en los pacientes y un desafío para los profesionales, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, pero real y vigente, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento.

Aun hoy, a pesar de los innumerables avances logrados el cáncer continúa siendo considerado como una gran parte de la sociedad, como una especie de sentencia de muerte. A ellos hay que agregarle, el temor al sufrimiento y el miedo al deterioro físico. Por lo cual se cree que lo nombrado es atraído, convocado, llamado, sigue persistiendo en un gran porcentaje de la población una fuerte resistencia a nombrar a la enfermedad con la palabra **cáncer** y en su evitación llegan a ser utilizados una gran cantidad de eufemismos, algunos físicos y otros no tanto. Esta evitación se hace extensiva incluso al contacto con los mismos enfermos es muy común la resistencia al contacto físico que aparece frente a los enfermos oncológicos, sobre todo a aquellos que están más debilitados y especialmente los terminales. Así es, como muchos pacientes se sienten discriminados y condenados a vivir en una especie de aislamiento que los separa del resto de la humanidad.

No debemos sorprendernos entonces que esta serie de prejuicios relacionados con la enfermedad oncológica, traiga aparejada la idea de que, ocuparse de la sexualidad del paciente con cáncer, sea impropio e inadecuado. Esto es de tal forma y esta tan profundamente arraigado que salvo en casos muy específicos como en el cáncer de próstata o el de vulva, es muy difícil que el tema sea abordado, ni siquiera por el médico tratante y, menos aún, por los pacientes. Por otra parte, especialmente en los cánceres ginecológicos, es frecuente que muchas personas creen que la actividad sexual puede llegar a producir daño al paciente, contagiar a la pareja, e incluso interferir con el tratamiento.

A todo esto debemos agregar que la capacidad de seducción del paciente con cáncer se ve seriamente disminuida por todos aquellos cambios que producen la enfermedad en alguna de sus etapas, o por las diversas terapéuticas que son utilizadas. Las lesiones de piel, la alopecia, las mutilaciones, las variaciones en el peso, no solo afectan la imagen corporal, sino que además fomenta la inseguridad y deterioran la autoestima, generando importantes inhibiciones en la conducta sexual del enfermo.

Uno de los aspectos más importantes en la restauración de la calidad de vida del paciente con cáncer es la “rehabilitación” de su vida sexual. Dos de los ciclos de la respuesta sexual en el paciente oncológico, puede ser dañada en cualquiera de sus etapas: deseo, excitación y orgasmo. Esto es debido a la interacción existente entre los factores psicológicos por el diagnóstico y las alteraciones que la enfermedad y sus tratamientos llegan a producir en la estructura hormonal, vascular y neurológica, constituyentes del sustrato biológico de la respuesta sexual.

De cualquier forma no debemos dejar de tener en cuenta, que no es posible comprender la conducta sexual en un paciente, sin conocer y evaluar su historia personal y su sexualidad previa al diagnóstico de la enfermedad, como también su relación de pareja y las características particulares de la misma.

Tal como ocurre en la mayoría de los enfermos crónicos graves, el deseo sexual tiende a decrecer en todos aquellos pacientes con cáncer de larga evolución. Esta pérdida de interés suele estar directamente relacionada con el agobio que produce la prolongada afectación de la autonomía y de la libertad de acción como una lógica consecuencia del simple hecho de estar enfermo durante mucho tiempo. Contribuyen también, la desvitalización progresiva de estos pacientes y la circunstancia de que a medida que el tiempo transcurre, la enfermedad se convierte en el centro de atención, alrededor del cual giran el paciente, la familia e incluso el equipo médico. Poniendo en evidencia un progresivo desinterés hacia otros aspectos de la cotidianidad, que alguna vez fueron placenteros entre ellos el deseo y el goce sexual. La inhibición del deseo sexual también suele presentarse cuando el paciente padece enfermedad depresiva.

Otra posibilidad reside, en que este síntoma sea secundario a los diversos tratamientos, a los que están expuestos los enfermos oncológicos, como la quimioterapia la radioterapia o el uso prolongado de tranquilizantes, analgésicos opiáceos y antieméticos.

La excitación, que está representada en lo somático, por la erección en el hombre, y la lubricación vaginal en la mujer, se encontrará afectada en todos aquellos enfermos que han pasado por tratamientos quirúrgicos y radioterápicos, que lesionan las estructuras biológicas correspondientes, sobre todo si el daño es severo.

En cuanto a la capacidad eyaculatoria, con los tratamientos oncológicos habituales presenta menos compromiso biológico, debido a que el plexo nervioso interviene (nervio pudendo), casi no es afectado o es afectado lo menos frecuente, debido a su localización anatómica, que los plexos implicados en la excitación. Existe descripción de pacientes penectomizados, capaces de eyacular a través de una uretostomía perineal. Debemos remarcar que, la eyaculación retardada o ausente es en general secundaria a tratamientos quirúrgicos o farmacológicos. Rara vez aparecerá sin estar determinada por una causa orgánica. En cuanto a la

falta de capacidad orgásmica es la disfunción sexual más frecuente entre las mujeres de la población general (20% al 40%).

De cualquier forma no se debe restar importancia al factor psicológico, no solo en la respuesta sexual femenina, con la que se le ha relacionado tradicionalmente, sino también con la masculina, ya que es un hecho comprobado que algunos pacientes varones experimentan dificultades sexuales luego de procedimientos quirúrgicos que realmente no afectan el lo más mínimo el sustrato biológico de la respuesta sexual, como ocurre en las reparaciones de la hernia inguinal.

Es un hecho en los hombres jóvenes, la infertilidad postquimioterapia o radioterapia, llega a producir inhibición del deseo sexual por distress psicológico, aun cuando no hubiere afectación hormonal.

En los pacientes oncológicos varones, la pérdida de la función sexual originada por determinados tratamientos, se asocia a las dificultades de los mismos que suelen generar en el área laboral y son vivenciadas como trastornos que afectan a la propia masculinidad.

Tampoco debe olvidarse que si bien el cáncer puede aparecer en cualquier etapa en la vida, su aparición es más frecuente después de los 50 años, y que por lo tanto, los enfermos, por su edad, pueden padecer otras enfermedades tales como: diabetes, el uso de medicación antihipertensiva, enfermedades cardiovasculares, que suelen también interferir con la función sexual.

De acuerdo con la mayoría de los trabajos e investigaciones realizadas sobre el tema, el distress de la función sexual, después del diagnóstico de cáncer, sufre diversas variaciones, acompañando al ajuste emocional general. Frecuentemente esta disfunción puede llegar a presentarse como el único síntoma existente. En algunos pacientes con pocos síntomas emocionales, cuando se realiza una investigación más exhaustiva a la habitual, se evidencia conducta sexual disfuncional, de grado variable, de acuerdo con sus propias características



individuales. Hay que tener siempre muy en cuenta, que los pacientes no relatan con facilidad, las dificultades que pueden llegar a presentárseles en esta área, y que también muchas veces los médicos rehúyen este tema.

También debemos pensar que es muy probable que el cáncer en órganos asociados a la función sexual tendrá una carga psicológica negativa, mucho más fuerte que cuando aparece en otros órganos. La reafirmación de ello está dada en el hecho de que el área más afectada en las pacientes con cáncer ginecológico es la sexual.

También se sabe que la disfunción sexual y que la infelicidad conyugal están frecuentemente asociadas. Pero si bien esto es cierto, debemos acordar que cuando las parejas están sólidamente relacionadas el diagnóstico de cáncer no la afecta ni las erosiona de la misma forma, como en aquellos casos, en los que hay conflictos previos.

En síntesis, los trastornos de la conducta sexual del paciente oncológico, dependerá de numerosos factores, entre ellos, el estadio y localización del cáncer, el tipo de tratamiento realizado, el momento evolutivo de la enfermedad, el grado del deterioro físico que la misma haya producido y los trastornos afectivos que cada enfermo pueda padecer, como ansiedad, depresión, delirio.

*(JA. M, EL ROMPE CABEZAS DE LA SEXUALIDAD, EDITORIAL ANAGRAMA BARCELONA 2012, "PP" 172-174)*

Los objetivos consisten en la estimación de la presencia y tipo de trastornos en la conducta sexual que se manifiestan en los pacientes oncológicos y en la relación de los mismos con los siguientes factores: localización y momento evolutivo de la enfermedad y trastornos emocionales de los enfermos.

## POBLACIÓN

1. Este trabajo fue realizado en base al estudio de las historias clínicas de los pacientes oncológicos atendidos en la unidad psico-oncológica del departamento de psicopatología (centro de educación media e investigaciones clínicas Dr. Norberto Quirón) entre marzo de 1993 y diciembre de 1997.

2. Se incluyeron pacientes oncológicos con cáncer de cualquier localización y estadio tumoral mayores de 18 años, de ambos sexos, con un índice superior a 60 años y que hubieran respondido un cuestionario sobre conducta sexual elaborado a tal fin.

3. Todos los pacientes estaban realizando tratamiento por su enfermedad.

4. Se excluyeron todos aquellos pacientes que previamente al diagnóstico carecían de una vida sexual activa, independientemente de su situación de pareja (transitoria, estable o ausente).

## MATERIALES Y MÉTODO:

1. Cuestionario sobre la conducta sexual, elaborado por el equipo psico-oncológico para sistematizar la información acerca de este tema. Este cuestionario está constituido por 7 ítems: deseo, excitación, orgasmo, masturbación, erección, frecuencia de las relaciones sexuales y valoración subjetiva comparativa del goce sexual. Se consignan en las siguientes categorías según los ítems: presente, ausente, igual, menor, peor, mejor, de difícil logro; en todos los casos el cuestionario fue administrado por el terapeuta psico-oncológica.

2. El estado Funcional de KRANOFSKY: mide el estado físico general del paciente en relación a la enfermedad; capaz de trabajo y actitud normal sin necesidad de cuidados especiales:

**100.-** Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad.

**90.-** Capaz de llevar acabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.

**80.-** Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas.

No apto para el trabajo capaz de vivir en la casa, de satisfacer la mayoría de sus necesidades. Requiere una ayuda de importancia variable.

**70.-** Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar acabo actividad normal o trabajo activo.

**60.-** Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.

**50.-** Necesita una ayuda importante y asistencia media frecuente.

Incapaz de satisfacer sus necesidades, necesita asistencia equivalente a la de un hospital. La enfermedad puede agravar rápidamente.

**40.-** Incapaz de. Necesita ayuda y asistencia especiales.

**30.-** Totalmente incapaz. Necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.

**20.-** Muy grave. Tratamiento activo indispensable.

**10.-** Moribundo y reversible.

**0.-** Muerto.

3. **Estadio de la enfermedad:** se clasifican según los siguientes criterios.

**Cáncer primitivo:** sin metástasis. Con posibilidades de curación.

**Cáncer con metástasis:** con posibilidades de sobrevida larga. Sin posibilidades de curación.

4. Localización del tumor: órgano afectado.
5. Estado emocional: diagnóstico.

## RESULTADOS:

### 1. **Población:** características.

Se estudió una población constituida por 123 pacientes (anexo tabla) de los cuales 26 (21%), no sostenían una vida sexual activa con anterioridad a la enfermedad.

Tabla 1: Datos demográficos.

Variable	Categorías	N	%
	Total	123	100
Sexo	Masculino	39	32
	Femenino	84	68
Edad	Promedio	56	
	Menor edad	25	
	Mayor edad	77	
Estado civil	Soltero/a	14	11
	Casado/a	86	70
	Viudo/a	5	4
	Divorciado/a	18	15
Educación	Primaria	28	23
	Secundaria	56	45
	Terciaria	6	5
	Universitaria	33	27
Ocupación	Desempleados	5	4
	Jubilados	1	9
	Estudiantes	1	1
	Amas de casa	36	29
	Independientes	36	29
	Rel. De dependencia	34	27

1.1 El grupo de pacientes sin actividad sexual previa al diagnóstico de cáncer presento las siguientes características:

Edad promedio: 60 años.  
Menor edad: 38 años (sexo fem.- sin pareja)  
Mayor edad: 75 años (sexo fem.- sin pareja)  
Entre 51 años y 60 años: 34%  
Entre 61 años y 70 años: 38%  
Mujeres: 24 pacientes (92%)  
Cáncer de mama: 14 pacientes  
Otros cánceres: 10 pacientes  
Varones: 2 pacientes (8%)-próstata  
Sin pareja: 15 pacientes (58%)  
Pareja mayor de 70 años: 7 pacientes (27%)  
Pareja menor de 60 años: 4 pacientes (15%)  
Conflicto de pareja: 1 paciente

Estos 26 pacientes se excluyeron del estudio.

1.2 Los resultados que se presentan a continuación, se realizaron con los pacientes que tenían actividad sexual antes de la enfermedad:

**Total de pacientes = 97 (123-26)**

**Mujeres = 60 pacientes (62%)**

**Varones = 37 pacientes (38%)**

**Edad promedio = 52 años**

**Tabla 2: Localización *del* cáncer**

Localización	N	%	Fem.	Masc.	Edad prom.
Mama	32	33	32 = 100%	0	47
.primitivos	19	20	19 = 20	0	
.metástasis	13	13	13 = 13	0	
Ginecológico	8	8	8 = 100%	0	49
.Útero	1	1	1 = 1	0	52
.Ovario	7	7	7 = 7	0	45
Urogenital	12	12	3 = 25%	9 = 75%	60
.Riñón	4	4	2 = 50%	2 = 50%	52
.Vejiga	2	2	1 = 50%	1 = 50%	60
.Próstata	6	6	0	6 = 100%	69
Pulmón	13	13	6 = 46%	7 = 54%	54
Digestivo	21	22	8 = 38%	13 = 62%	55
.Boca	1	1	0	1 = 100%	48
.Esófago	1	1	0	1 = 100%	56
.Estómago	5	5	2 = 40%	3 = 60%	50
.Páncreas	4	4	3 = 75%	1 = 25%	51
.Hígado	2	2	1 = 50%	1 = 50%	60
.Colon	8	9	3 = 37%	5 = 67%	65
Linfoma no Hodking	4	4	1 = 25%	3 = 75%	57
Melanoma Maligno	4	4	2 = 50%	2 = 50%	47
Mieloma	1	1	1 = 100%	0	55
Tiroides	1	1	0	1 = 100%	45
SNC	1	1	0	1 = 100%	54

Los pacientes con cáncer de mama fueron 32 (33%), con cánceres ginecológicos, con predominio en ovario, 8 pacientes (8%), cáncer urogenital, 12 (12%), pulmón 13 (13%), aparato digestivo 21 (22%), el 11% restante padecían cánceres diversos.

**Tabla 3: Momento evolutivo del cáncer**

Variable	Mama		Otros		Total		Fem.		Masc.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primitivos	19	20	56	58	75	78	40	41	35	36
Metastásicos	13	13	9	9	22	22	20	21	2	2
Totales	32	33	65	67	97	100	60	62	37	38

El 78% de esta población padecía cánceres primitivos, siendo el 20% cáncer de mama y el 22% tumores con metástasis, correspondiendo el 13% de ellos a cáncer de mama.

**Tabla 4: Síntomas**

Eje. 1	N	%
V71.09	52	54
309.24	21	22
309.0	14	14
309.28	7	7
V61.1	3	3

“**trastorno adaptativo**” ansioso depresivo padecen conflictos de pareja, previos a la enfermedad que constituían el centro de su interés y preocupación, al punto de que la enfermedad era minimizada y prácticamente no tenida en cuenta.



Tabla 5: Comportamiento sexual

Variable	Categorías	N	%
		97 (123-26)	100
Deseo sexual	Ausente	73	75
	Presente	24	25
Excitación	Ausente	62	64
	Presente	35	36
Orgasmo	Ausente	61	63
	Presente	36	37
Frecuencia de las Rel. Sexuales	Sin cambios	4	4
	Menor	30	31
	Ausente	63	65
Masturbación	Ausente	91	94
	Presente	6	6
Erección	Ausente	24	65
	Presente	10	27
	Difícil	3	8
Por comparación	Peor	89	92
	Igual	7	7
	mejor	1	1

La conducta sexual de los pacientes (frecuencia de las relaciones sexuales) se alteró en un muy alto porcentaje 96%.

Solamente el 4%, mantuvo una frecuencia similar o igual a la de antes de enfermar.

El 92% de los pacientes valoro que la sexualidad de la pareja había empeorado.

Entre los pacientes varones, la erección fue difícil y aun imposible de lograr en el 73 % de los casos.

La inhibición del deseo sexual estuvo presente en más casos que la imposibilidad de la excitación o de lograr el orgasmo.

Tabla 6: Tipos de cáncer y comportamiento sexual

Variables	Categorías	Mama=32		Ginec = 8		Próst = 6		Nefr = 6		Pulm = 13		Diges = 21	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Deseo	Ausente	23	72	6	75	5	83	3	50	10	77	17	81
	Presente	9	28	2	25	1	17	3	50	3	23	4	19
Exc. Sexual	Ausente	13	41	6	75	5	83	3	50	10	77	15	71
	Presente	19	59	2	25	1	17	3	50	3	23	6	29
Orgasmo	Ausente	13	41	6	75	5	83	3	50	10	77	15	71
	Presente	19	59	2	25	1	17	3	50	3	23	6	29
Masturbación	Ausente	29	91	8	100	5	83	6	100	12	92	21	100
	Presente	3	9	0	0	1	17	0	0	1	8	0	0
Frec. Rel. Sex.	Ausente	13	41	6	75	6	100	3	50	11	85	15	71
	Igual	2	6	0	0	0	0	1	17	0	0	1	5
	Menor	17	53	2	25	0	0	2	33	3	23	5	24
Comparación	Igual	2	6	0	0	0	0	1	17	1	8	1	5
	Peor	30	94	8	100	6	100	5	83	12	92	19	90
	Mejor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Erección	Ausente	0	0	0	0	5	83	1	33	4	57	10	77
	Igual	0	0	0	0	1	17	2	67	2	29	3	23
	Difícil	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0

En las pacientes con cáncer de mama quedo evidenciado que si bien la inhibición del deseo sexual, era del 72%, la capacidad de excitación, orgasmo y la frecuencia de las relaciones sexuales estaban menos alteradas que en las pacientes con cáncer ginecológico.

El comportamiento sexual de las pacientes con cáncer ginecológico fue más afectado que el de las pacientes con cáncer de mama.

Observemos que el deterioro de la conducta sexual de aquellos pacientes con patología oncológica digestiva o pulmonar represento un porcentaje importante similar al que evidenciaron los pacientes con patología ginecológica.

Los enfermos de cáncer de riñón de este estudio presentaban trastornos de la conducta sexual, en un porcentaje similar a aquellos pacientes con cáncer mama.

La afectación de la respuesta sexual fue máxima en los enfermos con cáncer de próstata.

Si bien la tabla precedente no refleja la conducta sexual de los pacientes de esta población con linfoma no HODKING (es un tipo de cáncer que se origina en los glóbulos blancos llamados linfocitos y los cuales son parte del sistema inmunológico), la misma fue disfuncional en el 100% de los casos y para todos los ítems

Tabla 7: Comportamiento sexual en cáncer primitivo y cáncer metastásico.

		Primitivos = 75				Me fue distastósicos = 22			
		Mama=19		Otros = 56		Mama = 13		Otros = 9	
variables	Categorías	N	%	N	%	N	%	N	%
Deseo	Ausente	14	74	40	71	10	77	8	89
	Presente	5	26	16	29	3	23	1	11
Exc. Sexual	Ausente	5	26	40	71	8	62	7	78
	Presente	14	74	16	29	5	38	2	22
Orgasmo	Ausente	5	26	40	71	8	62	7	78
	Presente	14	74	16	29	5	38	2	22
Masturbación	Ausente	17	89	52	93	12	92	9	100
	Presente	2	11	4	7	1	8	0	0
Frec.Rel.Sex	Ausente	5	26	42	75	8	62	7	78
	Igual	2	11	1	2	0	0	1	11
	Menor	12	63	13	23	5	38	1	11
Comparación	Igual	1	5	3	5	0	0	1	11
	Peor	18	95	52	93	13	100	8	89
	Mejor	0	0	1	2	0	0	0	00
Erección	Ausente	0	0	25	71	0	0	1	50
	Igual	0	0	8	23	0	0	1	50
	Difícil	0	0	2	6	0	0	0	0

Los pacientes con cáncer de mama primitivo, demuestran en este estudio menor grado de trastorno de la función sexual (relaciones sexuales presentes en el 74%) que el resto de los canceres que tienen un comportamiento similar entre sí.

Los pacientes con cáncer de mama con metástasis muestran un mayor porcentaje de casos con capacidad de excitación orgásmica y también muestran una mayor conservación de las relaciones sexuales (38%) que los porcentajes de enfermos con otros tipos de cáncer y metástasis.

Los pacientes con metástasis, en general (cáncer de mama y otros cánceres) tienen una sexualidad más disfuncional que los pacientes con cánceres primitivos.

Los pacientes que pudieron seguir manteniendo relaciones sexuales. Con igual o menor frecuencia que antes de la enfermedad, fueron en mayor porcentaje aquellos que padecían cánceres primitivos.

**Tabla 8: Conducta sexual**

		V71.09=		309.24 =		309.0 =		309.28 =		V61.1 =	
		52 P		21 P		14 P		7 P		3 P	
Variable	Categorías	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Frecuencia relaciones sexuales	Ausentes	34	66	10	48	12	86	6	86	1	33
	Menor	14	27	11	52	2	14	1	14	2	67
	Igual	4	7	0	0	0	0	0	0	0	0
comparación	Peor	46	88	21	100	14	100	7	100	3	100
	Igual	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0
	mejor	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Los pacientes que no presentaban síntomas de desajuste emocional vieron afectada su conducta sexual con interrupción de las relaciones sexuales en un porcentaje mayor que los que evidenciaron trastornos de ansiedad, pero menor que aquellos con trastornos ansioso-depresivo.

