

Autor: Garriga, Concepció

En este número publicamos la segunda parte del trabajo “Una revisión crítica de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género”, cuya primera parte se publicó en el número 50 de Aperturas Psicoanalíticas. El contenido de este bloque es el siguiente:

1. Sexualidad propiamente: orgasmos; masturbación; punto G eyacuación femenina y glándula parauretral o próstata femenina; sexo anal; prácticas BDSM (Bondage/Domination/Sadism/Masochism)
2. Dificultades en la sexualidad de los hombres y de las mujeres; condiciones psicológicas; condiciones físicas; tratamiento psicológico; farmacológico.
3. Sexualidad e Internet de banda ancha: pornografía; foros, aplicaciones para móviles y tabletas. Modificación de las prácticas.
4. Sexualidad en las personas mayores y en las parejas de larga duración.

4. Sexualidad propiamente dicha

En 2010 el psicólogo de Harvard Daniel Gilbert pudo cuantificar que encontrarse en una relación sexual es la máxima felicidad, después de hacer ejercicio, y conversar (sobre una muestra de 2.250 hombres y mujeres) (Estupinyà, 2013, p. 15).

Voy a empezar de nuevo con la biología. Lo haré de la mano de Estupinyà (2013); él titula este apartado: *Pocas diferencias entre lo masculino y lo femenino*. Sabemos que el cromosoma Y es el responsable de que criatura nazca varón, pero esto será así no tanto gracias a los genes, sino a las hormonas, como hemos visto.

Cuando un óvulo fecundado empieza a dividirse, al principio todas sus células son idénticas, luego se irán diferenciando. En la región urogenital, la primera estructura que se forma a las cuatro semanas es un orificio llamado cloaca, con un tubérculo genital arriba, la uretra por dentro y una hinchazón alrededor. Hasta las 6 semanas, la estructura es la misma. Entonces, si el feto lleva el gen SRY (sex-determining region), liberará la hormona antimülleriana y forzará que las gónadas se conviertan en testículos. Si no hay liberación de antimülleriana, las mismas gónadas se desarrollan como ovarios y trompas de Falopio. El inicio de la masculinización global empieza en la semana ocho cuando los testículos (internos) empiezan a segregar testosterona, lo que los hace descender y da lugar al escroto. Si no hay testosterona, esta misma piel forma los labios vaginales.

Genitales masculinos y femeninos proceden exactamente de las mismas estructuras anatómicas. Pene y clítoris tienen exactamente el mismo origen embrionario. Y una anatomía muy parecida. Esto explica que los genitales respondan de una manera muy parecida en hombres y mujeres en lo que se refiere a la excitación y al orgasmo. Lo que sigue ilustra las diferencias, que también las hay.

Masters & Johnson (1966) después de su investigación con miles de parejas llegaron a afirmar que

“desde un punto de vista fisiológico todos los orgasmos femeninos se atienen a las mismas pautas de respuesta refleja, sea cual fuere la fuente de estimulación sexual. Un orgasmo conseguido mediante la frotación del clítoris no se distingue, fisiológicamente hablando, del que se produce por la estimulación de los pechos o el coito. (Masters, Johnson, Kolodny, 1992, p.89).

Actualmente Wolf (2013), partiendo de numerosos estudios, afirma que todas las mujeres son potencialmente multiorgásmicas (p. 21). En realidad las mujeres tienen diferentes zonas en la pelvis desde donde pueden producirse orgasmos. Todas estas zonas están conectadas con la medula espinal, y, después, con el cerebro.

El nervio pélvico se ramifica de una forma muy individualizada. Cada mujer tiene sus propias conexiones. Los nervios de algunas tienen más ramificaciones en la vagina; en otras mujeres se ramifican más en el clítoris. En algunos casos se ramifican más en el perineo o en el cuello uterino. Eso explica algunas de las diferencias en las respuestas sexuales femeninas. En resumen, cada persona, cada mujer, es única también en su manera de gozar.

La red neural femenina es mucho más extensa que la masculina. En ella suceden muchas más cosas. Hay una madeja de actividad neural al final del útero, en las paredes de la vagina, al final del recto, al final de la vejiga, en el clítoris y a lo largo del perineo (a veces se corta con la episiotomía). En la pelvis masculina se distinguen menos madejas de actividad neural.

Komisaruk et al. (2004, 2005, 2011, 2012) descubrió que la estimulación vaginal actúa como un analgésico. También trabajó con mujeres con lesiones en la médula. Así encontró que el nervio vago, que no circula por la médula, alcanza el cuello uterino, lo que permitió a algunas lesionadas volver a sentir excitación sexual. Luego con imágenes de resonancia magnética funcional llegó a determinar que el clítoris solo transmite información por el pudendo; que los labios y la entrada de la vagina por el pudendo y el pélvico; la parte central de la vagina, sólo por el pélvico; y la parte profunda de la vagina y el cuello del útero por el pélvico, el hipogástrico y el vago. La estimulación del clítoris y de la vagina iba por vías nerviosas distintas, lo que podía dar información sobre la diversidad de la respuesta sexual femenina (Estupinyà 2013). No se ha hecho un mapa parecido con hombres, aunque Komisaruk está trabajando en ello (TEDTalk Mary Roach: 10 things you didn't know about orgasm - https://www.ted.com/talks/mary_roach_10_things_you_didn_t_know_about_orgasm?language=es).

Georgiadis (2012) ha observado una disminución de la actividad de la corteza orbitofrontal justo antes del orgasmo, como si se apagara en el cerebro la zona involucrada en la conciencia del cuerpo y el autocontrol racional. Concretamente para que se produzca un orgasmo y una eyaculación se tienen que dar dos condiciones, según Holstege, G. de la U. de Groningen (Holanda), a) un apagón de la corteza orbitofrontal y b) una excitación del tegmento pontino dorsolateral izquierdo del tallo cerebral tanto en hombres como en mujeres.