Los pacientes con conflicto de pareja previo a la enfermedad pudieron continuar sus relaciones sexuales en un porcentaje alto (67% aunque con frecuencia disminuida).

La sexualidad humana tiende a ser considerada simplemente, como una función biológica más que con un alto grado de intensidad cuando en realidad, se trata de un complejo proceso. En el cual intervienen múltiples factores y circunstancias, tanto biológicas, psicológicas y sociales, como también ético - valorativas que se interactúan y se integran.

La conducta sexual humana resulta ser entonces, un fenómeno complejo y poli dimensional.

En este estudio queda claramente evidenciado que el cáncer es una enfermedad que afecta el comportamiento sexual de las personas que lo padecen, en una muy alta proporción.

Solamente el 4% de los pacientes conservo la misma frecuencia de relaciones sexuales que tenía antes de enfermar. Es decir que en el 96% de los mismos se afectó su vida sexual.

En cuanto a la valoración subjetiva de la propia sexualidad en términos no solo de frecuencia si no de capacidad de goce sexual, el 92% reconoció que el mismo había empeorado.

La inhibición del deseo sexual se presentó en el 75% de los pacientes, los trastornos en la excitación y el orgasmo, en el 64% y 63% respectivamente. La discordancia entre estos tres parámetros, puede ser explicada por el hecho de que la capacidad de la pareja del paciente para producir una estimulación suficientemente exitosa, puede colaborar en la superación de la inhibición.

En cuanto a la influencia que ejercen algunos factores sobre la actividad sexual de los pacientes, del análisis de la información recabada, surge:

## Con relación a la localización del cáncer.

La conducta sexual fue disfuncional en el 100% de los que padecían cáncer de próstata y linfoma no HODKING.

Los enfermos con cáncer de riñones y de mama presentaron trastornos similares entre sí, mientras que los que padecían cáncer digestivo, pulmonar y ginecológico evidenciaban un porcentaje de deterioro de la función sexual semejante entre ellos.

Por otra parte en las pacientes con cáncer de mama, la frecuencia de las relaciones sexuales estaban menos afectadas que en las pacientes con cáncer de ovario o de útero.

Estos resultados se relacionan muy probablemente con el grado de afectación del estado general y la molestia física que produce cada neoplasia y sus tratamientos (nauseas, vómitos, disnea, dolor, quimioterapias con internaciones prolongadas, neutropenias y asilamiento), en el cáncer de próstata se agregan factores hormonales, otros secundarios a la radioterapia y también factores psicológicos y junto con las neoplasias uterinas y ováricas se debe considerar su relación con el aspecto genital de la sexualidad.

Los pacientes varones evidenciaron disfunción erectiva en el 73% de los casos.

## En cuanto al momento evolutivo de la enfermedad.

Surge que los pacientes que continuaron con su actividad sexual con igual o menor frecuencia, fueron en el mayor porcentaje, los que padecían cánceres primitivos, es decir aquellos que no habían sufrido recaídas a la enfermedad.

Dentro de los primitivos las pacientes con cáncer de mama, con relaciones sexuales presentes en el 74% evidenciaron menor grado de trastorno de la función sexual que el resto de los cánceres.

Las pacientes que padecían dicho cáncer, pero con metástasis, mostraban un porcentaje de casos en los cuales la relaciones sexuales no se habían suspendido (38%) superior al de otros tipos de cáncer.

Si bien el impacto del diagnóstico cuando este se realiza la primera vez, constituye una situación estresante de gran magnitud, la recaída de la enfermedad, lo es aún más, sobre todo si el tiempo de remisión ha sido muy largo, lo que alimenta la convicción de la curación, o muy corto, con lo cual no se da tiempo a la recuperación psíquica. Los trastornos emocionales y sexuales son por lo tanto más importantes en estas circunstancias.

También se debe tener en cuenta, que en general, las pacientes con cáncer de mama, suelen conservar una mejor calidad de vida que los cánceres de otras localizaciones. Es cierto que existe no solo más y mejor información, también existen más y mejores recursos, psicosociales, tales como programas de prevención y rehabilitación para el cáncer de mama que para cualquier otro tipo de cáncer. Es altamente probable que esto influya en la mejor sexualidad que estas pacientes pudieron conservar.

## Estado emocional.

En los pacientes de este estudio el 100% de los que no mostraron alteraciones en la frecuencia de su actividad sexual, y el 47% de los del grupo menor frecuencia, eran personas que no presentaban síntomas psicopatológicos, compatibles con trastornos emocionales.

Los pacientes con trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o ansioso- depresivo, dejaron ambos, de tener relaciones sexuales en el 86% de los casos. En los que presentaban trastorno adaptativo ansioso, el abandono de la actividad sexual, fue menor al (47%). Es decir que los enfermos de este estudio, con cuadros depresivos, presentaban mayor deterioro de funcionamiento sexual, que los cuadros de ansiedad. Pero lo que resulto sorprendente es que el 66% de las personas sin síntomas de trastorno emocional también habían abandonado su actividad sexual, con lo cual es posible inferir que no siempre la conducta sexual



en estos pacientes es secundaria al estado emocional y que por otra parte, las estrategias de afrontamiento implementadas, aparentemente exitosas porque no aparecían síntomas de trastorno afectivo. Lo eran solo parcialmente, ya que el evento traumático representado por la enfermedad, determino sintomatología disfuncional en el área de la conducta sexual.

Estos pacientes, se caracterizaban por la negación de la situación, se sentían poco emocionados por lo que les pasaba y solían considerar como razonable y esperable su inhibición en el terreno sexual, mediante mecanismos de negación, racionalización, intelectualización y también supresión, y por tanto no consultaban a médico tratante por este tema.

De lo expuesto anteriormente surge como una conclusión inevitable, si lo que procuramos es mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer, la importancia del conocimiento por parte del oncólogo, de los comportamientos y actitudes de sus pacientes en el área de la sexualidad.

Para poder lograrlo, siempre deberá tener en cuenta la dificultad de los mismos para expresarse en estos temas y sobre todo la imposibilidad de acceder a ellos sin una sólida relación médico paciente y una alianza terapéutica bien establecida.

*(SHOWER. LR. MONTAGE. DK, LAKING. M.M, CÁNCER PRINCIPALES PRÁCTICAS EN ONCOLOGÍA, EDITORIAL RAVEN, U.S.A 1997 5TA. EDICIÓN SECCIÓN 3 "PP." 857-881)*

# CAPÍTULO IV

## CÁNCER Y SEXUALIDAD

### ONCOSEXOLÓGICA

El cáncer se ha convertido en nuestros días en una enfermedad crónica controlable. La sexualidad es un área importante en la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes al mismo, y es conocido que las disfunciones sexuales son muy frecuentes luego del tratamiento oncológico.

Sin embargo, la mayoría de los médicos temen discutir sobre sexualidad en la consulta diaria, lo que provoca que los pacientes oncológicos no obtengan el cuidado propio y la atención que merecen. Además los pacientes se sienten incapaces de comunicar a sus médicos tratantes los problemas sexuales, y cuando lo hacen necesitan encontrar médicos entrenados en la asistencia a este tipo de disfunciones.

Está demostrado que una vida sexual placentera en estos pacientes provoca menos ansiedad, menor depresión e incomodidad, menor sentimiento de soledad y mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento, mejor capacidad para seguir disfrutando la vida, sentido de crecimiento personal, como resultado de vivir con cáncer y por lo tanto mejores resultados en su salud. Es también una buena forma de lidiar con el enojo y la confusión, y de adherirse a la vida.

Es fundamental tener en cuenta la importancia que tiene promover una vida sexual sana, ya que la verdadera tarea de los médicos clínicos es mejorar la calidad de vida de sus pacientes y en muchos de ellos la satisfacción sexual es un pilar fundamental. Se debe conocer el daño que provoca el propio cáncer (cualquiera que sea) y su tratamiento sobre la función sexual y la intimidad; los médicos deben estar atentos y brindar las soluciones. Deben conocer como diagnosticar las disfunciones sexuales, y sobre todo como abordarlas cuando hay

7situaciones que amenazan la vida. Es necesario saber y aceptar que muchos pacientes eligen continuar el ejercicio de su sexualidad hasta las últimas etapas, y esto es muy positivo para la vivencia de su enfermedad. Por lo tanto los médicos tienen que estar capacitados para apoyarlos y asistirlos para que puedan cumplir con su opción. El paciente debe saber que no es anormal que sienta disturbios.

La oncosexología abarca las disfunciones sexuales de todos los procesos neoplásicos. En este tema vamos a centrarnos en dos de los más estudiados: el cáncer de próstata en el hombre y el cáncer de mama en la mujer.

## ENEMIGOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE

### ONCOLÓGICO:

- La propia astenia provocada por el cáncer.
- Las alteraciones anatómicas.
- La fisiología alterada.
- La reducción de los tenores hormonales.
- Las alteraciones de la fertilidad.

## BENEFICIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE

### ONCOLÓGICO:

- Menor ansiedad.
- Menor depresión e incomodidad.
- Menor sentimiento de soledad.
- Mejor adaptación a los efectos de cáncer y su tratamiento.
- Mejor capacidad para seguir disfrutando la vida.
- Sentido de crecimiento personal como resultado de vivir con cáncer y por lo tanto mejores resultados en su salud.

- Es también una forma de lidiar con el enojo y la confusión, y de adherirse a la vida.

## VIDA SEXUAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA:

Si bien las disfunciones sexuales son una de las consecuencias más comunes del tratamiento de cáncer de próstata, los hombres están menos dispuestos que las mujeres en solicitar ayuda profesional.

A los factores causales biológicos, emocionales y psicosociales que se definen como en el resto de la población normal, se agregan en este tipo de pacientes elementos anatómicos (secuelas post cirugía), fisiológicos (cambios en concentraciones hormonales) y los efectos secundarios de las intervenciones médicas. Todo ocasiona alteraciones del funcionamiento sexual, aun cuando el deseo está intacto.

El tratamiento daña los nervios y vasos sanguíneos por lo que el mismo nivel de excitación de antes tarda mucho más. El orgasmo es sentido como diferente y la eyaculación se retrasa o ausenta. También la rigidez de la erección es mucho menor.

## VIDA SEXUAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:

El cáncer de mama tiene una enorme repercusión en la mujer, atentando contra su propia identidad (erotismo, femineidad, rol social), contra el funcionamiento sexual y contra el relacionamiento de la pareja. Hay una gran cantidad de factores que influyen en la sexualidad femenina luego de esta patología ya sea relacionado con el propio tratamiento, dependientes de la propia paciente, o dependientes del entorno.

## EROTISMO DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:

Se ven afectados la sensualidad y la receptividad erótica por varias causas: el impacto de las cirugías mamarias, las consecuencias de la menopausia o los trastornos hormonales relacionados, la enorme variedad de trastornos en la funcionalidad sexual o por los efectos secundarios del propio tratamiento oncológico.

El tratamiento quirúrgico aunque sea conservador, también puede ser desfigurante, ya que cuando la mujer se ve así misma generalmente pierde el erotismo a nivel mamario, y si esto formaba parte de su mapa corporal durante la respuesta sexual debe redefinir su patrón de funcionamiento.

## FEMINEIDAD DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:

Según estudios, la femineidad no cambia significativamente entre una mastectomía total o parcial, pero si se ve afectada notoriamente por la presencia del linfedema. El mismo tiene implicaciones estéticas (por la asimetría que provoca en los miembros superiores), funcionales (la paciente nota alteración funcional en actividades de la vida diaria como vestirse o comer) y relacionales (aparece la vergüenza y el miedo al rechazo).

## ROL SOCIAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER:

El 20% de las pacientes relatan pérdida de energía, realizan menos actividades recreativas, estrés psicosocial y problemas cognitivos (atención, flexibilidad mental, velocidad de procesamiento, memoria visual y función motora). Estos últimos se ven particularmente afectados luego de terminada la quimioterapia. Debe destacarse que un fuerte rol social puede disminuir el impacto de cáncer de mama en el equilibrio personal.

## RECOMENDACIONES PARA INTERROGAR LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO:

- No dejar de preguntar sobre la sexualidad en el contexto general de la evaluación de diagnóstico. El paciente habitualmente no toma la iniciativa porque ignora sus problemas, los niega o simplemente, porque le avergüenza.
- Evaluar antes, durante y después de los tratamientos para la enfermedad.
- Explorar hábitos, conductas, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad y en relación con la enfermedad, incluyendo ganancias secundarias con la disminución de la frecuencia o de la iniciativa sexual.
- Evaluar en relación con la pareja, considerando también sus criterios.
- Ser respetuoso y delicado en el interrogatorio, considerando las ideas morales, la educación y la ética del enfermo. Avanzar en la medida que el paciente va dando señales de interés por el tema o manifiesta intenciones de seguir.
- Considerar, al evaluar posibilidades de tratamiento, que a pesar de que, en general, la disfunción sexual es tratable, no siempre se conseguirá solución fácil.

- Explorar mecanismos del paciente para canalizar su sexualidad afecta o infructuosamente tratada. Es imposible, utópico y altamente dañino para este considerar, después de un tratamiento invalidante, que aquí no ha pasado nada.
- Ansiedad por la salud, familia y sobretodo en las finanzas.

## FRECUENCIA Y TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS PERSONAS CON CÁNCER

En las tentativas para evaluar la prevalencia de disfunción sexual atribuible a la enfermedad y/o al tratamiento oncológico, se han encontrado valores que oscilan entre el 25 % y 85 % en hombres y mujeres.

Aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido cáncer de mama sufren de disfunciones sexuales prolongadas, al igual que una proporción similar de mujeres que han tenido cáncer ginecológico. La disfunción eréctil tras una prostatectomía radica que es de un 79.3% y de un 63.5% después de la radioterapia de haz externo. La disfunción es menor cuando se emplea la braquiterapia. Hay que tener en cuenta que pueden existir sesgos de selección de los pacientes para los distintos tratamientos. Cuando sean intervenidos con prostatectomía y preservación de nervios, los pacientes con buena función sexual previa, dejando para tratamiento con radioterapia pacientes con mal estado general además los pacientes pueden mejorar un año después de la cirugía y sin embargo empeorar después de dos años de la radioterapia.

Los problemas sexuales más comunes para las personas con cáncer son la falta de apetito sexual en el hombre y en la mujer, disfunción eréctil en el hombre y en la mujer.

## SALUD SEXUAL Y REHABILITACIÓN SEXUAL

Implantar programas de rehabilitación sexual, prácticos, económicos y eficaces es un desafío constante. Definimos la rehabilitación sexual como la curación del impacto emocional del cáncer sobre la imagen corporal, la satisfacción de las relaciones y la capacidad reproductiva.

Muy raras veces síntomas relacionados con el tumor maligno por sí mismo interfieren con la función sexual (anemia, anorexia, dolor), más bien los tratamientos (cirugía, radioterapia o quimioterapia) o las, alteraciones psicológicas que producen ambos (creencias, impactos emocionales, motivaciones, afrontamientos) son los responsables y pueden afectar una o más fases del ciclo de respuesta sexual (sobre todo deseo, excitación y orgasmo).

La mayor parte de los cánceres se producen con más frecuencia a medida que aumenta la edad y muchos pacientes tienen antecedentes médicos que podrían ya alterar la respuesta sexual. Entre los medicamentos que pueden afectar en mayor medida la función sexual, se encuentran: los fisioterapéuticos, las hormonas (testosterona y estrógenos), algunos antibióticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas. Otros productos como los opioides, el alcohol, las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual de diferentes modos. Enfermedades tan frecuentes como la hipertensión y la diabetes causan problemas de erección y eyaculación, el hipotiroidismo produce desinterés sexual y al contrario el hipertiroidismo causa desinhibición sexual.

Los profesionales deben conocer los tipos de problemas que pueden surgir después de determinados tratamientos oncológicos y modificar el asesoramiento de los pacientes con cáncer.

*(STEAD. ML., DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTE CON CÁNCER, EDITORIAL BMJ. U.S.A 2001 "PP." 122 -131)*



# CAPÍTULO V

## CICLO PSICO FISIOLÓGICO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana, que actualmente consta de seis fases, dos subjetivas y cuatro objetivas.

1. El **deseo sexual o libido** es el nombre que recibe el interés por el sexo. Puede alterarse por circunstancias como el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia, la menopausia, y aspectos psicológicos.

2. La **excitación** es el despertar de los sentimientos sexuales. Pueden producirse por mirar a alguien, el tacto, una fantasía sexual, o contacto con zonas genitales o erógenas. Puede conducir o no al orgasmo.

3. La **meseta** que es la fase en el que el cuerpo mantiene un elevado estado de excitación. El cuerpo es muy sensible en esta fase.

4. El **orgasmo** o clímax sexual y los sentimientos de intensa sensación que ocurren en las áreas del cuerpo dan origen a contracciones rítmicas. Las mujeres pueden sentir contracciones en el útero y los hombres eyaculan (excepto que tengan una vasectomía hecha).

5. La **resolución** que es la fase que sigue a la excitación y el orgasmo. Los cambios corporales vuelven a la normalidad. Los hombres no pueden normalmente excitarse otra vez durante un periodo (refractario). Algunas mujeres pueden ser capaces de excitarse y tener un orgasmo nuevamente. Con la edad este periodo refractario aumenta.

6. Las satisfacción sexual de naturaleza estrictamente psicológica o subjetiva, evaluada en términos del grado de satisfacción, positiva o negativa, experimentado por el sujeto después de la actividad sexual.

Cada una de estas fases está caracterizada por experiencias subjetivas, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran.

La excitación, la meseta y el orgasmo solo suceden si el cuerpo tiene un buen aporte de sangre, si el sistema nervioso central y periférico están intactos, si existe un buen soporte muscular y si el balance hormonal del cuerpo es correcto.

## ASESORAMIENTO SEXUAL

La mayoría de los hombres y mujeres nunca son interrogados sobre sus problemas sexuales por parte del equipo médico. Se reduce la presión del tiempo pero puede ocultar otros problemas como vergüenza o que no tendrán soluciones que ofrecer. Algunas estadísticas demuestran que los médicos subvaloran la sexualidad de sus pacientes.

Lo ideal sería una entrevista pre tratamiento para discutir con el paciente las dificultades sexuales que pueden aparecer y reducir así su ansiedad. Preguntar al paciente durante el tratamiento y seguimientos posteriores.

Se estima que entre un 80 % y 90 % de los pacientes se beneficiarían de un breve consejo sexual y no necesitan de una consulta especializada. Los indicadores para derivación a terapia sexual son: problema sexual previo al cáncer, conflictos matrimoniales severos, disfunción que no ha respondido al asesoramiento sexual o un problema sexual que es solo una faceta de una mala adaptación psicológica. Es preciso proporcionarle al paciente información de su anatomía, ciclo de respuesta sexual, impacto del tratamiento sobre la función sexual.

## EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER

Se debe realizar una pregunta general sobre el sexo en la historia clínica inicial o en las visitas de seguimiento. Un aspecto de la salud de toda persona, es la salud sexual ¿cómo ha afectado el diagnóstico de cáncer en su vida sexual?

En un ámbito multidisciplinario puede ser útil designar a un médico, enfermera o asistente social entrenados con respecto en rehabilitación sexual. Incluso en los principales centros oncológicos es raro encontrar un especialista en salud sexual.

Se puede decir que la evolución de éstos incluye un interrogatorio exhaustivo (entrevistas previas a solas y con la pareja estable y/o cuestionarios estandarizados), un examen físico completo, exámenes complementarios (análisis sanguíneo completo, determinación de niveles hormonales y técnicas de imagen), evaluaciones neurológicas, vascular y psicológica detalladas.

## SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS SEXUALES CAUSADOS POR EL CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS

Hay cuatro vías principales en las que el cáncer o sus tratamientos pueden afectar su sexualidad:

- Problemas físicos para dar y recibir placer sexual.
- Alteración de la imagen corporal.
- Aparición de sentimientos como miedo, tristeza, angustia.
- Modificación de roles y relaciones.

Las relaciones entre estas cuatro áreas son importantes. Si hay un problema en alguna de ellas, esto puede tener un impacto en las otras.

## DESAJUSTES EN EL DESEO

Es importante que el paciente comunique a su pareja que ha perdido interés por la actividad sexual debido al estigma, la mutilación o los obstáculos físicos, ya que esto evita sentimientos de rechazo. Se debe sugerir alternativas de proximidad y afecto como caricias, auto erotismo y otras técnicas de focalización sensitiva.

Si se siente cansancio, se debe hacer el amor de un modo diferente: posiciones menos cansadas, donde el peso sea bien soportado, se puede recurrir a un contacto sexual más rápido y/o mantener la relación por la mañana. Siempre hay que hablar y consensuar con la pareja.

## DISMINUCIÓN DEL IMPULSO SEXUAL

Si existen problemas hormonales por menopausia prematura se puede utilizar la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y quizás con testosterona (valorando individualmente cada uno).

El sildenafil y fármacos similares pueden usarse para aumentar el impulso sexual en las mujeres. Aumentando la lubricación vaginal y disminuyen el dolor durante el coito. Aseguran más excitación y facilitan el alcance del orgasmo. Muchas veces existen problemas educacionales y hay que recordarle a la paciente que debe “darse permiso para sentir placer”.

En varones con cáncer de testículo y bajos niveles de testosterona se pueden utilizar tratamientos de reemplazo con testosterona que alivian, con frecuencia, la pérdida de deseo sexual o la disfunción eréctil.

## DISPAREUNIA

Dispareunia (dolor genital, presente o recurrente que produce antes, durante y después del coito en las mujeres).

La cirugía, la quimioterapia, la terapia hormonal, la radioterapia o algunos medicamentos (ej.: antihistamínicos) puede causar cambios que producen sequedad vaginal, estrechez, úlceras o infecciones. Esto ocasiona dolor durante el coito.

Una experiencia de dolor puede desencadenar temor al mismo y conducir a tensión. Esta tensión distrae a la persona de alcanzar la excitación, detienen la lubricación y causa nuevamente dolor.

Es importante mostrarles con un espejo sus genitales para que sean capaces de conocer su vulva, y reconozcan zonas dolorosas o no. Indicarles la posición del punto Grafenberg (punto G), aunque puede ser de difícil acceso en algunas mujeres.

Es importante comentarlo con el compañero/a, para explorar nuevas posiciones para hacer el amor. El coito lateral puede disminuir el peso sobre heridas o cicatrices. La persona que experimenta dolor debe controlar la profundidad y la velocidad de la penetración. Puede ser también útil aproximar la eyaculación a la penetración lo que acorta la duración del acto sexual.

Pueden beneficiarse a menudo aprendiendo ejercicios para relajar los músculos que rodean la entrada de la vagina (ejercicios de Kegel). Esto no es para estirar físicamente la vagina sino para proporcionar la sensación de que puede relajar la entrada a la vagina y permitir la penetración del pene sin experimentar dolor.

También puede ser beneficioso planear el contacto sexual y tomar analgésicos previamente. Sería conveniente comentarlo con el médico para que realice una exploración y diagnostique el problema proponiendo soluciones.

Si existe sequedad vaginal puede utilizarse cremas y geles que se aplican directamente en la vagina, contienen pequeñas cantidades de estrógenos naturales y semi-sintéticos que tienen un efecto poco duradero y que no influye en el resto del cuerpo.

Cuando existen úlceras vaginales producidas por la radioterapia, estas sangran levemente y tardan semanas o meses en cicatrizar. Las infecciones vaginales, tras radioterapia o quimioterapia, debido a que existen cambios en la acidez de la vagina, lo que permite a los microorganismos crecer. Si se aprecia una secreción cremosa blanquecina o picor que empeora con el rascado se debe consultar pues se pueden tener hongos o aftas. Si se han mantenido relaciones el compañero sexual también debe tratarse con anti fúngicos o antivíricos. Si no se tienen estas molestias durante los tratamientos, las relaciones sexuales son seguras. Se deben usar métodos anticonceptivos cuando sean necesarios.

## ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS SENTIMIENTOS

Existen factores de riesgo previo a la enfermedad, como una valoración pesimista de la vida, antecedentes de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, o falta de recursos de salud, financieros o sociales.

Los pacientes jóvenes también tienen enormes probabilidades de sufrir distres psicológico, porque sufren un deterioro mayor de los objetivos de su vida, como establecer una relación comprometida, tener hijos y progresar en su carrera. La depresión, ansiedad y miedos hacen que sea improbable la estimulación cuando se piensa en el sexo. Algunas personas sienten un aumento en la excitación sexual, lo que les ocasiona culpabilidad.

*(JURAKOVA. ET., EL CÁNCER Y SEXO PSICO-ONCOLÓGICO, EDITORIAL LANCET, U.S.A. 2003, "PP". 49-52)*

## CAPÍTULO VI

### SEXUALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL

La mayoría de los pacientes en estado terminal han atravesado por un periodo más o menos largo en el cual se han manifestado cambios en su funcionamiento sexual, en cualquiera de las modalidades descritas. Todo lo expresado acerca de la valoración y el manejo del funcionamiento sexual es vigente también para el enfermo terminal. A pesar de lo que comúnmente pueda creerse, el estadio terminal por sí mismo no disminuye necesariamente el interés sexual; por el contrario, puede acrecentarse la necesidad de cercanía física y de ser reconocida su condición de ser humano sexualmente deseable, aun cuando sea totalmente imposible la realización del coito. Lamentablemente, no existe suficiente literatura disponible acerca de los problemas sexuales de los pacientes con cáncer avanzado. Es obvio que existen limitaciones reales a la satisfacción sexual: clima de tensión en la pareja, efectos secundarios de los tratamientos, problemas de privacidad, debilidad y deterioro creciente, temores del cónyuge a hacerle daño o a solicitar algo indebido al paciente. En este estadio más que antes, los problemas de desadaptación afectiva se incrementan con los determinantes orgánicos, formando un todo único y complejo, que debe ser cuidadosamente evaluado por los profesionales del equipo de cuidados paliativos. Por otra parte, la declinación en la frecuencia o capacidad para el acto sexual no debe interpretarse directamente como un indicador negativo en la relación de pareja y en el funcionamiento sexual global. Es común que aparezcan espontáneamente reorientaciones de la sexualidad hacia otros modelos en la relación de pareja, con modalidades muy singulares de convivencia marital o de adaptación afectiva. La desaparición de iniciativas sexuales y la adopción de aptitudes más pasivas, cuando no resulta factible el patrón de funcionamiento sexual precedente, puede ser un signo de ajuste, favorecedor del bienestar emocional, que engloba y desborda la sexualidad.

Ante la evaluación del funcionamiento sexual en el paciente terminal, además de las recomendaciones generales para explorar esta esfera en cualquier estadio del cáncer, es importante enfatizar que lo primario es reconocer los problemas desde una actitud realista, evitan propuestas o indicaciones que puedan ser no deseadas por el paciente o que contradigan los principios fundamentales de los cuidados paliativos. No podremos sobre cargar a este enfermo con cuestionarios y exámenes que podrían ser útiles en otras etapas de la enfermedad. El mejor marco de evaluación es el de las entrevistas que desarrollan con él, los miembros del equipo de salud que lo atienden.

Al examinar los problemas del manejo de la sexualidad en esta etapa final de la vida es necesario tener en cuenta que la simple indicación de reanudar las relaciones sexuales, ni siquiera de afirmar categóricamente que no es dañina y si es posible, no siempre es psicoterapéutico. Esta indicación podría correr el riesgo de no ser realista, pero además, atrae la atención del paciente sobre una parte de su problema.

Es más justificado incitar a un reconocimiento, revisión, reforzamiento o reafirmación de la vida afectiva del paciente, de la relación con su pareja. Lo sexual podría surgir como consecuencia, aunque no siempre podrá solucionarse, total o parcialmente, y en función de múltiples circunstancias. Tratar las disfunciones sexuales en estos enfermos puede ser muy difícil, si no imposible, sino intentamos comprenderlo a plenitud, integrarlo con su entorno psicosocial, especialmente familiar, apoyarlo y acompañarlo en el resto de sus sufrimientos y preocupaciones. Así cualquier terapia o intento de recuperación sexual en un paciente en la etapa final de su vida, tiene que estar enfocado en estrategias y acciones de los cuidados que se le brindan. Es importante identificar, reconocer y estimular conductas sexuales alternativas, que sin representar maltrato, vergüenza o humillación por lastima ofrezcan posibilidades placenteras como la cercanía física no genital y variadas demostraciones de afecto. Sin duda, una prolongada mirada, una tierna caricia, una autentica sonrisa de amor, pueden compensar (incluso en momentos postreros) la falta de una ejecución sexual en otros tiempos



deseada, llevar a la satisfacción de las necesidades a este paciente en esos momentos. Hay que concebir aquí a la sexualidad en su más abierta y flexible expresión.

Una considerable cantidad de pacientes terminales, que aún no se encuentran en periodo preagónico, pueden desplegar juegos y maniobras de obvio contenido sexual. Algunos programas dirigidos a personas ancianas con enfermedad avanzada enfatizan en la necesidad de involucrar determinados ejercicios, nutrición adecuada y autoestima, vinculadas a estrategias para facilitar la actividad sexual.

*(GRAUJ., LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENFERMO CON CÁNCER AVANZADO, EDITORIAL GÓMEZ SANCHO, LAS PALMAS DE LAS GRAN CANARIAS, 1998. "PP". 24, 100 Y 116)*

## CAPÍTULO VII

### AMOR, PAREJA Y EROTISMO

El amor es uno de los cinco sentimientos básicos y los otros cuatro son: miedo, alegría, tristeza y enojo. Los cinco sentimientos básico presentan como rasgos comunes algunas bases orgánicas, amplias influencias psico culturales y ser universales a un que con diversos matices en su expresión .Dependiendo de la personalidad de quien los emite y sobre todo las variantes culturales que les caracterizan.

Existen también los falsos sentimientos o sentimientos rebuscados que no son universales, no tienen pureza biológica y están más ampliamente condicionados por el aprendizaje social, entre estos sentimientos combinados mediados por la razón, se encuentran: lastima, odio, desprecio, orgullo, decepción, sarcasmo, ironía, burla y desesperación.

La intimidad está compuesta por diez entidades las cuales son:

- 1.- Ganas de favorecer el bienestar de la persona amada
- 2.- Gocce por compartir o estar junto a la persona
- 3.- Respeto por el otro ser
- 4.- Seguridad de contar con la otra persona en circunstancias de necesidad
- 5.- Mutua comprensión
- 6.- Poner a disposición del otro el propio ser
- 7.- Capacidad de recepción de apoyo emocional por el otro ser
- 8.-Facultad de entrega de apoyo emocional a esa persona
- 9.- Comunicación profunda con la persona humana
- 10.- Valoración positiva del otro.

## LA PASIÓN

Es el componente del triángulo amoroso caracterizado por contener tanto como la pasión sexual como la expresión de otros impulsos y necesidades; el requerimiento de auto estima, entrega, pertenencia y sumisión. Entendemos a la pasión como un conjunto de requerimientos humanos que funcionan con base fisiológica y que constituyen motores de la existencia del impulso sexual, deseo erótico como la fuerza interior para auto apreciarse y la energía orgásmica para dejarse fluir en el vínculo amoroso y el anhelo de pertenecer, en el sentido simbólico al ser amado son elementos sustantivos de la triada amorosa. A menudo se observa que aquellas parejas que carecen de pasión caen en el vacío tedioso y desmotivante. En cambio la carga energética que la pasión conlleva, le da vigor sentido y rumbo al vínculo de la pareja, el vértice decisión / compromiso implica dos aspectos: la convicción inmediata de dar la afectividad a la otra persona y la decisión posterior consiente de mantener ese amor.

Los factores decisivos del mundo amoroso, consisten en el grado de ajuste. Entonces podrán existir desajustes desde pequeños hasta muy grandes entre los miembros de la pareja. Con base en lo anterior, el amor podría subdividirse en siete tipos básicos

- Intimidad y pasión, pero no compromiso:  
Amor romántico
- Compromiso y pasión pero no intimidad:  
Amor fatuo
- Intimidad y compromiso pero no pasión:  
Amor sociable
- Pasión pero no intimidad ni compromiso:  
Encaprichamiento
- Compromiso pero no intimidad ni pasión:  
Amor vacío

- Intimidad pero no pasión ni compromiso  
Cariño
- Intimidad pasión y compromiso  
Amor consumado

## LA CARENCIA DE LOS TRES ELEMENTOS IMPLICA EL NO AMOR

Los miembros de la pareja tendrán que participar activa mente en la construcción de las relaciones afectivas entre ellos, debemos responsabilizarnos de hacer que nuestras relaciones alcancen su grado óptimo, ya sea que le consideremos uní o multidimensional, el amor suele ser el principal motivo para el establecimiento de las relaciones afectivas de pareja. Una pareja entendida como dos personas que comparten un vínculo afectivo y tienen un proyecto de vida común pueden constituirse por diversas razones pero es más frecuente por que antes de la instalación del proceso amoroso ha existido un enamoramiento

.Se podría decir que el enamoramiento es la enfermedad crónica del amor, cuando una persona está enamorada se percibe alterada la conciencia, se podría decir que tiene un síndrome alucinatorio por que la persona proyecta una buena parte de mitos, anhelos, fantasías e idealizaciones que no todo corresponde a la realidad. La persona enamorada no puede apartar de su mente al ser amado y ese lugar no puede ser ocupado por nadie, alguien puede amar a diferentes personas pero estar enamorado es un título para una persona. El enamorado desea ser correspondido y concentra su energía en obtenerla, expresa y siente sensaciones corporales por la lejanía ocasionada de la persona amada, por ejemplo: Melancolía cuando no está, Euforia por el simple hecho de verla.

El enamoramiento no dura mucho, normalmente dura entre tres o cuatro años y puede dar lugar a tres estados diferentes.

- Desaparecer del todo
- Consolidarse en forma de un amor más estable
- Reiniciar un nuevo ciclo de amor con la misma persona o con otra

## EL AMOR ROMÁNTICO

Existen seis categorías o tipos diferentes que se podrían presentar puros o combinados dos o más.

- **Ágape.**- Es un amor paciente, bondadoso, sin exigencias y permanente. Es sin dudas el amor más difícil de encontrar
- **Eros.**- Está basado en una atracción erótica pasional de gran fuerza, parece ser que este tipo de amor es fugaz y transitorio, difícilmente evoluciona hacia un proceso estable.
- **Ludus.**- Es un tipo de amor juguetón y alegre en el que existe cierta inconstancia en el vínculo pero cargado de placer y alegría en este amor la pasión es fuerte y no así el compromiso y la intimidad
- **Manía.**- Es un amor delirante, caótico a menudo insensible por la urgente e impostergable necesidad de ser amado este tipo de amor tiene éxtasis y agonía, dependiendo tanto del estado de ánimo como la necesidad de ser objeto de atención cuando esto no se logra surge ansiedad o depresión
- **Pragma.**- Es un amor inmensamente práctico y sosegado, pues quien lo posee involucra la racionalidad en el vínculo afectivo. El pragmático amoroso elige a su amado a partir de ciertas atribuciones.
- **Storgo.**- Es un tipo de amor que parte de la amistad y la afectividad sólida, tranquila, comprometido, este tipo de amor carece de suficiente pasión, pero en contraste posee gran dosis de estabilidad y solidez, lo cual permite sortear los diferentes problemas que caracterizan a las relaciones de pareja.

No hay tipo de amor bueno o malo, si no lo que favorece es la relación, la homogeneidad del tipo de amor en ambos miembros de la pareja, por ejemplo: podría pronosticarse una relación adecuada y duradera en dos persona con amor lúdico o de tipo storgo, al contrario el pronóstico no sería favorable si se tratase de una persona con amor maniaco y otra con afectividad del tipo ágape. El tipo o estilo amoroso que manejamos en la vida es variable dependiendo de las características, historias de vida y rasgos específicos de la otra persona.

El enamoramiento o amor agudo es simultaneo al noviazgo y a la primera prueba erótica y los otros tres posibles caminos incluyen el no amor, el nuevo enamoramiento y la consolidación amorosa estable, que es consecuente al matrimonio o a la unión libre. Si una pareja conyugal continuamente renueva sus ciclos de enamoramientos siendo este recíproco están en situación de privilegio y es posible que esta condición de reciclado les asegure gran estabilidad emocional y afectiva.

En cambio si la pareja no tiene enamoramiento reciclado ni se aman es previsible que “truenen” independientemente de que sigan manteniendo formalmente la unión ¿Cuántas parejas conyugales celebran sus bodas de oro en una relación personalmente de pleitos, viviendo como perros y gatos? ¿Parejas que no se aman o creen no amarse, son capaces de llevar una relación armónica funcional y constructiva en las tres áreas que conforman un vínculo de pareja: afectividad, convivencia y erotismo?

Lo verdaderamente trascendente se relaciona con un equilibrio en las áreas de afectividad, convivencia y erotismo que se examinaran enseguida:

## AFECTIVIDAD

La existencia y manifestación de la afectividad en las parejas resulta esencial para su establecimiento y desarrollo es la piedra angular que le da sustento, nunca ha bastado lo declarativo para comunicar la afectividad en cambio sí hay incongruencia ente las palabras y los actos.

## CONVIVENCIA

Compartir la vida o buena parte de ella con otra persona especialmente si se le ama tiene múltiples complicaciones que configuran un estilo particular de relación.

## EROTISMO

Es la potencialidad personal de producir y comunicar una forma especial de placer: deseo, excitación y orgasmo.

## RESPUESTA SEXUAL HUMANA

El erotismo parte de la sexualidad es un proceso complejo de construcción social que tiene bases fisiológicas psicológicas y culturales que incluye por lo menos cinco elementos:

- Sexo (diferencia anatomofisiologica entre seres de una especie. Por ejemplo algunos seres tienen vulva y otros pene; algunas personas tienen xx y otras xy, y en sus cromosomas sexuales en algunos individuos predominan los estrógenos sobre los andrógenos.
- Género (condición y proceso de orden sociocultural que clasifican a los humanos en dos grandes grupos: hombre y mujer. Por extensión les asignan atributos masculino y femenino)

- Reproductividad ( Potencialidad de generar nuevos seres mediante la fusión de gametos y el intercambio de materia genético )
- Relaciones Afectivas ( Potencialidad humana de establecer con otra u otras personas un vínculo emocional, por ejemplo: dar y recibir amor )
- Erotismo (Capacidad personal de generar y /o compartir una forma peculiar de placer, excitación y orgasmo )

El erotismo a si definido tiene bases fisiológicas y está sujeto a procesos de aprendizaje a lo largo de la vida

*(BARRIOS DAVID, EN LAS ALAS DEL PLACER, EDITORIAL PAX MÉXICO 2013 PRIMERA EDICIÓN, PP. 65 Y 66)*



# CAPÍTULO VIII

## IDEAS SENCILLAS PARA DEVOLVERTE LAS GANAS DE UN ENCUENTRO APASIONANTE

La dificultad del deseo es uno de los trastornos sexuales entre mujeres de todas las edades, el 44.2% tiene un nivel bajo de lívido y excitación, dificultades para llegar al orgasmo. Por definición el desorden del deseo sexual hipo activo es un padecimiento caracterizado por la ausencia persistente de fantasías sexuales o de ganas de cualquier actividad sexual que no esté vinculada con una enfermedad o efectos fisiológicos. Las sustancias medicamentosas, las cuales más frecuentemente son: el estrés, la fatiga y la insatisfacción con la propia imagen corporal.

A falta de interés de las mujeres en el sexo puede afectar negativa mente le sentido de bienestar y crear frustración y disminución de la autoestima, dificultando las relaciones, lo cual funciona como un círculo vicioso y pueden no estar teniendo sexo porque está cansada, estresada, enferma, disgustada o en una pelea. El sexo reduce las frecuencias cardiacas, bajas la presión arterial, mejora el sistema inmune y brinda un amplio rango de beneficios a la salud, es relajante y calmante promueve un estado psicológico y da seguridad emocional además ayuda a crear y mantener una relación fuerte (el mejor sexo asegura que amas a la persona y en la que confías, aunque el sexo causal también es capaz de brindarte varias de estas ventajas)

Ahora bien ¿Cómo hacerse de todos estos efectos positivos, si ni siquiera se te antoja? Puede ser que estés fuera de contacto con tu propio deseo pero eso no significa que no esté ahí, solo necesitas reconectar.

# TÉCNICAS PARA INCREMENTAR EL DESEO SEXUAL

Antes de aplicarlas es importante aclarar que estas estrategias son útiles cuando la disminución del deseo se debe a estrés, problemas de imagen corporal o tiempo y espacio, si tienes algún conflicto mayor con tu pareja es mejor platicarlo, por otra parte es bueno descartar que las ganas no se han ido por cuestiones químicas, como por el ejemplo: colateral de algún medicamento.

## OBJETIVO

Reconexión con tu cuerpo, sentirse bien consigo misma y creer que los demás te ven bajo una luz positiva, mejora la experiencia sexual y aumenta la lívido. La baja autoestima indica que no estas suficientemente centrada y si no estás, no podrás tener una conexión honesta y energética con tu pareja. Todo lo que hagas para construir una percepción sólida y agradable de tu cuerpo y tu sexualidad será útil para aumentar el deseo.

Según un estudio realizado las mujeres que depilan por completo su vello púbico tiene una imagen más positiva de sus genitales, suelen verlos más de cerca, y poseen una mejor función sexual y reciben más sexo oral. El ejercicio es una herramienta física y psicológica importante para volver a sentirse bien con tu cuerpo y re energizarte en general. Además tienen influencia directa en las ganas de sexo, los entrenamientos aeróbicos son clave para que la sangre fluya a los órganos sexuales y estos se vitalicen. Extender la rutina de ejercicio normal unos minutos más de los usual incrementa la sensación de control y fortalece la auto confianza, lo que redundo en el crecimiento del estímulo sexual, si ha pasado tiempo considerable sin ganas de sexo y crees que nada te pondrá de humor, haz la prueba y ve videos eróticos pero ten cuidado puede ser una arma de doble filo si se usa para crear más conexión de lo contrario se volvería una adicción y no lograrías el beneficio que se desea. La indicación es usarlos con moderación.

## LA LIBIDO Y LA AUTOESTIMA

La principal sensación es la de agotamiento físico y psíquico, ya que los pacientes están viviendo un estado constante de verdadero estrés.

Las personas que afortunadamente no han pasado por esto ni siquiera pueden imaginar lo que siente un paciente de cáncer físico psicológicamente. La gente no solo quiere salvar su vida, no piensa en otra cosa.