Además Georgiadis afirma que la neuroanatomía funcional del comportamiento sexual comparte los mismos circuitos de motivación, satisfacción y recompensa que otros, como la comida, la cocaína, el alcohol... es decir, no existen unos mecanismos fisiológicos o redes neuronales específicas para el sexo (Estupinyà, 2013, p.91). Cosa que ya había expresado Le Vay (1993) en “The sexual Brain” diciendo que el mecanismo que desencadena el

orgasmo es el mecanismo de la adicción, que está mediado por la dopamina.

a. Las hormonas:

Estrógenos y progesterona: en las mujeres regulan sus ciclos menstruales, pero también su predisposición al sexo. Cuando una mujer está ovulando o a punto, es más seductora.

Testosterona: en los hombres y las mujeres es inequívocamente la hormona del deseo (Young & Alexander, 2012, p. 55-86). Además de ser la responsable de mantener la libido, también aumenta la agresividad. Aunque, a diferencia del resto de hembras de mamíferos, excepto bonobos y delfines, las mujeres tienen sexo por placer durante todo el ciclo menstrual (Estupinyà, 2013).

Dopamina: motivación y deseo.

Noradrenalina: excitación corporal.

Endorfinas: moléculas del placer, segregadas durante el ejercicio y el orgasmo (mitigan el dolor)

Oxitocina: hormona del amor, vínculo, confianza y apego; se libera a raudales durante el orgasmo.

Prolactina: inhibidora del deseo. Sensación de saciedad y periodo refractario. **Serotonina:** hormona del estado de ánimo; en exceso produce pérdida de libido; su escasez produce estados depresivos.

La relación entre hormonas y comportamiento fluye en ambas direcciones (Estupinyà 2013). Young & Alexander (2012), lo tienen claro: el amor es una adicción real (p. 325). Y para Hellen Fisher (1992) el amor romántico tiene tres componentes químicos: *deseo*; andrógenos y estrógenos; *atracción*: altos niveles de dopamina y noradrenalina y bajos niveles de serotonina; y *apego*: oxitocina y vasopresina (y los núcleos cerebrales sobre los que actúan, cercanos al hipotálamo y a las zonas de recompensa).

En otro orden de cosas Chivers (2007, 2012) replicó las observaciones que Heiman ya había hecho en el 1975 también con el uso del pletismógrafo –aparato que se inserta en la vagina y que mide objetivamente la amplitud del puso vaginal- y reportó que los datos que daban los pletismógrafos de algunas mujeres y los de sus autoevaluaciones no concordaban. Que había un abismo entre lo objetivo y lo subjetivo (Bergner, 2013, p.24). “Las mujeres se excitan, (Dio Bleichmar, 1997, p. 386) pero no se enteran”. Mientras que los hombres, tanto homo como heterosexuales, respondían a patrones más predecibles y concordantes cuando eran sometidos a la misma autoevaluación y a los pletismógrafos. Lo que mostraron los trabajos de Chivers era que la discordancia en las mujeres era no sólo entre mente y cuerpo sino entre realidad y expectativas (p 37). Por ejemplo, que les excitaba un pene erecto, el sexo con desconocidos y que se sentían dispuestas al sexo esporádico.

De todas maneras Chivers insiste en que “la diversidad de respuesta es enorme”, que *la concordancia sexual* en mujeres está asociada a mayor nivel educativo y frecuencia de masturbación. Las mujeres practicantes de meditación suelen desarrollar mayor concordancia. Las mujeres con mayor concordancia se declaran más satisfechas con su

sexualidad. Chivers también informa de que las mujeres reaccionan genitualmente a un espectro muchísimo más amplio de estímulos sexuales que los hombres (Estupinyà, 2013, p. 105-107), por ej. al sexo lésbico.

b. Masturbación: (Estupinyà, 2013, p. 147- 157)

Hay un estudio británico de 2008 que afirma: en el caso de los hombres, cuanto menor era la frecuencia del coito mayor la masturbación; en las mujeres, a la inversa. A la pregunta: ¿Por qué nos masturbamos? Los hombres responden: por placer, aburrimiento, aliviar tensiones. Las mujeres responden: 39% relajarse; 32% conciliar el sueño; 19% por placer; 10% reducir dolores menstruales.

En los años 40, época de Kinsey, se masturbaban 95% de los hombres y 40% de las mujeres. A principios del siglo XXI, 95% de los hombres y 71% de las mujeres. La masturbación femenina ha aumentado gracias a activistas como Betty Dodson (85 años) que siguen en la brecha dando talleres o sesiones individuales de masturbación (con o sin vibrador). (Ver youtube: Masturbación femenina:www.youtube.com/watch?v=TmT1yEkkoGY).

Datos del 2009 del Instituto Kinsey, del 52 al 55% de las mujeres han utilizado vibradores, tanto para masturbarse como durante el sexo en pareja. El uso de vibradores está asociado a mejores índices de excitación, lubricación, deseo y orgasmo. Respecto a los juguetes sexuales: hay un enorme mercado tanto para mujeres como para hombres, hetero u homosexuales, solxs o acompañadxs.

Muchxs sexólogxs argumentan que una función de los juguetes sexuales y la masturbación es aprender sobre las reacciones del propio cuerpo; y que explorar qué produce más placer es fundamental para tener una vida sexual sana y para tomar la iniciativa en las relaciones de pareja.

Laura Berman, que en 2001 publicó, junto con su hermana, "Sólo para mujeres", tiene toda una industria del sexo (libros, lubricantes, vibradores de diseño propio, que se pueden adquirir en The Berman Center), en 2010 ha sacado "It's Not Him. It's you!". Su tesis principal: para alcanzar un orgasmo hay que trabajar en dirección a ir aumentando la excitación. Esto sucede principalmente mediante la frotación sobre el clítoris (de pene, dedos, lengua, vibrador) con o sin penetración. Se puede acompañar de fantasías. Más la respiración coordinada con los movimientos. El mensaje "It's you!" va dirigido a desmentir los modelos del "amor romántico" de la Bella Durmiente y la Cenicienta, de que el "otrx" es el que sabe. La responsabilidad del propio placer es de cada persona para consigo misma. Aunque la decisión de cuando se acaba una relación sexual es compartida, y, desde una posición de igualdad, lógicamente, será cuando ambxs hayan conseguido su orgasmo. El corolario es: si unx sabe como llega, y este saber lo ha adquirido con la masturbación, debe poner este conocimiento en acción cuando está con alguien, y no dejar la responsabilidad en estx otrx.

El uso de lubricantes acuosos, con siliconas o de estimuladores del orgasmo (como Play O, Durex) es de lo más sencillo que se puede hacer para mejorar el placer sexual.

c. Orgasmos: He llegado a contabilizar 4 tipos de orgasmos femeninos. Tiresias, de Ovidio, que vivió como varón y mujer, afirmó que las mujeres obtienen nueve veces más placer del sexo que los hombres (Bergner, 2012, p. 42). Lo que parece fuera de toda duda hoy es la capacidad multiorgásmica de muchas mujeres (del 6,9% al 10,3% en la masturbación sólo)

sin más limitación que el cansancio físico y la hipersensibilidad del clítoris (periodo refractario femenino); y la existencia muchas clases de orgasmos, de una mayor duración que los de los hombres (Wolf, 2013, p. 112-113).

Komisaruk hizo resonancias magnéticas funcionales de hombres y mujeres durante el orgasmo, e informó de que los puntos de luz se esparcían por todo el cerebro, que éste parecía un árbol de Navidad o un estallido de palomitas de maíz.

Komisaruk también informa de cuatro centros sexuales en las mujeres: el clítoris, la vagina, el cuello uterino y los pezones (Wolf, 2013, p. 111). En última instancia, afirma Komisaruk, el orgasmo se produce en el cerebro y no en los genitales (Estupinyà, 2013, p. 129). Se trata de una descarga de tensión sexual del SNA acumulada, que resulta en contracciones musculares rítmicas en la región pélvica (vagina, perineo y útero) con aceleración del corazón y dilatación de los vasos sanguíneos.

d. El punto G: una zona en la pared vaginal notablemente más erógena que el resto (Estupinyà, 2013, p. 124-128) descubierta por Grafenberg en 1950, de ahí G. En la literatura seria se afirma que el punto G no existe (Puppo, 2014; Puppo y Janinni, 2014). Estos autores proponen que lo que existe es un entramado de clítoris, uretra y vagina que se llama la zona CUV.

El libro “Coño Potens” llega a la misma conclusión que Puppo y Janini basándose principalmente en una serie limitada de artículos muy claros, el ya citado de Korda, Goldstein & Sommer, “The history of female ejaculation” de 2010; dos de Wimpissinger y cols. 2007, 2013; y los trabajos de Zaviacic (2002). En definitiva, que *el punto G no existe como tal*, lo que existe, con toda lógica dados los orígenes embriológicos comunes, es lo que Grafenberg (1950) y Skene (1888) encontraron y no se atrevieron a nombrar: *la próstata femenina*, también llamada “glándulas parauretrales”.

Squirting es eyacular a chorro una enorme cantidad de líquido en el momento del orgasmo. Se trata de presionar muy fuerte con dos dedos, ahora ya podemos decir sobre la zona de la próstata, manteniendo la intensidad y no dejar de hacer presión en el momento del orgasmo, es entonces cuando se produce la explosión de líquidos y placer. Según Torres (2015) la eyacuación es únicamente prostática (no es orgásmica) y tiene unos orificios de salida propios. Torres sostiene que nuestros genitales son como un colador, que hay múltiples orificios y diversas funciones: además de la uretra y los de eyacular, las glándulas de Bartolino, que son para lubricar. Torres también afirma que la eyacuación puede ser retrógrada.

Un estudio en Australia de 2011 que buscaba la relación entre orgasmos, clase social, estudios, personalidad, ideas políticas, estar o no casada y actitudes restrictivas o permisivas, dio estos resultados:

- Tener libido aumenta los orgasmos tanto por coito como por masturbación
- Fantasías fuera de la pareja: menos orgasmos durante el coito, más masturbándose.
- Actitudes restrictivas: no afecta a los orgasmos en pareja; disminuye los individuales.
- A mayor clase social, mayor frecuencia de orgasmos durante la masturbación.

- A mayor nivel de estudios, menos orgasmos durante el coito y más masturbándose

En otro estudio de Laumann (2005) se afirma que de un 25 a un 30% de mujeres tiene problemas para alcanzar el orgasmo durante la penetración. Un 10% no lo consigue nunca, ni con masturbación (Estupinyà, 2013, p. 137). La anorgasmia en mujeres del sudeste asiático es del 41%. La falta de deseo en las mujeres en el sudeste asiático es del 43,4%, mientras que en Europa del Norte es del 25,6%. En hombres hay mayor proporción de eyaculación precoz en Méjico y Brasil; y valores muy elevados de insatisfacción sexual y disfunción eréctil en el sudeste asiático.