Las drogas y la radioterapia sobre todo si la radioterapia afecta los órganos pélvicos y las mamas en las mujeres, pueden producir lesiones como quemadura, ampollas, disminución de la elasticidad vaginal, dolor genital o pélvico. Resulta obvio que a los pacientes les resultará penoso todo intento de tener relaciones sexuales. Afortunadamente, el efecto secundario de estos tratamientos es pasajero y el organismo tiene una capacidad de recuperación muy grande, que se ayuda con vitaminas y medicamentos de acción local como también con fisioterapia. Esto permite a las personas retomar su vida sexual en la mayoría de los casos, ya que mientras hay dolor o malestar existe una permanente descarga de adrenalina que es incompatible con el mantenimiento de una libido que estimule un encuentro sexual.

## LA QUÍMICA DEL CUERPO

Ya desde hace varias décadas los investigadores han descubierto que detrás de cada función psicofísica existe una serie de sustancias químicas que son las responsables de esas actividades. Todo comienza en el cerebro, con sustancias llamadas neurotransmisoras que, a su vez promueven la actividad de otras sustancias químicas del propio cerebro o de órganos más alejados como las glándulas suprarrenales, los ovarios, los testículos, la glándula tiroides y muchos otros. Cada sensación corporal o emocional como, el placer, miedo, ternura o rabia, son la manifestación de cambios químicos que se producen en el organismo. “Somos sexualmente un procesador bio psico social y espiritual de

substancias químicas como la adrenalina, las endorfinas, la oxitócica, los estrógenos, los andrógenos y cientos de otras. Estas sustancias deben mantener un saludable equilibrio para que nuestra sexualidad funcione adecuadamente y existen muchas situaciones en las cuales este equilibrio se rompe. Las drogas de estos tratamientos oncológicos, muchas veces funcionan como desequilibrantes”. En esos momentos de enfrentar el tratamiento, la presencia de una pareja estable, contenedora y amorosa es un pilar fundamental para que pueda existir sexualidad”. Y digo sexualidad en el sentido más amplio, aunque se prescindiera de la genitalidad tradicional. Definitivamente no se trata de un encuentro sexual entre dos personas sanas, sino de una persona sana con otra que está transitando un tratamiento muy duro; por lo tanto debe existir un dialogo y una disposición enormes para que el componente sano se adapte a esta nueva realidad de la pareja. Por otra parte, la persona enferma, debería estar asesorada por su médico para perder el miedo o las reservas que le impiden entregarse, dentro de sus posibilidades, a una actividad muy saludable y recomendable para su recuperación.

Existen situaciones en que el paciente enfrenta un tumor hormono-dependiente y esto también limita las opciones. Lo fundamental es siempre trabajar en equipo con el oncólogo para evaluar los efectos y las dosis de las drogas sobre el sistema reproductivo y así decidir cuál es la mejor opción en cada caso en particular. Otro punto relevante es que siempre nos quedamos sin tiempo para preservar una vez comenzando el tratamiento. Muchas veces es posible recuperar óvulos o espermatozoides para crio preservar una vez comenzado el tratamiento correspondiente. La consulta con el especialista en preservación de la fertilidad que trabajara en equipo con el oncólogo para analizar las opciones a futuro, a cada paciente se torna aún más relevante.

Por último la médica sexóloga, refiere: “afortunadamente los ginecólogos, urólogos o andrólogos, realizan las interconsultas con mucha mayor rapidez y fiabilidad que hace cinco o seis años atrás; también otros especialistas como los clínicos y cardiólogos o los endocrinólogos”.

*(KAPLAN, HS, LA NUEVA TEORÍA SEXUAL, EDITORIAL ALIANZA MADRID 1974, “PP”. 9-94)*

## CAPÍTULO IX

### LA SEXUALIDAD EN LA PAREJA ESTABLE

El principio de gratificación recíproca es una condición necesaria pero no suficiente para el buen funcionamiento de la pareja. Solo con disfrute sexual la pareja no funciona, pero sin disfrute sexual tampoco. Por eso hemos de suponer qué cuando hablamos de pareja estable nos estamos refiriendo a dos personas que han decidido unir sus vidas por que como mínimo comparte cuatro requisitos.

1.- Porque se quieren lo suficiente como para plantearse la convivencia

2.- Porque consideran que vivir juntos les permite un disfrute más pleno de su unión

3.- Porque desean un futuro conjunto

4.- Porque supone que la convivencia facilita una sexualidad más frecuente y gratificante

Lo malo es que una cosa es lo que se supone y otra en lo que resulta, porque aun en el caso de que las motivaciones de los tres primeros requisitos sea sólidos y coincidentes, toda pareja pasa por una crisis de acoplamiento con vivencial que no siempre se supera con éxito.

Los motivos de conflicto pueden ser múltiples y variados. Carácter, estilo de vida, temperamento, costumbres. Pero las parejas que cumplen con todos los requisitos anteriores, son precisamente las que se unen fundamentalmente para gozar del sexo porque las que más gozan, son las que más antes se cansan.

Tenemos información suficiente para saber que mientras las gónadas están activas las personas tiene deseo sexual, por tanto, y al margen del deterioro natural, mientras la persona está viva conserva parte de su instinto y de la misma manera que, como dice el refrán “mientras haya vida hay esperanza”, en lo tocante a la sexualidad podríamos decir también que “mientras hay vida hay

deseo”. Lo malo es que ese deseo a veces se estaciona, otras se inhibe, otras cambian de rumbo y las primeras parejas que suelen comprobarlo son, con frecuencia las que se unen para copular en lugar de unirse para convivir

## LAS DIFICULTADES DE LA CONVIVENCIA

Toda persona puede aportar innumerables experiencias relacionadas con las dificultades de la convivencia. Si tenemos problemas con los padres, los hijos, los abuelos, los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo como no vamos a tenerlos con la pareja, por eso convivir es conceder. Sin voluntad de diálogo, concordancia y deseo de entender al otro, es imposible entender la convivencia, lo malo es que esos son requisitos imprescindibles para la convivencia, pero no son suficientes para garantizar el acoplamiento sexual, porque la vida íntima tiene unas peculiaridades que escapan a la lógica de la razón y requieren una lógica biológica, que ni la ciencia podría explicar.

## EL HOMBRE, LA MUJER Y LA MADUREZ

A la vista de cómo reaccionan ante un conflicto sentimental y por la relación que existe entre la asimilación del sufrimiento y la madurez personal. Las mujeres en general suelen ser y estar más maduras emocionalmente que los hombres. Las razones son fáciles de entender y para exponer los argumentos que no han llevado a esta conclusión.

## POR QUE LAS MUJERES SUELEN SER MAS MADURAS QUE LOS HOMBRES

1.- Porque la condición maternal hace que las mujeres nunca desistan de la responsabilidad de criar a los hijos y asumir responsabilidades, ayuda a madurar.

2.- Porque las mujeres han superado con su esfuerzo la situación de injusticia histórica de subordinación femenina al poder masculino. Y la superación de dificultades ayuda a madurar

3.-Porque el esquema de relación sexista ha hecho que las mujeres fueran las grandes perjudicadas, en los caso de fracaso matrimonial, tanto a nivel económico como emocional. Y superar esa situación ayuda a madurar.

## POR QUÉ LOS HOMBRES SUELEN SER MENOS MADUROS QUE LAS MUJERES

1.-Porque su situación de preeminencia social, su educación sexista y la asimilación de la hombría, a la falta de sensibilidad no les ha preparado para aprender de los fracasos

2.- Por que han sido educados para subordinar a las mujeres, no para sufrir por ellas. Cuando las mujeres han rechazado esa subordinación y han empezado a ejercer su libertad los hombres se han visto sorprendidos por una realidad que no saben cómo asimilar y eso hace que se sientan desorientados.

3.- Por que la cultura de que el hombre se cree superior a la mujer, también se ha derrumbado desde que la mujer ejercita su libertad sexual, el hombre ya no es un cazador en busca de presa, sino en todo caso, un cazador cazado, lo cual le rompe su esquema sexista de relación y le produce miedo al desempeño e inseguridad sexual.



Estas son las 6 razones muy sintetizadas pero larga mente meditadas que explican la actual situación de desencuentro emocional entre ambos sexos. El hombre se está quedando sin privilegio y eso atenta contra su potencial y la mujer está ganando protagonismo en todos los ámbitos y eso le confiere una doble seguridad.

Primera, la de no estar subordinada al hombre. Segunda, la de haber conquistado la libertad con su propio esfuerzo.

La madurez personal no es cuestión de género, si no depende en la manera en que cada individuo afronta la vida y aprende de sus errores, pero precisamente porque la mujer estaba en una situación social de desventaja y gracias a que ellas han cuestionado los valores sexistas que las perjudicaban, los hombres se encuentran en una situación imprevista e indeseada porque a nadie le gusta renunciar a un modelo que le beneficia, aunque por sentido común y justicia histórica comprenda que no se puede mantener.

Las mujeres con su lucha están igualando los roles sociales y eso refuerza su seguridad y los hombres asisten desorientados a ese cambio de valores que aun que lo acepten les produce inseguridad. Pero ni unos ni otros saben todavía cuál será el nuevo modelo de relaciones, por la sencilla razón que no somos nosotros quienes debemos construirlo. Y como el predominio masculino no es justo pero tampoco sería bueno que empezara el femenino, solo nos queda la opción de iniciar juntos el camino de la coordinación afectiva y el pacto emocional.

Estamos en el inicio del camino pero día a día aumentan el número de hombre y mujeres que trabajan por el nuevo proyecto. Un modelo más sexista y menos humanista, menos competitivo y más cooperativo, un modelo que no juzgue a las personas por su género si no por sus valores y quizá donde más se empieza a notar esa nueva filosofía de la convivencia es en el cuestionamiento de

los esquemas de relación sexual. Estamos situados en una zona privilegiada del planeta y formamos parte del denominado primer mundo, el que disfruta de mayor bienestar y más avances tecnológicos pero a la vez y quizá por ello el que padece una mayor crisis de valores.

Tenemos bienestar pero no sabemos traducirlo en felicidad seguimos casándonos y formando parejas, pero no sabemos convivir en armonía. La familia está en crisis, la pareja está en crisis, el sistema educativo está en crisis y seguramente, también el sentido común está en crisis, porque nos quejamos de la situación pero no hacemos nada resolverla.

Como no creo en otra revolución que la interior, ni en más esfuerzo que el propio, empecemos a trabajar para mejorar el núcleo social básico, LA PAREJA.

La pareja más que el individuo o más exactamente las personas que viven en pareja son las que están en mejores condiciones de construir su propia felicidad y, a través de ella construir el bienestar general; ya que si funciona la pareja es más fácil que funcione la familia y el buen funcionamiento de la familia facilita la armonía social.

Pero la pareja está en crisis por que las mujeres ya no aceptan el esquema del pasado y todavía no hemos sido capaces de inventar un nuevo modelo de relaciones de género. Este es el motivo del desencuentro emocional que estamos padeciendo y el problema que debemos resolver entre dos.

Las mujeres son quienes quieren estar a disposición del hombre si no disfrutan con él. Pero como los hombres no han aprendido a relacionarse en condiciones de igualdad, con las mujeres, provoca una desorientación en esta situación de desencuentro entre un modelo sexual masculino que las mujeres ya no aceptan y un modelo sexual femenino que los hombres todavía no han aprendido, en donde se mueve un importante número de parejas desorientadas que, por ensayo – error, deben de cambiar los paradigmas de las parejas del futuro. A las parejas de hoy que se orientan hacia el mañana intentando superar el ayer y a esos hombres y mujeres dispuestos a funcionar como pareja y a trabajar juntos para acoplarse.

*(CARBELLO JOAN, VIVIR EN PAREJA, EDITORIAL FOLIO BARCELONA, 1992, "PP". 17 – 33)*

# CAPITULO X

## ACOPLAMIENTO SEXUAL

Para situar el tema empezaremos por exponer las razones que dificultan el acoplamiento:

1.- Porque las parejas se crean una falsa expectativa de idealidad sexual asociada a la convivencia

2.- Porque existe una gran diferencia entre la sexualidad deseada por la pareja y la sexualidad practicada en la convivencia.

3.-Porque el choque entre la idea sexual imaginada y la realidad sexual experimentada, se convierte en una dificultad inesperada

Dicen que cada casa es un mundo y cada persona un universo, dentro de ese universo individual hay una importante constelación que debe encontrar su lugar para que no se produzca el caos; la sexualidad, incluso en el supuesto de que dos personas con el suficiente grado de madurez decidiera juntar sus vidas al considerar que son óptimamente compatibles durante el primer año pasaran forzosamente por una de las pruebas de fuego de la pareja, la de establecer un código de relación sexual adecuado para la convivencia.

## LOS VALORES SEXUALES

El tema de los valores sexuales es tan importante que sin esa suficiente sintonía es imposible que se produzca el acoplamiento sexual. Aunque la pareja se quiera y se desee aun que compartan un sinfín de principios y proyectos, si en la intimidad uno considera pecaminoso, inmoral o indecente lo que el otro juzga

natural, sano y deseable, la pareja encontrara en esa divergencia un importante obstáculo que puede resultar insalvable si no son capaces de afrontarlo constructivamente.

Cuando los volares sexuales de las parejas de un mismo contexto cultural son muy discrepantes, hemos de suponer que está ocurriendo una de estas dos cosas.

- Que uno es un perverso y el otro un reprimido
- Que uno es normal y el otro tiene un determinado grado de desviación con respecto al comportamiento normativo hacia uno u otro extremo

## CONGRUENCIA SEXUAL

La madurez personal no debe significar la represión del instinto. Pero difícilmente puede considerarse maduro quien solo obedece al principio del placer. Ser maduro es saber armonizar el instinto con la razón y lo que nos gusta con lo que nos conviene y en el plano concreto de la sexualidad, ser maduro es saber discriminar que cosas de las que nos gustan y debemos permitirnos y que cosas no nos gustan, porque creemos que no deben gustarnos. Cuando detectemos estas últimas, estaremos descubriendo los prejuicios sexuales y entonces bastara con revisar el código para adaptarlo a unos principios que armonicen mejor con nuestra naturaleza sexual y que, por tanto, puedan darnos congruencia.

Para realizar esta revisión basta con que cada cual se conteste las siguientes preguntas:

1.- ¿Creo que he tenido una educación rigurosa en todo lo relacionado con la sexualidad?

2.- ¿Me han educado como si no existiera el sexo o cuando se hablaba de él era para reprimirlo y condenarlo?

3.- ¿Cuándo he tenido pensamientos sexuales, o he practicado la masturbación, me he sentido culpable?

4.- ¿Cuándo mantengo relaciones sexuales, reprimo mis apetencias sexuales porque pienso que son inmorales o impúdicas?

5.- ¿Me siento culpable después de realizar determinadas prácticas aunque estas sean aceptadas por mi pareja?

6.- ¿Acepto determinadas iniciativas de mi pareja pero después considero que está demasiado liberada?

7.- ¿Rechazo determinadas prácticas porque considero que son pecaminosas, inmorales o perversas, aunque tanto como mi pareja como yo las deseemos?

8.- ¿Tengo la sensación de que si la gente supiera las cosas que me permito sexualmente opinaría mal de mí?

9.- ¿Considero que la mayoría de la gente tiene una sexualidad más plena y gratificante que la mía?

10.- ¿Creo que la sociedad es demasiado permisiva y tiendo a criticar la libertad sexual de la gente?

Cuantas más veces haya contestado usted si, más posibilidades tiene de estar afectado por la incongruencia sexual y en ese caso, si aspira a disfrutar de la sexualidad, no le queda más remedio que empezar a resolver sus contradicciones, decidiendo y practicando lo que considere lícito y evitando lo que considere rechazable. En eso consiste la congruencia, en proporcionarse sobre las propias contradicciones y actuar en coherencia con la decisión adoptada.

## LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA

El acoplamiento sexual no depende solo del antes y el durante, sino que necesita también el después. En la forma de vivir ese después encierra diferencias de género tan notables que la variable de afectividad post orgásmica, es la que polariza mayor número de quejas femeninas, incluso entre parejas bien acopladas.

Veamos cómo se expresa el importante porcentaje de mujeres que muestran su inconformidad sobre el comportamiento post orgásmico masculino.

- Tan pronto termina se gira y se pone a dormir
- Cuando acaba se levanta y se va a lavar rápidamente
- Parece que sean dos hombres diferentes. Primero tan cariñoso y después tan distante.

Estas tres categorías de quejas femeninas, relacionadas con el calor afectivo de sus parejas tienen, desde el punto de vista del comportamiento sexual masculino, una lógica que conviene conocer si realmente aspiramos al acoplamiento sexual.

## VIVENCIA FEMENINA DE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA

- El orgasmo es la culminación de la relación sexual y eso hace que sea unida a su pareja y se muestre afectuosa.
- Como no tiene periodo refractario desea conservar la proximidad física para mantener el clima afectivo.
- Ha terminado la relación sexual pero no tiene por qué acabar el contacto emocional que recibe a través de la proximidad física.

## VIVENCIA MASCULINA DE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA

- El orgasmo es la terminación de la relación, porque con él se libera la tensión sexual y el organismo entra en un periodo refractario y de necesidad de descanso.
- La sensación de terminación y la necesidad de descanso le induce al distanciamiento físico para dar por terminada la disposición sexual.
- Como asocia la intimidad al sexo, suele recurrir a la higiene post coital para evitar nuevos contactos.

Naturalmente esta descripción contrastada de la vivencia pos orgásmica, no pretende reflejar el patrón normativo del comportamiento general, pero puede tomarse como una tendencia frecuente en la pareja estable.

Por consiguiente y al igual que ocurre en todos los demás aspectos relacionados con el acoplamiento, también aquí la pareja debe realizar un ejercicio de acercamiento que permita la satisfacción mutua. Para favorecer esa comprensión para que ambos géneros entiendan las respectivas peculiaridades de sus actitudes pos orgásmicas.

## REFLEXIONES PARA HOMBRES SOBRE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA FEMENINA

- Por regla general las mujeres asocian la sexualidad con la afectividad, por tanto, haya concluido el acto sexual es comprensible que deseen mantener el calor afectivo.
- Las mujeres no tienen periodos refractarios después de alcanzar el orgasmo por tanto, es natural que aunque estén satisfechas quieran prolongar las caricias y el afecto.



- Que se muestren cariñosas no significa necesariamente que deseen mantener otra relación, por tanto no debe confundirse expresión afectiva con demanda sexual.

## REFLEXIONES PARA MUJERES SOBRE LA AFECTIVIDAD POST ORGÁSMICA MASCULINA

- Los hombres asocian más el sexo con la necesidad y el deseo que con la afectividad. Por eso una vez satisfechos sexual mente, no necesitan expresar su afectividad hasta que no vuelvan a tener sexo.

- Por regla general los hombres, después del orgasmo, pasan por un periodo refractario que se caracteriza por la inhibición del deseo y la necesidad del descanso

- Cuando el hombre está en fase refractaria puede interpretar las caricias como una nueva demanda y como no está preparado para ella, tiende a evitar el contacto físico

Estas observaciones si las asimilamos con espíritu de comprensión, empatía y si procuramos entender al otro, pueden contribuir a culminar con éxito la fase de acoplamiento sexual y permitir que la pareja se instale en un relación sexual plena y gratificante.

*(ROSEMBERG. J., ORGASMO TOTAL, EDITORIAL RELACIONES BUENOS AIRES, 1992)*

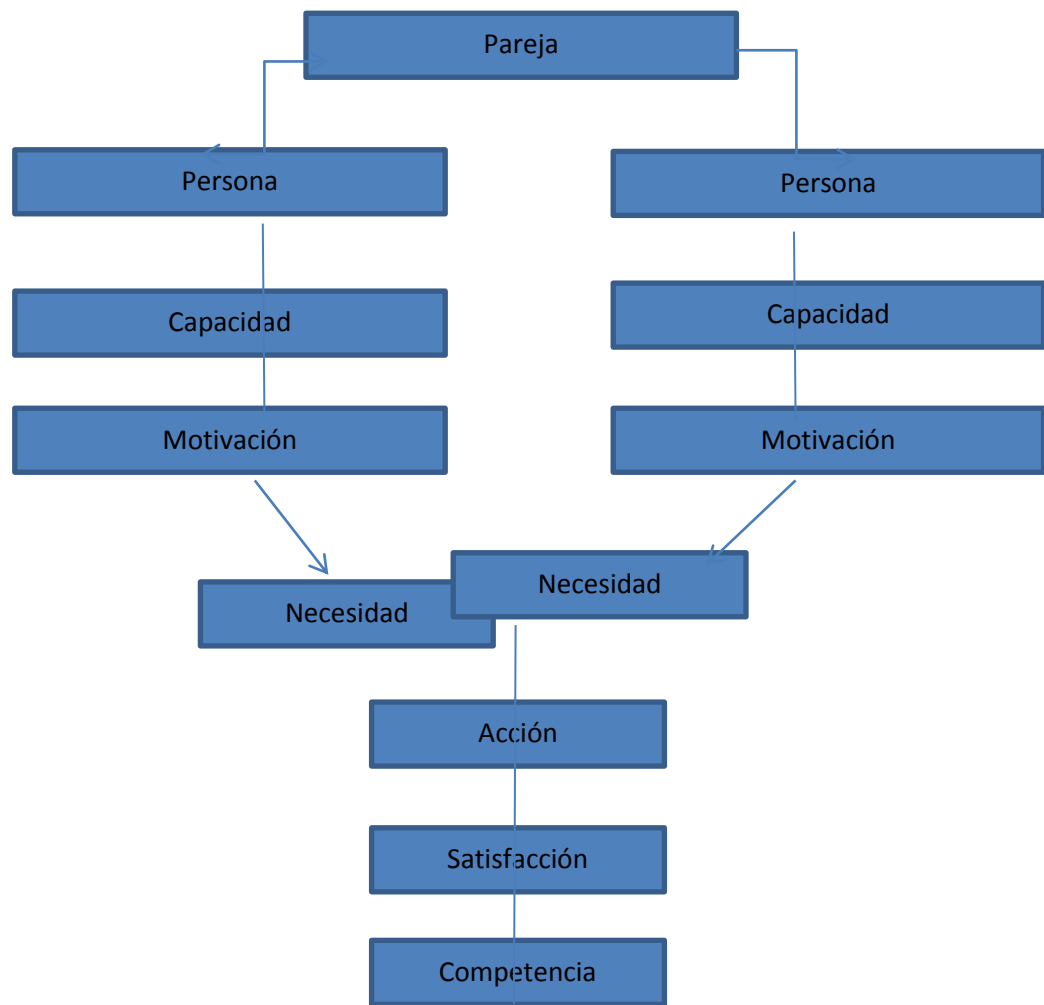
# CAPÍTULO XI

## COMPETENCIA SEXUAL

La capacidad, necesidad y satisfacción son los tres conceptos sobre los que se construye la competencia sexual. Por lo tanto, Vamos a ver como se relacionan entre si y cómo podemos utilizarlos para sentirnos competentes.