Dingfelder (2011) dice que el 67% de las mujeres heterosexuales reconocen simular el orgasmo durante las relaciones pene-vagina. De estas, el 55% admitió simularlo durante la relación sexual; el 8% durante el sexo oral; y el 4% durante la estimulación manual. La película "Fake orgasm" (2011) de Jo Sol, no solo abunda en esta afirmación sino que es un magnífico documental acerca del entramado sexo-género en el mundo *queer*.

Una encuesta británica realizada a casi 20.000 personas en 1990, con repeticiones en 2000 y en 2010, ha mostrado un incremento progresivo de sexo oral y anal entre heterosexuales (Estupinyà, 2013, p. 112).

e. El sexo anal:Práctica habitual para la mayoría de los hombres gays que se ha disparado entre la población heterosexual. Casi la mitad de las mujeres entre 25 y 70 años lo ha practicado en alguna ocasión. El 58% de mujeres lo hicieron por primera vez a petición de sus parejas. Internet y sus páginas porno tiene un rol importante es esta práctica. Hay una parte de la población a quienes les resulta placentero a pesar del dolor (Stulhofer, 2013). La frecuencia del dolor en una población homosexual: el 41% no dolor, el 32,7% dolor suave, 17,2% moderado, 5,8% severo (Estupinyà, 2013, p. 163-167). A mayor experiencia menos dolor, pero para un sector está siempre presente.

Stulhofer (2013) encuestó a más de 2000 mujeres de entre 18 y 30 años. El 63% había tenido alguna experiencia de sexo anal. La mitad reconoció que la primera vez tuvieron que interrumpir por dolor intenso, pero la mayoría repitieron, un 9% a pesar de sentir un dolor severo. ¿Por qué? Hay tres grupos de respuestas: 1. una cuarta parte no siente dolor alguno; 2. un 40% experimentan dolor intenso y evitan practicarlo; y, 3. a un tercio les duele pero les gusta porque dicen que erotizan el dolor.

Atención, porque el sexo anal es mucho más arriesgado de lo que se cree y muchas de sus practicantes no utilizan preservativos cuando es mucho más necesario, por el tipo de tejido, las lesiones, las respuestas inflamatorias e infecciosas y las enfermedades de transmisión sexual.

En los hombres la penetración anal (tanto para homo como para heterosexuales) con pene, dedos o dildos es placentera por el estímulo interno de la próstata y les puede llevar al orgasmo. Las fibras sensoriales alrededor del ano pueden explicar porqué algunas chicas sienten placer en el sexo anal, mientras que otras sienten indiferencia o dolor.

Hay fenómeno nuevo, estimulado por el porno en Internet, y por la literatura tipo "50 sombras de Gray" que consiste en que el sexo "normal" ya no resulta suficientemente estimulante para muchos hombres usuarios asiduos de pornografía. Buscan la penetración anal (a menudo violenta) y el clímax anal como "objetivo" del acto sexual, además del *bondage*, que explicamos en el apartado siguiente.

En su libro, Wolf (2013, p. 295-6) cuenta que en una reunión con las asesoras de salud de varias universidades, estas pedían ayuda a quien las pudiera escuchar para poder “ayudar” a las múltiples chicas que consultaban por desgarros anales. Estas chicas les contaban que los chicos de los campus esperaban que ellas aceptaran practicar este tipo de sexo, porque esto era lo que veían en las pantallas. La pornografía contemporánea “*mainstream*” está alejada de las caricias y estímulos que excitan a las mujeres, degrada la vagina y a menudo destaca la penetración violenta, incitando al tipo de prácticas sexuales que aumentan la insatisfacción sexual y emocional de las mujeres, por decirlo suavemente. En realidad las chicas son víctimas de una fuerte presión para que acepten esta situación como “una nueva normalidad”.

f. Bondage, o BDSM (Bondage, Domination/Discipline, Sadism, Masoquism) De Béjar (2001, 2011) plantea con toda naturalidad la práctica del *Bondage* (actos de atar con fines eróticos) o el *BDSM (Bondage, Domination/Discipline, Sadism, Masoquism)*. Las personas que lo practican lo suelen hacer en clubes privados (Estupinyà, 2013):

- a) Se comunican de una forma exquisita y fluida los límites y preferencias sexuales
- b) Tienen los roles bien marcados de dominancia y sumisión
- c) Utilizan el dolor físico como desencadenante de la excitación (nuestro cerebro interpreta un mismo estímulo algunas veces como doloroso, otras como placentero).

Un estudio australiano (Richters, et al., 2008) encontró que el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres habían tenido prácticas sadomasoquistas en el último año. No encontraron una relación entre síntomas psicológicos, abusos en el pasado o dificultades sexuales y la práctica de BDSM; el BDSM es *una práctica cultural más*, más frecuente entre homosexuales o bi que entre heteros. Pero atención, porque el sadismo con agresión sexual existe, y es una parafilia. El BDSM no es el sadismo sexual consentido. El BDSM no genera problemas en personas sanas; sí en cambio a personas con desequilibrios emocionales previos.

El sexo pornográfico en Internet, más el éxito de masas *Cincuenta Sombras de Gray*, que estimulan este tipo de prácticas, las han convertido en un fenómeno con riesgos que los psicoterapeutas tenemos que tratar con cuidado, especialmente cuando las refieren mujeres que no han alcanzado niveles suficientemente altos de organización subjetiva asertiva. Los límites entre BDSM y las relaciones abusivas se pueden hacer borrosos.

Leknes (2013), investigadora noruega de la relación entre dolor y placer dice que los masoquistas no tienen mayor tolerancia al dolor. Leknes tiene varias hipótesis. La primera es que hay que entender que placer y dolor son un continuo. Luego, que eliminar un dolor genera placer. Pero, ¿por qué el dolor puede llegar a generar placer? Un dolor muy intenso libera endorfinas que una vez en el torrente sanguíneo generan bienestar en cuanto el dolor cesa. Los sistemas de dolor y placer comparten circuitos, de manera que el dolor puede activar partes del sistema dopaminérgico (ansia y motivación) y aumentar el deseo sexual. Bastian (2013), un psicólogo australiano, afirma que un dolor puede eliminar otro dolor; autoinfligirse dolor reduce el malestar generado por culpabilidad, como nos han mostrado los trabajos de Doctors (2007) con adolescentes que se cortan para aliviar dolores psicológicos.

Saketopoulou (2014) en “Sufrir el placer” argumenta que la sexualidad perversa puede tener

un potencial generativo si el/la analista, en vez de asustarse, mantiene la curiosidad. La autora se fundamenta en la teoría de la sexualidad infantil de Laplanche (2011) para sugerir que placer y dolor son dos fenómenos evolutivamente coextensivos. En palabras de Butler (2006) “Nos deshacemos el uno/a al otro/a. Y si no nos perdemos algo... de manera que cuando hablamos de ‘mi sexualidad’, en realidad queremos decir algo complicado,... la sexualidad no es una posesión, sino más bien, un modo de ser desposeídxs” (Saketopoulou, 2014, p. 24).

Me gustaría terminar este apartado citando Perel (2013), que tiene una TED Talk extraordinaria acerca del deseo en las relaciones de larga duración. Perel empieza afirmando que es la primera vez en la historia que vivimos la sexualidad a largo plazo, enraizada en el deseo, para obtener placer y conexión.

Perel dice que el sexo no es una cosa que se hace, sino un sitio al que unx va. Es un espacio interior en el que unx entra, en solitario o con otrx/s.

Para que se mantenga el deseo en una relación hay que reconciliar dos grupos de necesidades que se contraponen; necesidades de seguridad, previsibilidad, permanencia, esperanza, etc. (**de amor**) con necesidades de novedad, aventura, misterio, riesgo, etc. (**deseo**)

Perel afirma que el buen sexo a menudo se desvanece, que tiene ciclos, como la luna. Como terapeutas nos interesa esta idea porque algunas personas pueden angustiarse si no sienten deseo y entrar en una posición autoexigente, y así lxs podemos ayudar.

Otra idea de Perel es que cuidar es un **antiafrodisiaco** poderoso. Cualquier cosa que suponga parentalidad disminuye la carga erótica. La paradoja entre amor y deseo es que los ingredientes que nutren el amor (mutualidad, reciprocidad, responsabilidad, protección, preocupación por el otro) son los mismos ingredientes que lo apagan. También hay otras razones para que se apague el deseo, si unx se pregunta “¿cuándo me cerré?” puede encontrarse con este tipo de respuestas: cuando me sentí muertx por dentro; me sentí mayor; no me gusta mi cuerpo; no tuve tiempo para mí; tengo la autoestima baja; no me siento con derecho a querer, ni a recibir placer; no he tenido tiempo de charlar o pasar un rato agradable contigo, etc.

Otro concepto muy extendido por el “amor romántico”, el género normativo y el “nacionalcatolicismo” es la creencia de que el amor va con la abnegación. No es cierto. **Va con cierta cantidad de interés personal. La capacidad de estar conectado con uno mismo en presencia del otro.** En otras palabras: nos tenemos que mover en la dialéctica entre la necesidad de conexión y la de separación; entre la unidad y la autonomía. Si unx pasa el tiempo en el cuerpo y en la mente del otrx y no en los propios, no se excita. No puede culminar y tener un orgasmo.

Otra pregunta muy pertinente es: ¿Qué me pone, qué me atrae del otrx? Las respuestas:

1. cuando no está, estamos separadxs y nos volvemos a encontrar
2. cuando lx veo en su singularidad y sus capacidades
3. cuando lo pasamos bien juntxs, nos reímos, compartimos un evento

4. cuando aparecen sentimientos no muy políticamente correctos: celos, posesividad, poder, atrevimiento.

Perel afirma que las parejas que funcionan:

- a. tienen mucha privacidad erótica (entienden que hay un espacio erótico que pertenece a cada uno)
- b. entienden que los juegos preliminares no son para justo antes del sexo, sino que empiezan justo después del orgasmo anterior
- c. aceptan que el sexo comprometido es premeditado, intencional, tozudo, centrado en el presente (han dejado caer el mito de la espontaneidad)

5. Dificultades en la sexualidad

El año 2012 es el primer momento de la historia en que se empiezan a publicar más artículos científicos sobre disfunción sexual femenina que masculina. La sociedad está cambiando y el placer sexual ya no se concibe como más importante para el hombre que para la mujer. El porcentaje de mujeres que sienten tener algún problema en su sexualidad – el 43%- (la falta de deseo es el más frecuente) es significativamente mayor que el de hombres –el 31%. (Laumann et al., 1999). Pero además la sexualidad femenina es mucho más compleja que la masculina. Se mencionaran partes de un artículo (Garriga, 2014) que lo refleja.

a. Preocupaciones femeninas:

Cuatro grandes categorías interrelacionadas:

A) *factores socioculturales*: falta de información sexual, exceso de trabajo, presiones religiosas o culturales;

B) *problemas en la pareja*: conflictos, diferentes intereses, salud del compañero, falta de comunicación;

C) *factores psicológicos*: ansiedad, miedos, baja autoestima, traumas del pasado;

D) *problemas médicos*: dolor en el coito, infecciones, cambios hormonales que puedan generar falta de deseo o de excitación genital.