En sexualidad, una cosa es la capacidad y otra muy distinta la necesidad. Ejemplo: Un hombre joven con gran energía sexual puede llegar a tener hasta ocho orgasmos en una noche. Esa sería su capacidad. Esto si se tratara de la primera noche con una pareja intensamente deseada, no depende de su capacidad, sino de su motivación.

La capacidad y la necesidad se correlacionan pero no se corresponden directamente porque necesitan la interrelación de la motivación, que en función de su magnitud, convierte la capacidad en necesidad y nos prepara para la acción sexual.



Esquema integrado de la competencia sexual

La competencia sería el resultado de un comportamiento sexual precedido por los siguientes requisitos:

## CAPACIDAD

Es la suma de la energía sexual y de la capacidad funcional de los genitales.

## MOTIVACIÓN

Depende de la relación entre capacidad motivante del sujeto amoroso que debe ser recíproca y suficientemente armonizable.

## NECESIDAD

Es la motivación orientada hacia la acción. Su fuerza es la resultante de la correlación entre la capacidad y la motivación de ambas partes.

## ACCIÓN

Es la expresión de las necesidades coincidente de la pareja. Debe ser precedida por la regla de oro de la sexualidad.

## SATISFACCIÓN

Es la percepción subjetiva coincidente del placer recíproco. Debe ser la consecuencia natural de toda relación sexual bien realizada.

Capacidad, motivación, necesidad, acción y satisfacción de ambos estos factores posibilitan la buena comunicación sexual y activan el sentimiento de competencia por que para sentirnos competentes no tenemos suficiente con disfrutar del sexo, si no que necesitamos sentir que la pareja ha quedado satisfecha en la relación. En este difícil equilibrio entre placer experimentado y placer procurado se encuentra la clave de la competencia sexual. Cuando falta el sentimiento de competencia se resiste la seguridad y cuando falta la seguridad se deteriora la competencia generando un peligroso círculo vicioso del que no se resulta fácil salir. Por eso quien mejora su sexualidad aumenta su seguridad con lo cual , además de evitar el círculo vicioso que empobrece su sexualidad, favorece el proceso contrario y consigue convertir el sexo no solo en una fuente de placer si no, también, en un mecanismo de afirmación de la personalidad.

La seguridad sexual está garantizada si haciendo lo que queremos conseguimos lo que deseamos lo que no esta tan claro es porque queremos lo que queremos. Al hablar de valores y de congruencia no es difícil detectar si hacemos lo que queremos o lo que creemos que quiere el otro. Por eso para no perder la autenticidad en un ámbito tan cargado de prejuicios y lastres culturales como el sexual, necesitamos un referente slido; una pauta que favorezca la energía de nuestra verdadera personalidad sexual y, que a su vez, contribuya a su maduración.

A esa pauta facilitadora, se debe contribuir un comportamiento sexual que favorezca la autenticidad y refuerce el sentimiento de competencia al cual se le llama regla de oro de la sexualidad. Por eso es importante meditar sobre ella, tenerla presente y aplicarla con sabiduría.

## REGLA DE ORO DE LA SEXUALIDAD

Son cuatro principios muy sencillos de formular aunque un poco más difíciles de aplicar.

- 1.- Haz todo lo que quieras.
- 2.- No hagas nada que no quieras.
- 3.- Siempre desde el deseo previo.
- 4.- De acuerdo a la propia escala de valores sexuales.

## HAZ TODO LO QUE QUIERAS

A simple vista parece un precepto fácil de cumplir pero en la práctica no es tan sencillo porque no siempre está claro lo que queremos y lo que queremos no lo queremos siempre y además no siempre nos permitimos hacer lo que nos gusta ya que en ocasiones dudamos de la concordancia del comportamiento. Por estas tres razones es prácticamente imposible desarrollar una sexualidad autentica y congruente sin contestarnos antes estas tres preguntas:

- 1.- ¿Tengo una idea clara de cuál es mi escala de valores sexuales?
  - 2.- ¿Las cosas que hago las hago porque me gusta a mi o porque le gusta a mi pareja?
  - 3.- ¿Las cosas que no hago, no las hago porque no me gustan o porque, de acuerdo con las convenciones sociales considero que no debo permitírmelas?
- Para despejar estas interrogantes es importante realizar un autoanálisis.

## NO HAGAS NADA QUE NO QUIERAS

¿Por qué hacer lo que no quieres todavía? Es más nocivo que dejar de hacer lo que quieres. Quien no hace lo que quiere puede sentirse inhibido o frustrado pero esto hasta cierto punto puede alimentar el deseo y reforzar la sexualidad. En cambio, quien hace lo que no quiere no solo se traiciona a sí mismo, sino que además deteriora el deseo sexual porque difícilmente puede resultar placentero aquello que se realiza en contra de la propia voluntad. Esto se debe a que los prejuicios y los tabúes sexuales no solo están activos para permitir, sino que lo están sobre todo para prohibir

## SIEMPRE DESDE EL DESEO PREVIO

El deseo es la activación de la sexualidad por parte del sujeto amoroso. Por consiguiente, para que se produzca debe coincidir una cierta necesidad fisiológica y un cierto estímulo externo que se refuerzan recíprocamente. Cuando mayor es la necesidad fisiológica más dispuestos estamos a la relación y menos exigente somos en la elección del sujeto sexual.

Es importante tener presente que la práctica sexual debe estar precedida del deseo propio en lugar de ser consecuencia del deseo provocado por el deseo ajeno como ocurre en ocasiones. A veces hacemos el mayor esfuerzo por que

toca, porque el otro tiene ganas o para que nos dejen en paz. Esas motivaciones y otras similares, solo sirven para deteriorar la libido. En la sexualidad lo único que funciona es hacer las cosas que queremos cuando queremos y por qué queremos. Esa es la clave de la buena sexualidad.

## DE ACUERDO CON LA PROPIA ESCALA DE VALORES SEXUALES

En una sociedad tan condicionada y mediatizada como la nuestra es muy difícil que la propia escala de valores sea una escala de valores propios. Siempre, y en casi todo, nos viene impuesta. Viene desde afuera y desde la infancia por los padres, la escuela, los amigos y la sociedad en conjunto. Por consiguiente, la primera dificultad reside en intentar ver hasta qué punto esos valores son válidos para nosotros y hasta que puntos estamos dispuestos a prescindir de ellos si fuese necesario. El reto es importante y difícil de asumir porque cuestionar los valores genera la incómoda sensación de perder los referentes y además corremos el peligro de quedarnos sin alternativas o elegir otras peores. Por eso la mayoría de nosotros optamos por aceptar el modelo establecido y nos reservamos el derecho de criticar sin cambiar.

*(OCHOA A., EL UNIVERSO DE LA SEXUALIDAD, EDITORIAL AGUILAR MÉXICO 2008, "PP".,30-42)*

## CAPÍTULO XII

### LA COMPATIBILIDAD SEXUAL

Entendemos por compatibilidad la coincidencia en grado suficiente de todas y cada una de las variables que posibilitan el acoplamiento sexual, pero sobre todo, de las que están relacionadas con los valores y los rituales. De ella depende, en gran medida, la construcción de un código sexual de la pareja de lo cual se deducen tres principios que debemos tener presentes a la hora de determinar nuestro posible nivel de compatibilidad:

1.- Todo el mundo puede encontrar parejas pero no todas las parejas son compatibles.

2.- Gracias a nuestra plasticidad podemos conseguir niveles de compatibilidad semejantes con distintas parejas, según la sinergia que se genere en cada una de ellas.

3.- La compatibilidad es cambiante generativa y degenerativa, lo cual quiere decir que no siempre, ni para siempre, podemos garantizar el mantenimiento de la compatibilidad.

### CUESTIONARIO DE COMPATIBILIDAD SEXUAL

Elige entre si y no la respuesta que mejor exprese tu realidad sexual.

- |   |       |
|---|-------|
| 1.- ¿Se siente usted libre para tomar la iniciativa sexual?                     | Sí No |
| 2.- ¿Habla libremente con su pareja sobre la sexualidad?                        | Sí No |
| 3.- ¿Se siente utilizado sexualmente con frecuencia?                            | Sí No |
| 4.- ¿Considera que la mayoría de contacto resultan<br>Gratificantes para ambos? | Sí No |



- |   |       |
|---|-------|
| 5.- ¿Considera que lo contactos sexuales son tan Frecuentes como usted lo desea?          | Sí No |
| 6.- ¿Considera que su pareja es demasiado egoísta Y solo busca su placer?                 | Sí No |
| 7.- ¿Después de alcanzar el orgasmo siente usted deseos De permanecer alado de su pareja? | Sí No |
| 8.- ¿Considera que sus relaciones sexuales son demasiado Monótonas o rutinarias?          | Sí No |
| 9.- ¿Recurre usted con frecuencia a fantasías para poder Excitarse?                       | Sí No |
| 10.- ¿Considera que los rituales sexuales que practica Son los que usted desea?           | Sí No |

## INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Preguntas 1, 2, 4, 5, 7, 10 cada si suma un punto

Preguntas 3, 6, 8, 9 cada no suma un punto

## NIVEL DE ACOPLAMIENTO SEXUAL

0-2 puntos: Malo

3-4 puntos: Insuficiente

5-6 puntos: Aceptable

7-8 puntos: bueno

9-10 puntos: optimo

Para realizar este cuestionario, se sugiere que lo contesten por separado y después analicen juntos los resultados. Si lo hacen no solo averiguaran su estado

de compatibilidad sino que, podrán debatir el tema y estarán mejorando su comunicación y profundizando en su respectivo conocimiento.

Cuando hacemos lo que queremos y sabemos porque queremos lo que hacemos, estamos construyendo nuestro código sexual. La construcción de este es determinante para posibilitar una auténtica compatibilidad sexual entendida como la conjunción voluntaria de dos pautas de comportamiento que al manifestarse libre mente crean un código en común. Para crearlo este código conviene tener claro que debe hacerse a partir de propio código.

## FIJACIÓN ERÓTICA

La fijación erótica es un fenómeno sexual que se presenta con cierta frecuencia en determinado tipo de personas, sobre todo en la fase inicial de la relación. Mucha gente confunde la compatibilidad sexual con que está conectada en cierta manera, pero que requiere de otros elementos suplementarios para producirse.

Para poder hablar de fijación erótica deben darse tres requisitos:

- 1.- código sexual suficiente mente compatible.
- 2.- alto nivel de excitación interna.
- 3.- necesidad de dependencia afectiva.

Cuando, en ambos componentes de la pareja, coinciden estos tres elementos se produce un vínculo que se caracteriza por una alta frecuencia de a contactos que son vividos de forma apasionada que los implicados acaban desentendiéndose del medio externo para dedicarse por entero a su pasión. La fijación erótica es la variante inmadura y eufórica de la compatibilidad.

## VIVENCIA SEXUAL

Acoplamiento por código sexual compatible:

- Sensación de buena comunicación sexual.
- Sensación de unión afectiva que se expresa sexualmente.
- Satisfacción por la calidad de la relación.
- Sensación de congruencia en la expresión sexual.
- Sensación de comunicación post orgásmica.

Acoplamiento por fijación erótica:

- Sensación de haber encontrado nuestro ideal sexual.
- Sensación de fusión afectiva que genera sexualidad compulsiva.
- Calidad en la relación pero miedo a perder al sujeto sexual.
- Deseo de satisfacer al otro y de satisfacerse con él.
- Sensación ambivalente de comunicación post orgásmica e insatisfacción por haber concluido el contacto.
- 

## LA SATISFACCIÓN SEXUAL

Practicar un sexo gratificante es relativamente fácil, basta con que coincidan dos personas que se relacionen desde el deseo previo con un cierto nivel de competencia y compatibilidad sexual.

Cuando se dan estos requisitos y el contacto culmina a plena satisfacción de ambos podemos considerar que hemos practicado un sexo gratificante, pero de ello no debe desprenderse que la pareja esté sexualmente satisfecha. Para que una cosa pueda convertirse en la otra necesitamos la persistencia de la experiencia desde la concurrencia de tres factores:

- 1.- Sexualidad libremente ejercida y mutuamente gratificante.
- 2.- Sensación de que la satisfacción sexual favorece el vínculo afectivo.
- 3.- Mantenimiento de la satisfacción el tiempo suficiente como para convertirse en vivencia predominante.

Resumiendo: Cuando se practica desde la congruencia una sexualidad gratificante y esa satisfacción es a tónica general de la relación, podemos considerar que estamos ante una pareja sexualmente satisfecha sin que eso suponga que todas sus relaciones deban ser gratificantes.

La satisfacción sexual es la apreciación positiva de la vida sexual. Pueden existir pequeños desajustes en todos y cada uno de los requisitos con los que hemos asociado el buen funcionamiento íntimo sin que ello lleve aparejado un sentimiento de insatisfacción. Lo importante para la percepción de la satisfacción es el balance positivo del conjunto de las vivencias sexuales.

## PAUTAS PARA PROPICIAR LA SATISFACCIÓN SEXUAL

- 1.- Actúe siempre desde la regla de oro.
- 2.- Respete la regla de oro de su pareja.
- 3.- Crear un código sexual válido para ambos.
- 4.- Exprese su sexualidad de forma natural y confíe en que su pareja hará lo mismo
- 5.- Tenga presente que cada uno tiene su propio esquema de gratificación.

6.- Confié en que su pareja será capaz de conseguir la satisfacción de acuerdo con su propio esquema.

7.- Tenga presente que la mayor manera de disfrutar del sexo es propiciar el propio placer sin forzar ni reprimir el ajeno.

8.- Conceda credibilidad a lo que le diga su pareja, porque si ambos han actuado desde la regla de oro no hay razón para desconfiar de las valoraciones respectivas.

Si la relación está presidida por estos ocho principios no resultara difícil que la pareja se sienta sexualmente satisfecha.

## EL MITO DEL ORGASMO SIMULTÁNEO

La mejor manera de desaprovechar lo que tenemos es desear lo que no podemos tener. Esos es lo que les ocurre a las parejas que se frustran sexualmente porque asocian satisfacción sexual a la obtención del orgasmo simultáneo, cuando este es un placer posible pero no fácilmente logrado. Para no crear falsas expectativas ni defraudaciones innecesarias, debe quedar claro que el orgasmo simultáneo no puede tomarse como referente general de satisfacción sexual por la sencilla razón de que estaríamos induciendo a la mayoría de las parejas a considerar que su sexualidad es insatisfactoria o incompleta.

El orgasmo simultáneo puede formar parte de la satisfacción sexual, pero no es realista convertirlo en meta de una respuesta sexualidad ideal por dos elementos e importantes razones:

- Porque no es logrado a todas las personas
- Porque la propia pareja que lo disfrutan lo valoran positivamente, pero no disfrutan su satisfacción global a esa experiencia.

*(OCHOA A., EL UNIVERSO DE LA SEXUALIDAD, EDITORIAL AGUILAR MÉXICO 2008, "PP".,78-86)*

## CAPÍTULO XIII

### LA NORMALIDAD SEXUAL

Normalidad viene de norma y la norma es aquello que hace la mayoría. Por tanto definir el concepto de normalidad es un sentido estadístico, no resulta demasiado difícil:

Es normal que todo aquello que la mayoría de la gente considera normal. Sin embargo aplicar este criterio al ámbito de la sexualidad resulta difícil por dos razones:

- Porque, normalmente, el sexo se practica en la intimidad. Por tanto, no tenemos información directa de las variantes y peculiaridades de su expresión.
- Porque como existen importantes prejuicios sobre la divulgación de la intimidad, la información disponible basada en estudios de campo puede considerarse sesgada por la tendencia a ocultar datos que se desvíen del comportamiento normativo.

### RITUALES SEXUALES DE REFERENCIA

Para que el comportamiento sexual no genere incongruencia, además de decidirse desde la voluntad de las partes, debe estar contextualizado en una realidad más amplia que le dé sentido de normalidad. Por eso, vamos a establecer una nomenclatura que, recogiendo las prácticas sexuales predominantes, permita situarnos dentro del patrón más o menos homogéneo, relacionado con las variantes sexuales que las personas practican.

Para efectos didácticos, tomamos como referente la información recopilada. La normalidad a la que nos vamos a referir puede aplicarse a más del 90% de las parejas. El resto comprende a parejas que por razones religiosas practican una sexualidad muy restrictiva.

Dentro de este esquema y en función de prácticas sexuales que se permiten se han clasificado a las parejas en cuatro grupos adjudicándoles una denominación que puede ser descriptiva y caracterizadora de su respectivo referente de conducta.

La creación de las siguientes variantes es la siguiente:

- Pareja puritana.
- Pareja tradicional.
- Pareja normativa.
- Pareja evolucionada.
- Pareja trasgresora.
- Pareja parafilica.

Estas variantes son referentes permeables cuyos límites no están claramente definidos, porque ya hemos dicho que una de las propiedades de la sexualidad es su plasticidad y capacidad de evolución. Por esta razón, puede ser que una persona al cambiar de pareja se vea a si misma situada en una variante contigua. La sexualidad es plástica pero no puede de formarse tanto como para pasar de un extremo a otro, a no ser que se trate de circunstancias excepcionales de una fuerte fijación erótica o de un secuestro de la voluntad.

En circunstancias normales, podemos evolucionar hacia el modelo inmediatamente más permisivo a media que a pareja se instala en la fase de convivencia estable, o cuando formaliza una nueva relación en cambio es más



difícil que ocurra lo contrario. Son pocas las personas que aceptan un modelo sexual más limitado que su referente anterior a no ser por la calidad de todos los demás valores de la convivencia compense ese déficit.

## DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS CUATRO VARIANTES DE LA NORMALIDAD SEXUAL.

### PAREJA TRADICIONAL

Entendemos por tal aquellas parejas cuyas pautas de relación sexual son más restrictivas que las que vamos a tomar como referente normativo. Su repertorio sexual consiste en besos, abrazos, tocamiento, masturbación y código vaginal sin demasiadas variantes. En consecuencia con su moderada expresividad, suelen ser personas que hablan poco de su sexualidad porque consideran que debe formar parte de su privacidad y tienen gran capacidad de adaptación al sexo homeostático porque enfocan la sexualidad desde una perspectiva biológica sin que forme parte importante de su escala de valores o intereses principales. Suelen ser personas que tienden a no complicarse la vida por cuestiones amorosas y viven bien adaptadas familiar, social y profesionalmente. Estas personas pertenecen al 20 % de las parejas.

## PAREJA NORMATIVA

Este grupo incluye el comportamiento sexual más amplio y homogéneo y por tanto, se constituye un modelo referencial. Es el porcentaje más numeroso, y es alrededor del 35% de las parejas y que sus pautas de comportamiento de los prejuicios sociales se corresponden con los usos y costumbres aceptados por la moral sexual predominante las variantes distintivas de este grupo es que junto al coito incorporan juegos amorosos como practica más o menos frecuente quienes junto a los besos, abrazos y caricias practican como ritual previo al coito el sexo oral y suelen culminar sus relación con el coito vaginal y la masturbación.

## PAREJA EVOLUCIONADA

La diferencia entre la pareja normativa y la pareja evolucionada está relacionada con la frecuencia y preferencia del sexo oral y la incorporación del coito o la estimulación anal como variante suplementarios. La gama de posiciones coitales es más amplia. En la pareja evolucionada, el coito vaginal está integrado en un todo más amplio que se alterna con sexo oral e incluye un extenso de juegos sexuales otra de sus prácticas distintas es la inclusión del ano como zona a estimular, bien sea con la lengua, el dedo, el pene o algún instrumento adecuado. En este registro de comportamiento sexual podría situarse alrededor del 25% de las parejas.

## PAREJA TRANSGRESORA

También la pareja transgresora tiene sus límites, que son los que imponen su propia condición de pareja estable y que excluye, por ejemplo: La participación habitual de terceras personas en la relación o el uso abusivo y extremo de rituales parafilicos. Por eso el concepto de transgresión debe

entenderse con respecto a la norma, pero no puede considerarse una desviación sexual ni una perversión.

La pareja transgresora no es una pareja patológica si no que se mueve dentro de un código sexual subjetivo congruente con su escala de valores. Sabe e incluye en su conducta y no es mayoría puesto que la práctica, más o menos el 10% de las parejas. Eso no genera sentimiento de culpa si no de aceptación de sus peculiaridades que considera validas porque le produce placer sin restarle congruencia. Estas parejas suelen aplicar el principio del porque no a las incitativas sexuales que se les ocurren y cuando la respuesta es coincidente actúan en tal sentido. Sus componentes no son anormales ni inmorales, si no que se rigen por principios recíprocamente aceptados independientemente de la moral tradicional. Podríamos resumir en dentro de la pareja vale todo lo que la pareja acepta que vale, aunque son conscientes de que su nivel de permisibilidad excede de la conducta sexualmente aceptada.

## CÓDIGO PARA LA CONGRUENCIA SEXUAL

Establecer un código de comportamiento resulta una tarea complicada, pero intentar establecerlo en el ámbito de la sexualidad presenta una especial dificultad porque la vida íntima no debe ser regulada por la sociedad, si no armonizada por la pareja en función de sus preferencias sexuales y categorías morales.

Regular y armonizar son conceptos distintos. Regular implica limitar la libertad propia para posibilitar la ajena y armonizar supone que esas dos libertades auto reguladas vibren sintónicamente. El sexo en pareja no debe ser regulación sino armonía. Debe fluir de forma natural, autentica y congruente desde ambas partes para fundirse en una sola. Por eso, la primera norma de la métrica del

nuevo código no puede consistir en otra cosa que la práctica natural de la regla de oro de la sexualidad.

Por consiguiente, ya tenemos una base firme para la congruencia sexual:

“La regla de oro”. Ahora bien, desde esa base debemos aceptar que la sexualidad es dinámica y evolutiva y que por lo tanto, aunque el código pueda estar bien definido no tiene por qué ser estático. Ya hemos visto en el cuadro de referentes de la sexualidad normativa que hay una serie de variantes sexuales que no forman parte del comportamiento inicial, pero que se incorporan, posteriormente, de forma más o menos intuitiva para evitar la rutina

*(BARLONEU. O., TODO LO QUE HAY QUE SABER SOBRE EL SEXO Y ALGO MAS, EDITORIAL PLAZA BARCELONA 2000, “PP”. 227-230)*

## CAPÍTULO XIV

### LA CRISIS SEXUAL DE LA PAREJA

Seguramente la fase de acoplamiento y precisamente porque la pareja llega a que todo va bien, sus componentes adoptan un código de funcionamiento sexual homeostático que les permite sentirse emocionalmente vinculados y sexualmente gratificados.

Pero quienes permanecen unidos el tiempo suficiente saben que con ello no han sorteado para siempre las dificultades de la vida en común si no que, por el contrario, no tardan en comprobar que la vida en común siempre tiene dificultades. En cualquier momento, en cualquier situación y por cualquier motivo la pareja puede entrar en crisis. Unas resultan fáciles y otras fatales. Unas sirven para fortalecer el vínculo y otras para debilitarlo. Unas son sexuales y otras relacionales, pero todas sin excepción tienen un valor vivencial que adecuadamente integrado constituye el mejor elemento de la madurez personal y mejor calidad de la convivencia.

Por eso, en lugar de tener miedo a la crisis lo que debemos procurar es estar conscientes de superarlas y eso no depende tanto de su magnitud como de su capacidad de para afrontarlas. Si estamos bien, si somos maduros y nos relacionamos constructivamente, no solo tendremos menos problemas, sino que podremos resolverlos mejor. Pero si actuamos desde la fragilidad de la inmadurez, cada pequeño conflicto, discrepancia o dificultad, se convertirá en un obstáculo insalvable.

Para facilitar la comprensión y dinámica de las distintas modalidades de crisis, las hemos clasificado de acuerdo con criterios cronológicos de aparición, situándolas secuencialmente dentro del ciclo natural de la vida de la pareja. Dentro de este ciclo, cada pareja puede pasar por una o varias fases críticas que, en función de los rasgos que las caracterizan y las causas por las cuales se

presentan, forman cinco tipologías suficientemente diferenciadas, como para adjudicarles la categoría de síndrome:

1. Síndrome de procreación
2. Síndrome del padre en el parto
3. Síndrome de mamá y papá
4. Síndrome de la subordinación sexual
5. Síndrome del distanciamiento emocional

Cada uno de ellos en sí mismo, tiene fuerza para desestabilizar a la pareja y la superación de uno no nos inmuniza contra la aparición de los demás si no que, por el contrario, puede ser indicativo de padecerlos todos, aunque también tenemos la posibilidad de hacer la lectura inversa y decir que superar uno sirve para aprender a superar los otros.

## SÍNDROME DE LA PROCREACIÓN

Calificamos como tal al conjunto de fenómenos afectivo-sexuales relacionados con el embarazo, el parto y las primeras semanas posteriores al natalicio. El complejo cambio biológico, Psico estéticos y emocionales que se producen en la gestante y su incidencia en la vida sexual de la pareja.

## INCIDENCIA PSICO-SEXUAL DE LA FASE DE EMBARAZO HOMBRE

A medida que el embarazo avanza aparecen dudas sobre cuál puede ser la mejor forma de mantener relaciones sexuales y suele ser más respetuoso con el

estado y la receptibilidad de la mujer. Por ambas razones, más la de empezar a contemplarla como futura madre, se reduce la frecuencia y fogosidad de los contactos sexuales.

## MUJER

A medida que el embarazo avanza e independientemente que los cambios hormonales inciden en mayor o menor medida en el deseo sexual, pasa por periodos de malestar e incomodidad física asociados al estado de gravidez que repercuten negativamente sobre la libido. Además, la progresiva deformación corporal incide sobre su autoestima y le despierta dudas sobre su atractividad. Todo ello, más la necesidad de encontrar nuevas posiciones coitales o juegos sexuales alternativos “en un momento en que su disposición no es la oportuna hace que disminuya el deseo y la frecuencia de los contactos”.

## EL SÍNDROME DEL PADRE EN EL PARTO

Lo que se va a exponer va a resultar polémico pero es un fenómeno que está en la génesis de algunos casos de inhibición sexual de padres primerizos. Es el deseo detectado en padres que han asistido y visto en directo el alumbramiento de sus hijos. Esto está relacionado con la igualación de roles, y es oportuna porque compartiendo el trascendental momento se fortalecen los lazos afectivos de la pareja y además, se vigoriza el instinto paterno que buena falta hace. Pero la intensa experiencia puede resultar contraproducente para la libido masculina. Por la experiencia expresada por algunos hombres que han quedado afectados por el síndrome, el momento de expulsión del niño marco en ellos un punto de reflexión en la categorización de la vagina. Hasta entonces era una vía óptima para obtener

placer pero desde el alumbramiento se convirtió en el conducto atreves del cual el hijo cobro vida.

## SÍNDROME DE PAPÁ Y MAMÁ

Este síndrome afecta a muchas parejas y suele durar entre uno y dos años, eso cuando no se cronifica y se convierte en la vía de paso de otros síndromes posteriores.

Tan pronto como la madre y el recién nacido salen del hospital comienzan dos nuevas vidas. Una la del bebe y otra la de la pareja, cuyos miembros, a partir de ese momento, pasan a convertirse en papá y mamá con todo lo bueno que eso tiene para la familia y todos los inconvenientes que supone para la sexualidad.

## SÍNDROME DE LA SUBORDINACIÓN SEXUAL

Si la pareja supera con éxito los turnos nocturnos, el reparto de tareas y el cansancio que todo ello produce, poco a poco van normalizando su ritmo de vida y con ello su sexualidad. A partir de que los niños tienen tres o cuatro años, cuando ya son un poco más autónomos y la función educativa se hace más llevadera, la actividad sexual se incrementa hasta alcanzar la frecuencia necesaria para satisfacer las necesidades homeostáticas de la pareja. Y es en el transcurso de esta fase cuando puede aparecer el síndrome de subordinación sexual.

Al hablar de acoplamiento se dice que no siempre se produce y dentro de la pareja que lo consigue no siempre se mantiene.

Aunque este síndrome puede aparecer sin avisar, cuando la capacidad de aceptación del subordinado llega a un determinado nivel de saturación, hay una serie de síntomas previos que conviene conocer para poder intervenir a tiempo:



- Disminución de la disponibilidad para mantener relaciones sexuales.
- Aparición de críticas sobre los usos y costumbres sexuales que configuran el código de la relación.
- Comentarios críticos generales sin que estén justificados por el comportamiento.
- Comentarios elogiosos sobre el modelo de relación de otras parejas.
- Demandas de mayor autonomía y libertad.
- Recriminación sobre hechos pasados que en su momento no crearon polémica.

Cuando la persona incorpora a su comportamiento alguna o varias de estas pautas puede ser un indicativo de la pronta manifestación del síndrome. En este caso conviene actuar porque cuando se produce el síndrome suele ser demasiado tarde para resolver la situación.

## SÍNDROME DEL DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL

Por la propia naturaleza de su origen es el menos traumático y el que más tardíamente se presenta. Sus rasgos característicos son fáciles de identificar a través de verbalizaciones tan gráficas como las siguientes:

- Ya no tenemos que decirnos.
- Somos como hermanos.
- Nos queremos pero no nos deseamos.
- Cada uno hace su vida.
- Estamos muy alejados.

Estos y otros comentarios parecidos son los que indican que la pareja, sin tener conflicto, han caído en el síndrome del distanciamiento emocional. Se podría decir que este síndrome ha llegado porque es el resultado de un largo

proceso degenerativo que se produce entre los veinte y treinta años de convivencia. Son parejas que, por así decirlo, ya han cubierto su ciclo vital y presentan un balance de convivencia globalmente positivo, aunque, a partir de cierto momento, han entrado en una dinámica de caminos divergentes.

El trabajo, los amigos, las aficiones y la propia evolución personal marcan el inicio de un estilo de vida más autónomo en el que aprenden a vivir el uno sin el otro, hasta que un día se dan cuenta de que ya no tienen nada que decirse. Pueden tener hijos comunes, intereses comunes, pero los afectos ya no son comunes.

Hacen el amor muy esporádicamente y cuando lo hacen solo sirve para confirmarles que no tiene sentido mantener el vínculo.

El síndrome de distanciamiento emocional es más nostálgico que doloroso. Les apena separarse por el pasado común, pero a la vez son conscientes de que su relación no tiene futuro. No obstante, como la convivencia no es mala el vínculo suele mantenerse por inercia hasta que un agente externo activa la crisis. Cuando uno de los implicados toma la iniciativa de plantear la separación, y es cuando se pone a prueba la madurez de ambos para aceptar la realidad.

## EL AGRAVIO COMPARATIVO

Todos y cada uno de los síndromes antes mencionados que caracterizan las distintas crisis sexuales de la pareja son en mayor o menor grado resultado del fenómeno del agravio comparativo porque todos los conflictos generan situaciones que despiertan sentimientos de inseguridad.

Cuando el hombre o la mujer creen recibir menos atenciones de las que merecen, cuando consideran que no son tratados con el afecto que hasta entonces

estaban recibiendo empiezan a sentirse inseguros y les asaltan fantasmas de inadecuación o incompetencia que despiertan el mecanismo del agravio comparativo, el cual puede presentarse unilateral o bilateralmente y de forma simultánea o consecutiva, en cada una de las fases críticas por las que atraviesa la pareja estable.

Los agravios comparativos se convierten en uno de los agentes principales del deterioro del interés sexual. Están relacionados con el trato que las parejas tienen a terceras personas pero más cierto es, que la intensidad de esa vivencia depende del propio nivel de seguridad personal.

La seguridad personal es el gran neutralizador del agravio comparativo porque permite una mejor asimilación del mismo y suele actuar a su vez como desactivador del conflicto; aunque, claro está, cuando más fuerte es la agresión más difícil es de asimilarla.

En función de lo dicho anteriormente podemos concluir que para que se active el agravio comparativo deben concluir los siguientes requisitos:

- Déficit de seguridad personal.
- Suficiente magnitud de conducta agresiva.
- Atractiva de la gente externo que recibe el trato diferente.

Cuando una determinada situación provoca la conjunción de las tres variables por que la persona observa que su pareja tiene con alguien atenciones que debería dirigir a ella y le confiere a ese alguien atractivos que no aprecia en sí misma, se activa la dinámica psicológica del agravio comparativo.

*(DE ANGELIS, BÁRBARA, ERES MI MEDIA NARANJA, GRIJALBO 1994, 109 – 127)*

# CAPÍTULO XV

## LOS ERRORES SEXUALES

Si definimos el error como un fenómeno del comportamiento consistente en no hacer las cosas bien o hacerlas mal, tendremos razones para concluir que el ámbito de la pareja estable es un terreno abonado para que se produzca intimidad en ellos. Son tantas y tan amplias las causas que generan comportamientos sexuales inadecuados que la primera dificultad reside en agruparlos por rangos suficientemente homogéneos como para que nos permita clasificarlos.

La prueba de fuego de la madurez humana es la de armonizar el instinto con la razón y el deseo de la ética. Todo el mundo ha vivido en carne propia ese dilema y la forma de resolverlo determina el nivel de madures personal.

La clasificación se ha realizado con criterios didácticos y de claridad expositiva, sin prejuicio de que algunos de ellos puedan desdoblarse. Evidentemente existen otros comportamientos inadecuados pero los principales, tanto como el número de parejas a las que afecta como por la facilidad con que se producen son los siguientes:

- La tarea.
- El aprecio.
- La simulación.
- El placer egoísta.
- El placer altruista.

### LA TAREA

Hacer el amor porque toca ese es el factor desencadenante del sentimiento de tarea. Quienes cae en ese error suele ser gente que se siente

vinculada a su pareja y que con buena intención aceptan o toman la iniciativa sexual no tanto porque ellos lo desean si no porque creen que el otro la necesita.

Ya hemos dicho, en la regla de oro, que no conviene mantener relaciones sexuales sin deseo previo y quien actúa desde la tarea está contraviniendo ese precepto fundamental y además tampoco tiene la garantía de que realmente el otro necesite ese favor.

## EL APREMIO

Es una toma de iniciativas que la otra parte aún no está preparada para aceptar. Cuando alguien se queja de que siempre es él, el que empieza debe reflexionar sobre su comportamiento porque quizá esas iniciativas son vividas por la pareja como un apremio. Y el apremio es tan malo para quien lo emite como para quien lo recibe.

## LA SIMULACIÓN

Para entender este fenómeno lo primero que se debe preguntar es porque las mujeres simulan el orgasmo, cuando eso las priva de la experiencia cumbre del placer sexual. Y como para saber la verdad lo mejor es preguntarles a ellas cuales son las respuestas con las que ellas justifican su comportamiento:

- Porque no tengo ganas de continuar.
- Para que él se sienta satisfecho.
- Porque si no llego al orgasmo él se enfada.
- Porque hasta que no cree que lo he conseguido no para.
- Para terminar pronto.
- Para halagarle y hacer que se sienta hombre.

- Para que me deje tranquila.
- Porque si no me dice que no sirvo ni para tener orgasmos.

Podríamos seguir con cientos de comentarios parecidos pero no añadiríamos información relevante porque esta pequeña muestra permite concretar los dos grandes referentes motivacionales que inducen al fingimiento orgásmico:

1. El de las mujeres que fingen para que el hombre se sienta competente.
2. El de las mujeres que, por diversos motivos, fingen para poder dar por concluida la relación.

Evidentemente los dos argumentos no se excluyen entre sí, si no que se refuerzan hasta el punto de que muchas afectadas no saben precisar cuál de las dos variables es más significativa, ya que para ellas el fingimiento surge como una necesidad adaptativa.

## EL PLACER EGOÍSTA

El placer egoísta es una recomendación comprensible pero errónea. Comprensible porque es cierto que si nosotros no disfrutamos del sexo difícilmente disfrutara el otro, pero en el sentido de que nuestra sola satisfacción no garantiza la de la pareja. Y si la pareja no disfruta tarde o temprano se deteriora la relación.

Se escucha mucho decir ¿es un egoísta que solo va a lo suyo? Muchas mujeres que recriminan el comportamiento sexual de sus compañeros. El egoísmo sexual positivo es aplicable al comportamiento sexual y para estos efectos y situar

el tema dentro del marco de la preservación de los errores sexuales tenemos que precisar tres cosas:

1. El egoísmo no es más que la manifestación socializada del instinto de conservación, por consiguiente no podemos evitar el egoísmo, pero podemos intentar regularlo para que su expresión no afecte negativamente al prójimo.

2. Esa expresión auto regulada, previa conciliación interna entre la parte instintiva y la parte racional del individuo, es lo que clasificamos de egoísmo positivo y como tal puede conseguir que el comportamiento sea una síntesis entre nuestros deseos y las limitaciones auto decididas que consideramos conveniente aplicar.

3. La expresión de ese deseo adecuadamente canalizado es lo que permite que la sexualidad, sin dejar de ser instintiva, sea suficientemente adaptativa como para que su ejercicio este regido por el egoísmo positivo.

La importancia de la teoría del egoísmo como guía a través de la cual es posible resolver los errores sexuales es tal que sin ella sería imposible conseguirlo.

*(DE ANGELIS, BÁRBARA, ERES MI MEDIA NARANJA, GRIJALBO 1994, 130 – 134)*

# CAPÍTULO XVI

## LEY GENERAL DE LA DINÁMICA DEL EGOÍSMO

1. Toda relación personal genera percepción de egoísmo cuando los intereses de las partes no son coincidentes.

2. En la mayoría de situaciones de la vida cotidiana, la categorización del egoísmo como positivo o negativo es subjetiva y está relacionada con la defensa de los propios intereses.

Si analizamos detenidamente los postulados de la ley veremos que explican perfectamente la mayoría de conflictos que se producen en el ámbito de la sexualidad de la pareja. Cuando ambos tienen ganas no hay problema, pero si uno de ellos insiste y el otro rechaza los dos se tachan de egoístas porque los intereses de las partes no son coincidentes.

### PROCESO DE CONVERSIÓN DEL EGOÍSMO

#### RAZONAMIENTOS

- El egoísmo tiene base instintiva.
- Debemos de aceptar el egoísmo pero regular la expresión.



## FORMULACIÓN CONDUCTUAL

- Tenemos derecho a comportarnos de manera tal que nos produzca satisfacción.
- Tenemos derecho a ser fieles a nosotros mismos y a no traicionar nuestros principios.
- Pero a la vez y para poder ejercer esos derechos, tenemos el deber de respetar el ejercicio de los derechos ajenos equivalentes.

## EL PLACER ALTRUISTA.

El altruismo es inadecuado porque en el sexo no puede existir. La sexualidad ni puede ni debe ser altruista porque es fisiológicamente imposible y psicológicamente contraproducente. Para poder hablar, con propiedad de placer altruista deberíamos encontrar una persona cuya satisfacción consistiera exclusivamente en el placer que proporciona al otro, porque si el placer del otro le produce placer a él ya no es altruista si no placer reflejo o placer sinérgico.

Lo que impropriamente clasificamos de placer altruista son, casi siempre, conductas de búsqueda de aprobación de personas con baja autoestima que necesitan tanto el afecto de la pareja que se esmera en procurarle toda clase de satisfacciones para intentar retenerla a su lado.

*(BOLINCHES A., LA FELICIDAD PERSONAL, GRIJALBO 2001, "PP". 145 – 160)*

## CAPÍTULO XVII

### LA MADUREZ SEXUAL

Gracias a la madurez, la inteligencia, o la suerte o más exactamente, por la adecuada combinación de las tres cosas, han seguido intuitivamente el camino del sexo sabio y han sido capaces de acoplarse como pareja, sosteniendo las distintas crisis y errores sexuales, es posible que se encuentren en plena madurez aunque esa plenitud significa cosas muy distintas según sea usted hombre o mujer.

En el ámbito psicológico la madurez no es sexista y quien asimila adecuadamente las cosas gana equilibrio y sensatez. Fortaleciéndose mentalmente y quedando preparada para afrontar mejor las dificultades del futuro. Vivir no es una garantía de aprender, de la misma manera que escuchar no es una garantía de comprender. Lo que nos ayuda a madurar no es lo que vivimos si no la forma positiva de integrarlo, porque quien no asimila, de forma adecuada, su realidad aunque viva mucho no aprende nada. Y quien no aprende, ni madura ni progresa.

Esa noción de aprendizaje vital relacionada con la aceptación de la realidad es la que nos conviene tomar como referente para tratar el tema de la madurez sexual. Lo primero que debemos tener presente es que la maduración personal y sexual siguen dinámicas, evolutivas diferentes y en cierto aspecto antagónicas, por eso lo que nos hace madurar como personas no sirve para la maduración sexual y viceversa.

### MADURACIÓN PSICOLÓGICA

- Los buenos momentos son para disfrutar y los malos para aprender, por tanto solo maduramos con los malos momentos.
- Es accesible a todas las personas que sean capaces de auto criticarse y aprender de sus errores.

- Los años y la adecuada integración de las vivencias facilitan el proceso en hombres y mujeres con resultados semejantes.

## MADURACIÓN SEXUAL

- Son los buenos momentos, precisamente porque hacen disfrutar, los que sirven para madurar. En cambio las experiencias negativas bloquean la maduración sexual.
  - Afecta de forma muy distinta a hombres y mujeres y no depende de los errores si no de los aciertos.
  - Los años y la adecuada integración de las vivencias facilitan el proceso en hombres y mujeres con resultados muy distintos.

Como pueden apreciar las diferencias son notables y no podemos considerar los procesos como paralelos, aunque existe entre ellos una conexión importante que conviene resaltar: la persona que madura psicológicamente acepta la maduración sexual produce efectos distintos en ambos sexos y procura adaptar su comportamiento a esa realidad.

## EL HOMBRE, EL SEXO DÉBIL

En el actual modelo de sociedad es evidente que el calificativo de sexo fuerte aplicado al hombre ha dejado de tener sentido excepto en lo relativo a la fuerza muscular. En todos los demás aspectos nuestras capacidades son semejantes y en cuanto al valor esencial que necesitamos para entendernos, que es la inteligencia, está claro que las diferencias que pueden existir no son de género si no individuales. Por eso no es bueno que el hombre siga considerándose el sexo fuerte ya que esa creencia solo sirve para acentuar la inseguridad que provoca en los hombres el mayor potencial sexual de las mujeres.