Se produce un cambio de categorías diagnósticas en el DSMV, que eliminan la doble denominación que había en el DSMIV, por tanto la doble conceptualización: el “Trastorno del deseo sexual hipoactivo” y el “Trastorno de excitación sexual femenina”, que separaba las dificultades del deseo de las de la excitación. Esta doble conceptualización se hacía eco del modelo de 1979 de Helen S. Kaplan, que añadía el deseo mental al modelo lineal de la respuesta sexual humana de Masters y Johnson de 1966. Estas dos denominaciones del

DSMIV, en el DSMV son sustituidas por un único trastorno que se llama “Trastorno de interés/excitación sexual” y responde al modelo circular teorizado por Basson, en 2001. Según este modelo, en ocasiones el deseo mental puede preceder a la excitación física, pero también el contacto y la excitación física pueden generar deseo sexual.

Como se argumentó (Garriga, 2014), el problema que puede generar esta nueva categoría diagnóstica es que abunde en la posición sumisa de la mujer. Porque:

Aunque Brotto (2010) argumenta que “interés” describe mejor que “deseo” a las mujeres, porque “enfatisa un constructo más amplio que las connotaciones más biológicas de ‘impulso’ del deseo sexual”, la aceptación de una flexibilidad y receptividad sanas de las mujeres pide preguntarse cuál es la línea entre flexible y confusa. Cuál es la verdad del deseo de una mujer. ¿Tiene que confiar en su estado “psicológico” o en el “físico” (como si fueran separables para todo el mundo)? ¿Tiene que confiar en su pareja para hacerle saber cuándo ser sexual? Los discursos alrededor de la *receptividad* “sana” y de la desconexión femenina natural entre la excitación objetiva y la subjetiva son problemáticos porque son interpretados como evidencias de la “complementariedad” del deseo entre hombres y mujeres, donde por complementariedad se entiende que el hombre inicia y la mujer responde.

Estas narrativas pueden ser dañinas para las mujeres. Si entendemos por receptividad femenina la “propensión a ponerse [a la actividad sexual] a pesar de la ausencia de deseo sexual en este instante” hace que utilizar la receptividad como señal de deseo sexual pueda reforzar las demandas de los hombres y fomentar el sexo coactivo en las relaciones heterosexuales; también puede promover experiencias sexuales traumáticas, y devaluar aun más la ya turbia noción del consentimiento.

A pesar de las críticas, este modelo recoge una realidad de la sexualidad femenina, que ha sido muy desarrollada en el libro “Deseo” (de Béjar, 2011), que ofrece otra manera de mirarlo para ayudar a despertar el deseo en las mujeres por su propio placer, puesto que el trabajo ya citado de Laumann (de 1999), según el cual el 43% de las mujeres de 18-59 años sufrían algún tipo de trastorno, añade que el más prevalente es la falta de deseo, y que este afecta al 33% de las mujeres (carecemos de datos para el estado español). Esta cifra es escandalosamente alta y algunas estimaciones la elevan aún más, lo que nos debería hacer preguntar qué está sucediendo para que tantas mujeres no contemplan esta falta como un problema (*distress*).

En realidad Shifren (2008) en un nuevo estudio sobre 31.851 mujeres, añadió a su encuesta una pregunta acerca del malestar (*distress*) y los resultados mostraron una prevalencia de problemas sexuales creciente por grupos de edad: 27.2% grupo 18-44 años, 44.6% grupo 45-64 años, y 80.1% de 65 para arriba. Pero solo lo vivían como un problema el 8,9%, el 12,3% y el 7,4% respectivamente. Lo que pone de manifiesto que para muchas mujeres la falta de deseo no interfiere en su bienestar.

La falta de deseo femenino es muy común. Y tiene que ver con aspectos muy variados y dispares:

- Falta de testosterona
- Insatisfacción propia (con las propias tareas o responsabilidades)
- Insatisfacción en la relación (por cuestiones de dedicación a tareas comunes, a necesidades de hijos, por malos tratos psicológicos, físicos o sexuales, etc.).
- Cansancio y/o estrés

- Psicopatología (ansiedad, depresión, estrés post-traumático, narcisista, borderline, psicosis)
- Por resentimiento con la pareja
- Por actitud sacrificial, renuncia al propio placer.

La industria farmacéutica está trabajando intensamente para proporcionar soluciones: *Intrinsa*, unos parches de testosterona que se van distribuyendo a través de la piel, caros y uso diario, y que, a la larga puede incrementar el riesgo de cáncer de mama y riesgos cardiovasculares. *Tefina*: espray nasal de testosterona, de uso puntual, que hay que esnifar de una a dos horas antes de la actividad sexual; *Lybrido* (testosterona y sildenafil) que influye sobre el deseo y sobre el flujo sanguíneo del clítoris vulva y vagina (el mismo principio del Viagra) y *Lybridos* (testosterona y buserpirona), que además de al deseo apunta a la motivación (en mujeres que tienen mecanismos inhibitorios al sexo, incluso disfunciones sexuales debidas al exceso de serotonina que producen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), que estarán disponibles en 2016. Otro medicamento en estudio que ha sido aprobado por la FDA en junio de 2015 es la *Flibanserina*, un mal antidepresivo que se vio que funcionaba como inductor de la libido.

También hay una autora Leonore Tiefer, autora de "Sex is not a natural act" (2ª edición en 2004) que justamente hace campaña en contra de la Flibanserina diciendo que el concepto de disfunción sexual femenina es un constructo artificial fomentado por la industria farmacéutica y por una sociedad sexista que exige a las mujeres unos niveles de libido superiores a lo que es natural (con todos los problemas que la palabra natural comporta).

Se ha encontrado que la píldora anticonceptiva reduce los niveles de testosterona, sin excepción. Los déficits de andrógenos también están asociados con pérdidas de densidad ósea y masa muscular, además de peor estado de ánimo y bienestar físico.