Una de las cosas que más perjudica la seguridad de las personas es la sobre valoración, porque cuando uno se sobrevalua tiene muchas posibilidades de verse defraudado por su propio comportamiento. Y eso es lo que le ha ocurrido al hombre contemporáneo en relación a su insaciable apetito sexual.

Siguen vigentes muchas creencias erróneas sobre la condición femenina y masculina, pero la mayoría de ellas no tienen más base que la otorgada por la tradición ni otro fundamento que una lectura de la realidad, realizada en clave sexista. Ciertamente existen características que nos hacen distintos en una serie de aspectos pero esas diferencias no deben utilizarse para la injusticia ni como argumento para la discriminación.

Las parejas para que funcionen deben comprenderse en la doble aceptación del vocablo. Comprenderse sexualmente a la vez que se comprenden como personas. Porque, al margen de matices y polémicas sobre los aspectos de que nos diferencian, la fuerza de la realidad nos sitúa ante un panorama en el que los hombres y las mujeres no debemos considerarnos unos a otros ni igual, ni distintos, si no semejantes. Este enfoque conciliador ayudara a que las mujeres administren bien su evolución sexual y los hombres acepten mejor sus limitaciones.

Las pautas de comportamiento y preferencias sexuales pueden variar mucho según las distintas latitudes, razas y culturas.

## LA MUJER, EL SEXO FUERTE

“No hay mujeres frías si no hombres inexpertos”. La incapacidad de muchos hombres para satisfacer sexualmente a su pareja. Desde que la mujer ha ganado capacidad de disfrute sexual el hombre empieza a sentirse incompetente, porque los hombres no tienen miedo a las mujeres frías si no a las que son capaces de expresar su deseo sin complejos. Y en ese sentido la categorización sexual de

la mujer como sexo fuerte no es más que la constatación social del fenómeno generalizado del cruce de apetito sexual que se está produciendo desde que la mujer ha conquistado su libertad sexual.

Hace medio siglo, cuando la mujer estaba al servicio del placer masculino, era difícil que el hombre se sintiera incompetente pero desde entonces, debido a la igualación de roles sociales y sobre todo gracias a que los métodos anticonceptivos han permitido disociar la sexualidad de la procreación, las mujeres han ido desarrollando su capacidad de disfrute sexual, hasta convertirse en el sexo fuerte.

1. La mujer accede de forma generalizada a métodos anticonceptivos fiables.
2. Eso permite disociar sexualidad de procreación y favorece el ejercicio de una sexualidad más libre y desinhibida.
3. La consecuencia natural del proceso es una mayor práctica y un mejor disfrute sexual.
4. El incremento de frecuencia y placer incide en la sensibilización de las zonas erógenas y aumenta su capacidad y buena disposición sexual.
5. Como consecuencia de todo ello, y por esfuerzo conductual, las mujeres desarrollan su potencia hasta el punto de convertirse en tres generaciones en el sexo fuerte.

Este ha sido el proceso de la evolución sexual femenina durante los últimos 50 años. Hemos pasado de la mujer – madre subordinada al varón y con una sexualidad orientada a la procreación, a la mujer-persona que decide autónomamente a la maternidad y disfruta libremente de la sexualidad.

## ZONAS ERÓGENAS

Podemos asegurar que en la madurez, tanto el nivel de sensibilidad como el número de zonas erógenas es superior en las mujeres que en los hombres.

### Zonas erógenas masculinas

- Pene
- Testículos

### Zonas erógenas femeninas

- Monte de venus.
- Labios mayores.
- Labios menores.
- Clítoris
- Vagina

### Zonas erógenas con sensibilidad similar en ambos sexos

- Boca (especialmente labios y lengua).
- Perineo

### Zonas erógenas más desarrolladas en la mujer

- Párpados, Cabello, Orejas.
- Cuello, Nuca, Hombros.
- Espalda, Axilas, Vientre.
- Cintura, Caderas, Nalgas.
- Inglés, Muslos, Corvas.
- Pies, y especialmente el ano y los pechos.

## VÍAS ORGÁSMICAS

El hecho de que el número de zonas erógenas y la sensibilidad de las mismas sean notablemente superiores en las mujeres tiene unas consecuencias muy claras en el respectivo potencial orgásmico.

Mientras, los hombres tienen focalizada esa capacidad en el pene y puede alcanzar fácilmente el orgasmo (a veces con demasiada rapidez), las mujeres, como corresponde a la mayor complejidad de su anatomía sexual, responden más lentamente a los estímulos sexuales pero con la adecuada estimulación disponen de cuatro vías orgásmicas: clítoris, vagina, ano, y pechos. Las más comunes y eficaces son el clítoris y la vagina, pero hay mujeres que están dotadas para alcanzar el orgasmo con la sola estimulación del ano o las mamas, aunque debemos precisar que al poseer varias vías orgásmicas no significa tener distintos tipos de orgasmo. Por lo que sabemos, hasta el momento existe un único reflejo orgásmico aunque puede desencadenarse desde distintos puntos; y las diferencias que sienten las mujeres entre los orgasmos y otros dependen más de aspectos afectivos, y de la intensidad del placer provocado por el tipo de estimulación, que de la vía que lo propicia. Lo que determina la calidad de un orgasmo es la correlación entre la intensidad del reflejo y la vivencia subjetiva del mismo. Y quien establece distintas categorías de orgasmo está contribuyendo a crear una actitud mental que deteriora su capacidad de disfrute y disminuye la calidad de la vivencia, ya que para alimentar el deseo y conservar el interés sexual lo relevante no es que el orgasmo sea clitoriano, vaginal o anal si no que la experiencia resulte gratificante para ambos.

Pero las diferencias a favor de las mujeres no acaban en las vías orgásmicas si no que se extienden también a su potencial. Cuando la mujer alcanza la madurez no solo maneja su capacidad de disfrute, si no que muchas de ellas se tornan multi-orgásmicas y eso hace todavía más evidente las diferencias de género.

El hombre suele tener un único orgasmo y después pasa por un periodo refractario que le hace rechazar cualquier tipo de estimulación sexual. En cambio la mujer, tanto si es mono-orgásmica como multi-orgásmica, sigue estando receptiva a nuevas iniciativas y en el caso de que pase por la fase refractaria suele ser más corta, y durante ella acepta muestras de afecto sexualizadas.

Por consiguiente si las mujeres tienen más zonas erógenas, más vías orgásmicas, mayor potencial y menor periodo refractario, los hombres deben aceptar que en lo tocante a la sexualidad, son el sexo débil y ellas el sexo fuerte. Y aunque esto eche por tierra los cimientos de la cultura sexista y nos suma en la desorientación y la desconfianza, si queremos contribuir al mantenimiento de la pareja estable, no tenemos otra opción que aceptar la realidad y empezar a conciliar nuevas apetencia y potencias sexuales.

Los años no deben servir solo para envejecer sino también para madurar y puesto que una de las consecuencias más positivas del proceso de maduración consiste en aceptar la realidad y ser capaces de incidir sobre ella para transformarla, hemos de suponer que las personas que asimilan la forma adecuada, sus vivencias están en condiciones de evitar nuevos errores porque han sabido aprender.

Los cincuenta años son un referente óptimo para reorientar la sexualidad por varias e importantes razones de relevante significación que afecta sobre todo a las mujeres. La primera de ellas es que, alrededor de esa edad, la mujer supera el síndrome menopaúsico y se instala después de más de tres décadas de fertilidad, en una nueva fase sexual en la que su conducta ya no va a estar condicionada por la posibilidad de embarazo o por los medios que se adoptan para evitarlo.



La sexualidad post menopáusica es por lo tanto una sexualidad más libre y menos condicionada de la que se puede ejercer durante el periodo fértil. Ciertamente es que la disminución de estrógenos resta plenitud y capacidad de lubricación a la vagina. Pero con la adecuada terapia de sustitución hormonal muchas mujeres aseguran que a partir de ese momento han pasado por una de las mejores etapas de su vida sexual.

Lo malo es que, cuando rondan los cincuenta, los hombres llevan más de veinte años perdiendo facultades y algunos de ellos han entrado ya en la etapa de impotencia degenerativa por eso la mediana edad es una época sensible al síndrome de distanciamiento emocional ya que las parejas, después de largos años de convivencia, suelen estar receptivas a propuestas sexuales externas que incrementen su ego.

## PLACIDEZ SEXUAL

Las parejas que conviven en armonía describen la sexualidad de su madurez como más placida y menos apasionada que la que disfrutaban en su juventud, pero la valoran de forma muy positiva desde un punto de vista afectivo; lo cual quiere decir que a medida que pasan los años lógicamente, disminuye la frecuencia pero puede aumentar el cariño.

*(BOLINCHES A., EL ARTE DE ENAMORAR, GRIJALBO 2007, 99-130)*

## CAPÍTULO XVIII

### PROBLEMAS Y SOLUCIONES SEXUALES

Hasta ahora hemos hablado de las dificultades sexuales que surgen a lo largo de las distintas fases de convivencia y hemos procurado ofrecer pautas que ayuden a superarlas, porque estamos convencidos de que la armonía de la pareja no depende de la ausencia de conflictos si no de la capacidad de superarlos.

Toda pareja, para llegar unida a la madurez ha pasado por un determinado número de crisis que a medida que han sido resueltas han capacitado a sus componentes para afrontar adecuadamente las siguientes. Primero vienen las del acoplamiento, después los distintos síndromes sexuales y si esto llegan a superarse se alcanza la fase de sexualidad homeostática, en la que conviene permanecer vigilante para no caer en ninguno de los errores que suelen producirse durante ese periodo de convivencia.

Convivir es compartir y conceder. Y en esa transacción constante entre personas que siendo distintas quieren vivir juntas la personalidad de cada una de ellas en cuanto las condiciones adecuadas para afirmarse así misma armonizándose con la otra. Gracias a ese proceso de definición de lo propio y acomodación a lo ajeno, el individuo pasa por la única escuela en la que el premio no consiste en terminar los estudios si no en seguir matriculado cada nuevo curso. La pareja es la gran escuela de la vida porque no hay otro ámbito en el que deban resolverse tantos problemas. Por eso, metafóricamente hablando, la vida en pareja no es una vida de cine, si no de teatro.

En el cine una vez realizado el esfuerzo de la filmación se monta la película y queda lista para verla siempre idéntica así misma. En cambio en el teatro la misma obra siempre resulta distinta porque cada día supone una nueva representación en la que se producen incidentes que es preciso resolver.

Aunque tengamos un guion de vida aunque estemos firmemente convencidos de la calidad de nuestro proyecto afectivo, la pareja vive inmersa en una realidad plagada de dificultades internas a las que hay que añadir las tentaciones externas que surgen durante el periodo de convivencia y esto nadie lo sabe tan bien como quienes llevan compartiendo veinte, treinta o cuarenta años de su vida.

*(GRAY JOHN, MARTE Y VENUS EN EL DORMITORIO, GRIJALBO BARCELONA "PP".1994, 183-185)*

## LA MONOTONÍA DE LA VIDA COTIDIANA

Convivir implica establecer reglas, seguir pautas y fijar costumbres. Y el acoplamiento de la pareja consiste básicamente en pasar por ese proceso. El problema es, al consolidarse el esquema, se crean inercias que facilitan su ejecución, pero esas inercias a su vez restan espontaneidad a la relación y tienden a convertirse en monotonía. Monotonía quiere decir falta de estímulo y novedad cuando lo que requiere el sexo es precisamente lo contrario.

El gran enemigo de la estabilidad es la monotonía, que es su deformación perniciosa. Cuando todo esto está previsto, cuando todo está pautado y controlado es cuando la norma se convierte en costumbre y la costumbre en rutina.

## ESTÍMULOS SEXUALES

Puesto que de lo que se trata es de poner nuestros potenciales al servicio de la erótica, quizá ha llegado el momento de recordar que tenemos cinco sentidos y que cada uno de ellos puede convertirse en una fuente importante de captación de sensaciones que pueden estimular el deseo y favorecer el buen desempeño sexual.

La música en su modalidad romántica es la fuente de erotización que se utiliza con mayor frecuencia en nuestra cultura, pero con la música no se agotan el amplio abanico de posibilidades de estimulación que nos ofrecen nuestros cinco analizadores (vista, oído, olfato, gusto, y tacto) cada uno de ellos está dotado de un complejo sistema perceptivo que puede aportarnos una infinita gama de alicientes en forma de imágenes, sonidos, olores, sabores y sensaciones táctiles.

## IMÁGENES

La importancia de los estímulos visuales como fuente de excitación de la libido. Las imágenes eróticas en cualquiera de sus soportes, (dibujo, pintura, fotografía, cine, televisión y ahora *Internet*) son utilizadas recurrentemente por muchas parejas para incentivar el deseo y favorecer las relaciones sexuales.

## LOS SONIDOS

Las canciones románticas son dos de las grandes fuentes generadoras de sensaciones que predisponen a la sexualidad o se asocian a ella. Tanto es así que cada persona, si hiciera un ejercicio de memoria nostálgica, no tendría dificultad para recordar tres o cuatro canciones que estén unidas a vivencias eróticas de alta intensidad.

## LOS OLORES

En clave de estímulo sexual son dos los olores que nos interesa tratar: el que tenemos y el que nos podemos poner. Ósea, el del propio cuerpo y el de los perfumes, colonias y aceites. Es cierto que determinadas fragancias, adecuadamente utilizadas pueden estimular la libido y que cuando su olor es muy característico y especialmente agradable el estímulo olfativo despierta automáticamente la evocación de la imagen a quien está asociado.

## LOS SABORES

Como incentivador de la libido, el sabor es un estímulo de baja intensidad. Podemos enamorarnos de una imagen, una voz, la fragancia que desprende un cuerpo o la suavidad de su piel pero no de un sabor.

## SENSACIONES TÁCTILES

El tacto es el sentido sexual por excelencia. De hecho, el sexo es la comunicación de dos epidermis. Y a su lado todos los demás adquieren categoría de coadyuvantes previos ya que ver, oír y oler despiertan inmediatamente las ganas de tocar.

Tocar no es solo un estímulo si no la propia esencia de la sexualidad y los tocamientos son el ingrediente fundamental de la mayoría de los rituales sexuales. Además, el tacto tiene la propiedad de ser la única fuente de estimulación que genera sinergia entre su formulación activa y pasiva, y al mismo tiempo que da placer, produce placer en quien la da.

Las vías receptoras de las sensaciones táctiles son los corpúsculos de MEISSNER (se ubican en las papilas de dérmicas de la piel, sobre todo en las

palmas de las manos y de los pies y son unos pequeños órganos ovalados del interior de la piel, que poseen terminaciones nerviosas al tacto ligero), cuyo interior se ramifican importantes terminaciones nerviosas que, aunque están diseminados en toda la epidermis, son especialmente numerosos en las manos (sobre todo en la yemas de los dedos), plantas de los pies, labios, órganos sexuales y mamas, por eso tales órganos son los que desempeñan un papel tan importante en la sexualidad.

## LOS AFRODISIACOS

El afrodisiaco más potente es el enamoramiento. Cuando uno está inmerso en la fase pasional de la relación amorosa no necesita más afrodisiaco que la presencia o el recuerdo de la persona amada para que emerja el deseo en todo su esplendor. Pero como lo que define a la pareja estable es trascender esa fase e instalarse en una convivencia que puede durar diez, veinte o más años, lo lógico es que cuando llega la sexualidad homeostática necesiten de cuando en cuando, algún incentivo que agite las dormidas aguas de la pasión. Y esa función la cumple por un lado la adecuada utilización de los estímulos sexuales y por otro, los afrodisiacos.

Los afrodisiacos toman su nombre de afrodita, la diosa del amor de la mitología griega, y sirven para definir aquellas sustancias que tienen el poder de excitar el apetito sexual

# RECETARIO DE PLANTAS Y ALIMENTOS

## AFRODISIACOS

Plantas afrodisiacas

- Damiana (*turnera diffusa*).

Su acción afrodisiaca deriva de su capacidad psicoestimulante.

Recomendada en casos de impotencia masculina y frigidez femenina, en especial cuando no son de origen psíquico.

- Eleuterococo (*eluterococcus senticosus*).

Estimula la función de las glándulas sexuales. Con el eleuterococo nace el término de “adaptógeno”, que se refiere a aquellos remedios que estimulan inespecíficamente el sistema inmunitario aumentando la resistencia física y psíquica del individuo y dando energía, factores directamente relacionados con una actividad sexual satisfactoria.

- Ginseng (*panax ginseng*).

Quizá el “adaptógeno” más conocido en la actualidad, que además de la potencia sexual mejora el rendimiento físico e intelectual. No es conveniente abusar de él porque puede producir excitación nerviosa.

- Guaraná (*paullina cupana*).

Tónico y excitante del sistema nervioso muy indicado en casos de inapetencia sexual.

- Hipérico (*hypericum perforatum*).

Como la damiana su acción afrodisiaca deriva de su efecto psicoestimulante, tonifica el sistema nervioso neurovegetativo, el hipérico mejora el estado anímico general redundando en beneficio a la vida sexual.

- Menta (mentha piperita)

La infusión de menta fuerte, caliente y muy azucarada, tan ampliamente utilizada en el mundo árabe, es un tónico estimulante de la libido por su efecto aperitivo y digestivo.

#### Alimentos afrodisiacos

- Avena (avena sativa).

En los últimos años se ha utilizado la mono dieta de avena por sus enormes posibilidades terapéuticas y se ha comprobado que las personas que toman habitualmente aumentan su libido de forma considerable.

- Chocolate

La bebida sagrada de los aztecas, que tomaban en honor a Xochiquétzal la diosa de la fertilidad en la mitología azteca. Es tan adictivo y excitante como el café y se haya tan integrado en nuestra cultura que constituye otro de los alimentos fundamentales de la cocina afrodisiaca.

- Erizo de mar

De aspecto poco atractivo, en algunos lugares se le considera todavía más afrodisiaco que la ostra, como muy bien saben los pescadores que esperan la temporada del erizo de mar con impaciencia. Su intenso sabor a mar, debido a su alto contenido de yodo, la textura y el intenso color anaranjado de su carne le confieren un alto poder estimulante.

- Frutos secos

Los más utilizados en las recetas afrodisiacas son las almendras, dátiles, nueces y pistaches, probablemente porque son por si mismos alimentos tremendamente completos. Se dice que un beduino puede sobrevivir en el desierto comiendo únicamente seis dátiles al día. Las almendras serian su equivalente en la cultura mediterránea y las nueces en la cultura centro europea.



- Frutas

Fresas, granada, higos, mangos, manzana, papaya, pera y plátano.

El efecto afrodisíaco de estas frutas se debe a su capacidad de evocar los órganos sexuales tanto masculino como femenino, ya sea por su forma, color, textura o sabor. La fresa se asocia a los pezones, la granada al esperma masculino, el higo a la vulva femenina, el mango a los testículos, la manzana a los pechos de la mujer, la papaya a la vagina, las peras al cuerpo de la mujer y el plátano al órgano masculino.

- Huevos

El huevo es el símbolo máximo de la fertilidad. Se cree que la yema de huevo es una fuente de energía sexual porque de ella nace la fuente de la vida. El mismo Eros, el dios griego del amor, nació de un huevo. La versatilidad del huevo en la cocina, lo convierte en otro de los ingredientes fundamentales de la cocina afrodisíaca, es especial en forma de dulce, combinado con miel o azúcar, aunque es el huevo crudo el que produce un mayor efecto estimulante a la libido.

- Miel

Uno de los ingredientes universalmente más utilizados en las recetas amorosas, probablemente debido a la gran cantidad de vitaminas y minerales que contiene y a su untuosa textura, ideal para los más variados juegos eróticos.

- Ostras, almejas y mejillones

La literatura erótica está llena de referencias a esta triada de la cocina afrodisíaca por su contenido en fósforo y su semejanza con el sexo femenino. Las ostras y las almejas es mejor comerlas crudas.

- Picantes y condimentos

Los picantes y condimentos (chile, mostaza, jengibre, pimienta, ajo, cebolla, clavo, cúrcuma, azafrán, canela, nuez moscada) pueden considerarse

también afrodisiacos porque estimulan el área urogenital. Conviene no abusar de los mismos porque en exceso puede resultar irritante.

- Vegetales

Ajo, alcachofa, apio, berenjena, berros, cebolla, escarola, espárrago, espinacas, lechuga pepino, tomate y zanahoria.

El poder afrodisiaco de los vegetales citados debe atribuirse a su alto contenido en vitaminas y minerales, los cuales están íntimamente relacionados con la vida hormonal de nuestro organismo, fundamental para una correcta función sexual.

- Vino y cava

La uva es quizá la fruta más asociada al desenfreno sexual como ingrediente imprescindible en orgías y bacanales debido a la capacidad embriagadora de su jugo transformado en vino o en cava

*(LEONELL. E., MAS HAYA DE LOS LABIOS EDITORIAL NOGET BARCELONA 1995, "PP". 222, 224 Y 230)*

## CAPÍTULO XIX

### LOS CAMINOS DEL SEXO

Si la pérdida del interés sexual es la consecuencia de la saturación y la monotonía, quizá evitando ambas cosas podamos conseguir que el deseo se mantenga.

Si somos capaces de evitar problemas de hoy quizá podamos empezar a resolver los problemas que la pareja estable viene arrastrando desde la conquista de la libertad sexual.