Por otro lado Francisco Cabello (2002), sexólogo de Málaga, afirma que la relación entre libido y testosterona existe, pero que está plagada de excepciones. Él tiene pacientes a los que se disminuye farmacológicamente los niveles de testosterona y no pierden un ápice de deseo (pederastas, hipersexuales). Lo que nos lleva de nuevo a los factores psicológicos, socioculturales y de pareja, que tienen que ver con la falta de deseo.

Falta de excitación y lubricación: La falta de excitación y de lubricación también son malestares femeninos. La pérdida de estrógenos tras la menopausia comporta una disminución significativa de lubricación. Las terapias supletorias de estrógenos mejoran la lubricación y la respuesta sexual, pero están claramente asociadas a un incremento de casos de cáncer. Una solución fácil y segura es un buen lubricante. La terapia sexual es indicada cuando persiste la falta de excitación.

Por otro lado las estadísticas de Estupinyà (2013) dicen que alrededor de un 10% de mujeres nunca han experimentado un orgasmo.

Vaginismo y dolor en el coito (dispareunia): El dolor en el coito puede estar causado por malformaciones, infecciones, falta de lubricación, etc. y por vaginismo, que es una contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico cerrando la vagina e impidiendo cualquier tipo de penetración, incluido un tampón.

La opinión más común es que el vaginismo tiene causas psicológicas y que se origina por ansiedad y temor al encuentro sexual, por experiencias traumáticas o anticipación de dolor en el coito. Puede ser debido a lesiones musculares o nerviosas. La psicoterapia para eliminar bloqueos y aversiones funciona en muchos casos. También el empleo de bótox. Uno de los tratamientos más comunes consiste en una serie de dilatadores de diferente tamaño que la paciente debe ir introduciendo progresivamente.

b. Disfunciones sexuales masculinas

Volviendo al estudio de Laumann (1999) el 31% de los hombres decía haber tenido algún desorden sexual en los últimos 12 meses. Los más comunes son la disfunción eréctil y la eyaculación precoz, luego la eyaculación retardada y la falta de deseo.

Los datos del Estado Español de 2013, de la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) en el *Atlas de la disfunción eréctil* en España muestran que su incidencia es del 18,9%. Las causas pueden ser físicas o psicológicas. A nivel físico, los problemas de erección pueden indicar una enfermedad cardiovascular. La diabetes y la hipertensión también. La obesidad, el tabaquismo, el exceso de alcohol, todo lo que afecte al sistema circulatorio. Algunos problemas de erección son efectos secundarios de algunos fármacos: como de la hipertensión.

Las causas psicológicas más habituales son la depresión, el estrés, los problemas de pareja y el bloqueo que genera la ansiedad escénica (sería el caso de los hombres jóvenes o adultos a quienes, a pesar de sentirse mentalmente excitados, inseguridades, nervios o miedos provocados por experiencias traumáticas anteriores impiden la erección en el momento del acto sexual). En el contexto de una relación estable, una terapia sexual debería ayudar. En alguien sin pareja es más difícil. En este caso la ayuda de fármacos para facilitar la erección podría ser útil. Hay: **Tadalafilo**, que se comercializa como *Cialis*, actúa aumentando el flujo sanguíneo en el pene en presencia de estimulación sexual. Hay que ingerir este fármaco 30 minutos antes. **Vardenafilo**, que recibe el nombre comercial de *Levitra*, actúa aumentando el flujo sanguíneo en el pene siempre en presencia de estimulación sexual. Su administración debe realizarse entre 25 y 60 minutos antes de comenzar. **Sildenafil**, conocido como *Viagra*, actúa potenciando el riego sanguíneo del pene, facilitando así la erección. Debe tomarse una hora antes de empezar. **Avanafilo**: un nuevo producto cuyo nombre comercial es *Stendra*, actúa mejorando la vasodilatación, responsable de que la sangre llegue de forma adecuada al pene para producir así la erección. Funciona en tan sólo 15 minutos tras su ingesta.

Eyaculación precoz: Algunos hombres eyaculan sin control en el mismo instante de la penetración, y luego tienen el periodo refractario hasta poder volver a tener una erección. Este problema afecta seriamente la confianza y la vida sexual de estos y de sus parejas. Las causas situacionales y comportamentales son las más frecuentes, pero se ha asociado a niveles bajos de serotonina. El tratamiento incluye, además de la terapia sexual, cremas anestésicas (con preservativo) como **Tramadol** - analgésico opiáceo-, **la Clomipramina** (antidepresivo tricíclico que inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: **paroxetina**, **sertralina** y **fluoxetina**, en este orden de eficacia.

Eyaculación retardada o anorgasmia: Entre un 3 y un 5% de hombres pueden tener dificultades para alcanzar el orgasmo en alguna época. La eyaculación retardada es un trastorno del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual. En sexología se distinguen dos tipos de problema dentro de este trastorno:

- Eyaculación retardada; cuando el orgasmo tarda mucho en llegar, el hombre se cansa y el coito se vuelve demasiado extenso para ambos. No hay un tiempo marcado aunque algunos expertos indican que 20 minutos podría ser considerado demasiado tiempo.
- Anaeyaculación; cuando a pesar de haber alta excitación, no se eyacula y no hay orgasmo. Hay que distinguir de la retroeyaculación, donde el hombre voluntaria o involuntariamente eyacula hacia dentro, pasando el semen a la vejiga y luego orinándolo.