A mediados del pasado siglo, se produjeron dos fenómenos que nos han llevado a la actual situación. El primero fue la igualación de roles entre hombres y mujeres. El segundo, la generalización de la píldora como método anticonceptivo barato y eficaz.

Las dos cosas juntas, que son naturalmente valores importantes del actual modelo de civilización, crearon unas costumbres sexuales más permisivas y esas costumbres generaron una mayor movilidad de la pareja que dio lugar a la aparición del modelo de las relaciones conocido como “pareja mono-orgásmica-sucesiva”.

Este modelo que se está generalizando en todo el mundo occidental, consiste en que las parejas están unidas mientras (dura el amor) entendiendo por tal lo que nosotros hemos denominado fase pasional. Y cuando se acaba esa fase se inicia una nueva relación y así sucesivamente. Haciendo una valoración

estrictamente sexual del invento, el modelo tiene sentido, porque permite pasar por tres, o cuatro relaciones “estables”, disfrutar en todas ellas de la fase pasional y cuando se acaba la fase cambiar de pareja y reiniciar el proceso.

El problema es que ese esquema tampoco funciona, porque siguiendo la evolución de muchas de las personas que han pasado por él, lo más habitual es que lleguen a los cincuenta o sesenta años con hijos de distintas parejas y una cierta sensación de desencanto, mientras se hacen la siguiente pregunta, ¿hasta qué punto ha valido la pena?

*(STERNBERG ROBERT J Y CATHERINE WHERNEY, EL AMOR COMO A USTED LE GUSTA, VERGARA BUENOS AIRES 1992 PP. 143-154)*

## CONCLUSIONES GENERALES

Es necesario discutir sobre sexualidad con los pacientes. Ellos tienen derecho a saber que trastornos sexuales van a tener luego o durante el tratamiento. Muchas veces es de gran valor terapéutico decirles que es normal sentirse así, cuales disfunciones sexuales presentan y porque, y dar consejos para solucionarlas. Muchas veces no lo hacemos porque nos resulta vergonzoso o no nos sentimos en confianza para platicarlo con los pacientes para hablar de sexo o esperamos que ellos pregunten o no hay tiempo durante la consulta para abarcar estos temas.

### REFLEXIÓN 1

En el ámbito de la sexualidad más que ningún otro de lo que forman nuestra privacidad, se mezclan y confunden los principios y prejuicios por eso para establecer una escala de valores sexuales la persona debe aprender a cuestionar interna mente el origen y la verdadera naturaleza de sus necesidades.

### REFLEXIÓN 2

Además de las dificultades que implican una clasificación interna, existe otra de orden relacionada, motivadas por el deseo de agradar, que induce a que creamos que nos gusta lo que le gusta al otro.

### REFLEXIÓN 3

Mucha gente, como consecuencia de los prejuicios educacionales, vive la sexualidad separada en la que hace cosas que entran en conflicto con lo que se debe hacer.

En definitiva, haz todo lo que quieras. No siempre es fácil de cumplir, pero debemos intentarlo porque de su observación depende de tanto la práctica de una sexualidad gratificante como de la autenticidad del comportamiento; lo cual es muy importante porque la persona, al expresarse desde su autenticidad, refuerza su autonomía y potencia su sentimiento de seguridad. Por eso, quien hace lo que quiere se convierte en una persona segura y auto realizado siempre y cuando lo que haga sea consecuencia de un proceso de clasificación interna.

## REFLEXIÓN 4

Si en algún momento de su vida la mujer necesita, más que en otros el amor y los cuidados de su pareja es durante la fase de embarazo. Primero, es la principal afectada. Segundo, porque los cambios Psico estéticos afectan a su auto estima y solo pueden neutralizarse desde la comprensión y el afecto. Y tercero porque las dudas e inseguridades que supone asumir la procreación requieren de una labor común y de apoyo mutuo.

Por estas tres razones, la actitud que adopte el hombre suele ser determinante para acreditarse o desacreditarse como compañero y futuro padre. Hay muchas razones para que en las últimas semanas previas al parto y las primeras posteriores, el sexo desaparece de las actividades prioritarias de la pareja. Durante dos o tres meses, para atender las necesidades del recién nacido y en el invierten toda su energía.

En esta etapa, la inhibición sexual es lógica y natural pero asociada a ella, se puede advertir de un problema que puede producirse en el momento crucial del parto que puede tener una enorme trascendencia en el futuro sexual de la pareja.

## RAZONAMIENTOS

- El egoísmo tiene base instintiva.
- Debemos aceptar el egoísmo pero regular la expresión

## PARA LA PERSONA

Porque la persona para ser feliz necesita armonizar su proyecto emocional con la congruencia personal. Y la pareja estable es el mejor escenario para conciliar ambas cosas, ya que las dificultades de la convivencia permiten pasar por situaciones de conflicto, negociación y pacto que benefician el proceso de maduración personal. La persona no aprende en los éxitos si no en los fracasos y quien para no sufrir renuncia a resolver sus problemas está impidiendo su aprendizaje vital. Con esto no quiere decir que debamos mantener relaciones conflictivas ni conservar vínculos que no tengan futuro, pero tampoco es bueno decir que somos incompatibles y disolver la pareja a la primera contrariedad.

## PARA LA PAREJA

Porque una sociedad demasiado permisiva es tan mala como una demasiado estricta. La pareja no debe mantenerse porque lo manda la ley, como cuando estaba prohibido el divorcio. Pero tampoco es bueno que la inercia social favorezca el cambio de pareja como medio de evitar sus conflictos, porque entonces se crea una sociedad con poca resistencia a la frustración y sin fuerza para luchar por las cosas que desea.

Por lo consiguiente y para terminar debemos practicar el sexo desde la regla de oro. Este es el único camino sexual que contribuye también a la realización personal, puesto que para aplicar sus normas se requiere, primero, que cada persona trabaje internamente para mejorarse y racionalmente para acoplarse.

# CAPÍTULO XX

## GLOSARIO

Aceptación superadora: aceptación de la evidencia de la separación y las consecuencias que de ella se derivan.

Afectividad post orgásmica: expresión afectiva que se produce después de la consecución del reflejo orgásmico.

Afrodisiaco: substancia o producto alimenticio capaz de estimular el deseo e incrementar el vigor sexual.

Agravio comparativo: sentimiento que se desencadena a partir de un déficit de seguridad personal, una magnitud suficiente de conducta agravante y la atractividad de la gente externo que recibe el trato diferente.

Ahorro sexual: guardar parte del deseo sexual con el fin de evitar caer en la situación.

Analingus: estimulación lingual del ano.

Andropausia: proceso de pérdida de vigor sexual masculino inducido por factores hormonales.

Apremio: toma de iniciativas que la otra parte aún no está preparada para aceptar.

Bondage: práctica sexual a través de la cual se impone una limitación mental o física al compañero.

Buen acoplamiento sexual: código común de comportamiento sexual conciliado en cuatro ámbitos; iniciativa, frecuencia, ritual y resolución.

Capacidad sexual: suma de la energía sexual y la capacidad funcional de los genitales.



Celos: síndrome psicofísico asociado al miedo a perder el sujeto amoroso, que se manifiesta en forma de ansiedad, agresividad, tensión, angustia y otras somatizaciones varias.

Código sexual: conjunto de rituales sexuales de la pareja que deben armonizarse y estar en sintonía con los valores, necesidades y principios para poder garantizar un buen acoplamiento.

Código sexual abierto: significa actuar desde la regla de oro, no negarse por sistema a las propuestas de la pareja y estar dispuesto a probar todo aquello que queremos, probar sin traicionar la coherencia ni forzar nuestros principios.

Código sexual congruente: pauta sexual a través de la cual se actúa siguiendo la congruencia interna del individuo que permite acercarse, de modo gradual y progresivo, a la sexualidad gratificante.

Código sexual evolutivo: significa aceptar que toda relación que no es dinámica se convierte en estática y que en sexo si no se avanza se retrocede.

Código sexual plástico: dentro de los límites que la persona se marque se permite un espacio para aceptar cambios y readaptarse en función de la dinámica sexual que la pareja mantiene.

Compatibilidad sexual: conjunción voluntaria de dos pautas de comportamiento sexual que al manifestarse libremente crean un código común.

Competencia sexual: percepción subjetiva y constatación relacional de que los implicados en el juego sexual son capaces de dar y recibir placer hasta alcanzar la plena satisfacción según sus respectivas necesidades.

Comprensión empática: entendimiento del otro en su mundo perceptivo.

Comunicación asertiva: expresión verbal que evita censurar lo que no se hace bien y en su lugar incentiva y dar pistas para que pueda mejorarse.

Comunicación sexual positiva: conjunto de pautas, técnicas y estrategias verbales y corporales que, adecuadamente utilizadas dentro del juego sexual, favorecen un buen clima de desempeño y refuerzan la confianza de los implicados en la relación.

Congruencia sexual: expresión conductual que surge cuando la persona se pronuncia sobre las propias contradicciones y actúa consecuentemente con la decisión adoptada.

Coprofilia: excitación provocada por jugar con eses, también denominada escatología.

Cunnilingus: estimulación lingual del clítoris.

Crisis de acoplamiento sexual: periodo de crisis en la pareja que dura entre seis meses y un año. No siempre se supera con éxito.

Crisis sexual: fase crítica que pone en peligro la dinámica sexual de la pareja.

Deseo: activación de la pulsión sexual por parte del sujeto amoroso.

Dominación-sumisión: parafilia que consiste en mantener relaciones sexuales dominando al compañero.

Egoísmo sexual positivo: forma de practicar el sexo que evita la pérdida del deseo.

Enamoramiento sinérgico: enamoramiento a través del cual los dos miembros de la relación se enriquecen con los valores del otro sin dejar de ser ellos mismos.

Exhibicionismo-voyeurismo: parafilia mixta donde se alteran los roles de exhibicionista y voyeur dentro del contexto de la pareja.

Expresividad orgásmica: expresión verbal y corporal que acompaña el reflejo orgásmico.

Falso acoplamiento sexual: se produce cuando una de las partes asume inconscientemente el papel de subordinada sexual y se acomoda al esquema sexual de quien marca la pauta (sin que este tenga una clara intención subordinadora) creando una relación de subordinación sexual.

Fantasía anticipatoria: fantasía en la que la persona imagina determinados rituales que no puede consumir por ausencia de la pareja y este tiempo de espera actúa como excitante que predispone a la acción sexual.

Fantasía exploratoria: propia de las postrimerías de la fase pasional. Obedece a un intento intuitivo de incentivar el deseo sexual incorporando novedades que no sabemos hasta qué punto serán aceptadas por la pareja porque significan una progresión o transgresión con respecto a las prácticas habituales.

Fantasías sexuales: imagen mental o ilusión de carácter sexual.

Fantasía sustitutoria: propia de la fase de sexualidad homeostática. Consiste en la incorporación mental de un sujeto sexual sustitutorio mientras se mantienen relaciones sexuales con la propia pareja.

Fantasía parafilica: muy común en parejas evolucionadas y transgresoras. En este caso el contenido de la fantasía es básicamente parafilico.

Felación: estimulación bucal del pene.

Fetichismo: obtención de placer erótico focalizando la sexualidad hacia una parte del sujeto erótico o hacia una prenda relacionada con él.

Fijación erótica: variante inmadura y eufórica de la compatibilidad sexual. Genera dependencia emocional y favorece la sexualidad compulsiva.

Fingimiento orgásmico: simulación del orgasmo en la mujer para hacer que el hombre se sienta competente o bien para dar por concluida una relación.

Frustración sexual: defraudación de la expectativa del placer orgásmico. En el marco de esta obra es utilizada también como preventivo de la rutina sexual aplicada en su justa proporción.

Hombre-macho: hombre que mide su capacidad sexual por el número de erecciones y coitos que pueden mantener, independientemente de que estos puedan resultar placenteros para su pareja.

Homofobia: miedo a ser homosexual. Rechazo a los homosexuales.

Impotencia mixta degenerativa: cuadro de impotencia que presentan algunos hombres debido al abuso de tóxicos más el efecto psicológico subyacente a la pérdida de turgencia del pene.

Infidelidad reactiva: la que se produce como venganza a una infidelidad de la pareja.

Intercambio de parejas: práctica sexual donde se alternan los miembros de la pareja con otra pareja.

Intimidad: compartir privadamente. En este ámbito, la sexualidad encuentra su forma óptima de expresión.

Kamasutra: aforismos sobre el amor: tratado erótico escrito en sanscrito por vatsyayana mallanága ente los siglos IV-VII.

Monotonía: falta de estímulo y novedad. Deformación perniciosa de la estabilidad.

Necesidad: motivación orientada hacia la acción.

Necrofilia: excitación provocada por la práctica sexual con cadáveres.

Norma de incidencia de la defecación: ley basada en tres principios básicos:

1. Todo lo íntimo forma parte de lo privado pero no a la inversa.

2. La defecación circunscribe al ámbito de lo privado.
3. Cuanto mayor sea la disociación entre defecación e intimidad mayor será el mantenimiento activo del interés sexual de la pareja.

Normalidad sexual: comportamiento sexual que se ajusta a la norma.

Paidofilia: excitación provocada por la práctica sexual con menores.

Parafilia íntima: conjunto de prácticas sexuales no normativas que son utilizadas por las parejas dentro del ámbito de su intimidad.

Parafilia relacional: conjunto de prácticas sexuales no normativas de la pareja en las cuales se incluyen terceras personas.

Parafilia sexual: conjunto de prácticas sexuales no normativas.

Pareja abierta: pareja en la cual se permiten o se toleran las relaciones simultaneas paralelas al vínculo.

Pareja estable: dos personas que han decidido unir sus vidas porque se quieren lo suficiente para plantearse la convivencia.

Pareja evolucionada: presentan mayor frecuencia y preferencia del sexo oral así como la incorporación del coito o estimulación anal como variante suplementarios.

Pareja mono-orgásmica-selectiva: modelo de pareja para mantener el interés sexual en la pareja estable.

Pareja mono-orgásmica-sucesiva: tendencia general del mundo occidental donde se convive con una pareja mientras la cosa funciona y cuando no funciona se inicia una nueva relación.

Pareja normativa: referente sexual normativo a partir del cual se ha realizado la clasificación de los distintos modelos de relación sexual.

Pareja pasional: pareja que practica sexo frecuente y gratificantemente, que con frecuencia los lleva a la saturación.

Pareja perversa: relaciones patológicas cuya perversión no está en el comportamiento, si no en la forma destructiva de relacionarse.

Pareja tradicional: pareja cuyas pautas de relación sexual son más restrictivas que las que presenta el referente normativo.

Pareja transgresora: no se considera la transgresión en este caso como desviación sexual o perversión. Su nivel de permisividad excede al de la conducta sexual socialmente aceptada.

Pareja madura: individuo que aprende de los fracasos e integra los mismos de forma adecuada fortaleciéndose mentalmente y preparándose para afrontar mejor las dificultades del futuro.

Placer altruista: placer basado únicamente en el placer proporcionado al otro. Propio de personas con baja autoestima en busca de aprobación. Degenera en resentimiento y sentimiento de tarea.

Placer egoísta: placer unilateral en la relación sexual que acaba provocando resentimiento e inhibición.

Placidez sexual: sexualidad vivida desde la madurez propia de parejas con años de convivencia. Etapa sexual vivida como placida y menos apasionada pero no por ello menos gratificante.

Plasticidad sexual: capacidad de comportarnos de forma distinta sin dejar de ser nosotros mismos según cambiamos de pareja sexual.

Principio del cruce de apetencias: todo hombre pierde progresivamente vigor sexual a partir de los veinte años y toda mujer aumenta su capacidad de disfrute sexual hasta alcanzar el cenit a los cuarenta años.

Privacidad: propio y particular de cada uno. Sinónimo de un ser solitario, escenario adecuado para las funciones fisiológicas.

Regla de oro de la sexualidad: haz todo lo que quieras, no hagas nada que no quieras, siempre desde el deseo previo y de acuerdo con la propia escala de valores sexuales, es la pauta básica para mantener el interés sexual.

Ritual: conjunto de prácticas que conforman el repertorio sexual de la pareja.

Rutina sexual: falta de estímulo y novedad en la relación sexual resultado de la frecuencia y monotonía que empuja inevitablemente hacia la inhibición del deseo. Se supera combinando imaginación, moderación y un poco de frustración.

Sadismo: obtención de placer sexual a través del sufrimiento del compañero.

Sadomasoquismo: prácticas sexuales donde se alteran los roles de sádico y masoquista.

Satisfacción sexual: apreciación global positiva de la vida sexual.

Saturación sexual: exceso en la práctica sexual que repercute negativamente en la libido.

Sexo armónico: consecuencia de la buena disposición comunicativa y el espíritu constructivo. Es el resultado acumulativo de la buena comunicación sexual.

Sexo en grupo: orgía, práctica en la que varias personas mantienen relaciones sexuales indiscriminadas.

Sexo pobre: sexo rutinario, estático sin ilusión.

Sexo raro: sexo concebido desde la parafilia.

Sexo sabio: pautas para un buen funcionamiento sexual:

1. Moderación de la expresión sexual para evitar saturación.
2. Variación para evitar la rutina.
3. Utilización del autocontrol para evitar los peligrosos excesos prafílicos.

Sexualidad escindida: sexualidad según la cual lo que le gusta hacer a alguien entra en conflicto con lo que se debe hacer. Su instinto desea cosas que su moral no le permite.

Sexualidad homeostática: sexualidad de la pareja estable caracterizada por la autorregulación. Es la energía sexual desprovista del aditamento de la pasión.

Sexualidad natural: todo aquello que la persona es capaz de hacer sin que le genere incongruencia, después de revisar la licitud de los códigos sexuales que la sociedad impone como referente.

Sexualidad normativa: sexualidad reconocida estadísticamente como representativa del comportamiento mayoritario.

Simulación orgásmica masculina: versión masculina del fingimiento orgásmico surgido a raíz de la cada vez mayor igualación de roles sexuales y el sentimiento de tarea que experimentan algunos hombres.

Síndrome de la infidelidad: periodo de disyuntiva emocional donde uno de los componentes de la pareja se debate entre el deseo de mantener el vínculo, por un lado, y la ilusión por implicarse en una nueva opción, por otro.

Síndrome de la procreación: conjunto de fenómenos afectivo-sexuales relacionados con el embarazo, el parto y las primeras semanas posteriores al natalicio.



Síndrome de la subordinación sexual: falso acoplamiento sexual cuando un miembro de la pareja se subordina al otro.

Síndrome de papá y mamá: fenomenología asociada a la incidencia que la condición de padres primerizos tiene sobre su apetencia sexual.

Síndrome del padre en el parto: inhibición del deseo detectada en padres que han asistido y visto en directo el alumbramiento de sus hijos.

Tarea: error sexual consistente en hacer el amor porque toca. Actúa de factor desencadenante del sentimiento de tarea provocando inhibición del deseo.

Trio: relación sexual triangular. Por cuestiones de homofobia masculina suele estar compuesto por dos mujeres y un hombre.

Urofilia: excitación provocada por la incorporación de la orina en el juego sexual.

Voyeur: persona que se excita por observar escenas o relaciones sexuales sin el consentimiento de los implicados. Utilizamos la expresión francesa porque se ha internacionalizado y su equivalente en castellano (mirón) tiene una significación más amplia que puede inducir al error.

Voyeurismo: excitación provocada por observar a otros sin su consentimiento.

Zoofilia: excitación provocada por la práctica sexual con animales.

# BIBLIOGRAFÍA

BARLONEU. O, “Todo lo que hay que saber sobre el sexo y algo más” ,Editorial Plaza  
Barcelona 200

BARRIOS D, “En las alas del placer”, Editorial Pax Méx, 2013

BOLINCHES. A, “El Arte de enamorar”, Editorial Grijalbo 2007

BOLINCHES. A, “La felicidad personal”, Editorial Grijalbo 2001

CARBELLO. J, “Vivir en pareja”, Editorial Folio Barcelona 1992

DE ANGELIS, “Eres mi media naranja”, Editorial Grijalbo 1994

GERAU. J. “La evolución de la calidad de vida en enfermos con cáncer avanzado” ,  
Editorial Gómez Sancho, Las palmas de las gran Canarias 1998

GÓMEZ. A.L, Alumna de la Asociación Mexicana de Tanatología .AC. (Generación  
2014-2015 )

GRAY. J, “Marte y Venus en el dormitorio”, Editorial Grijalbo 1994

GREENNERG. O., “Educación de Resultados en el Tratamiento Oncológico”, Editorial  
Surg clin. Nam 2009

JA. M., “El Rompe cabezas de la Sexualidad”, Editorial Anagrama Barcelona.

JURAKOUA. ET. AL, “Cáncer y sexo psicooncologico” Editorial Lancet U.S.A 2000

KAPLAN. HS, “La nueva terapia sexual”, Editorial Alianza Madrid 1974

LEONELLI. E, “Más allá de los labios”, Editorial Noguet Barcelona 1995

MUÑOZ. M, “Maestra en orientación y desarrollo humano”, Documento para guion de clase de la universidad Iberoamericana México D.F.

O A, “El universo de la sexualidad”, Editorial Aguilar Méx. 2008

ROSENBERG. J, “Orgasmo total”, Editorial Estaciones Buenos Aires 1992

SHOWER. L. R, MONTAGE. D.K, LANKING. M. N. “Cáncer principales prácticas en oncología”, Editorial Raven U.S.A 2000, Quinta edición, sección 3

STEAD. M.L, “Disfunción Sexual en paciente con cáncer” Editorial BMJ U.S.A 2001

STERNBERG. R, CATHERINE. W, “El amor como a usted le gusta”, Editorial Bergara Buenos Aires 1992