Estas disfunciones tienen distintos tipos de causas posibles:

b.1. Físicas

- Problemas en las vías seminales como obstrucciones. Esto puede ocurrir debido a infecciones, algunos medicamentos y lesiones medulares.
- Problemas hormonales. El exceso de prolactina, por ejemplo.
- Cirugías pelvianas.
- Diabetes melitus

Todas estas causas excepto las lesiones medulares son de tipo temporal y remiten con tratamiento.

b.2. Psicológicas

Las causas de tipo psicológico pueden ser muchas y muy variadas como:

- Miedo a eyacular. El temor consciente o inconsciente a eyacular, sea por no querer hijos, miedo a las ETS, etc.
- Problemas de pareja. El hombre puede “castigar” de esta forma a su pareja, manifestarle su desprecio o centrar la atención en él.
- Excesiva masturbación con pornografía de internet.
- Baja autoestima.
- Ansiedad.

Un hombre con problemas para llegar al orgasmo aún con excitación, puede saber si la causa es física o psicológica. Además puede diferenciar si no ocurre en todas las ocasiones, en todas las técnicas o en la masturbación en solitario. Si la causa es física ocurre en el 100% de las ocasiones.

Falta de deseo: También llamada “andropausia” debida a la pérdida progresiva de andrógenos, a obesidad, consumo de alcohol.

El alcohol, en dosis moderadas, es afrodisíaco, pero en mayor cantidad produce la paradoja de sentirse muy excitado pero tener dificultades para alcanzar el clímax.

El libro de Cabello y Lucas (2002) antes citado propone técnicas para ayudar en todas las dificultades sexuales, incluidas las indicaciones farmacológicas adecuadas.

6. Vivir la sexualidad con “agencia”

De Bejar, (2001) publicó un libro que se ha reeditado en 2006 como “Tu sexo es aún más tuyo” y que lleva más de 300.000 ejemplares vendidos. Es un libro que tiene el mérito de ser de sexualidad para mujeres, pero que es muy útil que lean los hombres porque desmitifica muy bien la fantasía de “la bella durmiente” y el “príncipe azul” en la sexualidad. Esta obra apela a la **agencia** (o capacidad de acción) de las mujeres para su gozo compartido; deja de hacer caer la responsabilidad de lo que ocurre en la cama a los caballeros; sabe dar la importancia que merece al clítoris; muestra con ilustraciones como hacerse responsables del propio placer a las mujeres, aún en compañía

El libro plantea las incongruencias del modelo de sexualidad femenino: *miedo* a no gustar, a no estar a la altura por no gozar como *debería ser* (¿clitoridianas, vaginales?); *no pedir*, pero hacer o dejarse hacer, más preocupadas por el placer del otro que por el propio; *fingir*:orgasmos, por no quedar mal o herir sus sentimientos, o para que “acabe ya”; menor libido de las mujeres versus *incontenible necesidad de “descarga”* de ellos; la doble moral que valora al donjuan y degrada como fresca o puta a la que hace lo mismo.

También explica la historia de Lilit. Lilit fue la primera mujer de Adán, a quien abandonó cuando éste intentó forzarla. Yavé la castigó a perder cien hijos cada día. Con esta historia la autora muestra que ha habido mujeres con agencia pero que han sido silenciadas de la historia. En cambio se ofrece a Eva, su segunda mujer, como antimodelo (porque quería saber –en realidad como pecadora mortal) y a la Bella Durmiente, Blancanieves o Pretty Woman como modelo: que sin un hombre que las salve no son nada.

De Béjar propone que las mujeres **se tienen que responsabilizar de la calidad de su vida, de su placer**. Ellos también saldrán ganando. Para ello, tienen que conocer su cuerpo, estar a la última en información sobre sexualidad, plantearse qué desean a nivel sexual y comunicárselo a sus parejas.

El modelo de sexualidad dominante también es inhumano para ellos: que el pene sea el centro de *su universo*, que cumpla con las características de longitud, grosor, duración de la erección y eficacia en provocar orgasmos femeninos mediante la cópula. ¿Y cuando *falla* el pene? Muchos hombres después de un *pinchazo* creen que su vida sexual ha acabado y renuncian por miedo a ver su virilidad cuestionada.

De Béjar explica la historia de un encuentro sexual con el que muestra la cruda realidad del modelo de sexualidad patriarcal. En este ejemplo Julia –la chica– aparece insegura por la supuesta fealdad de su cuerpo; indecisa por temor a *qué pensará de mí*; preocupada de por qué tarda demasiado en estar preparada; nerviosa por *estar a la altura* y satisfacerlo; y angustiada por no cansarle o parecerle demasiado pedigrüña. Y propone como solución a este cúmulo de despropósitos la agencia mencionada anteriormente.

7. Las novedades en la sexualidad en la actualidad

Actualmente hay un fenómeno que no está bastante estudiado porque es muy reciente (Wolf, 2013; Wilson, 2006). Wilson llama al porno por Internet “El mayor experimento global inconsciente que jamás se haya dirigido”.

a. El porno en Internet

Desde que en todo el mundo occidental se dispone de conexión a Internet de banda ancha que permite poder visualizar imágenes al instante, la pornografía ha adquirido unas dimensiones espeluznantes, distintas para los hombres y para las mujeres. Según un estudio publicado en *The Journal of Adolescent Research*, (Wright, 2013) nueve de cada diez hombres jóvenes consume pornografía, un tercio de las chicas también lo hace. Los chavales antes de los 10 años ya han buscado en las páginas porno.

Wolf y Wilson explican que como resultado de esta invasión de imágenes pornográficas, cada vez más duras, al cerebro masculino se le cruzan los cables. Lxs adultxs y lxs adolescentes no saben hasta qué punto la pornografía remodela sus cerebros. Hay un video excelente en la página “Your Brain on Porn” (<https://www.youtube.com/watch?v=7oFVOJf0TzY>) que muestra cómo el cerebro se va transformando por los efectos del consumo de pornografía sobre el sistema dopaminérgico.

El sexo “normal” ya no resulta suficientemente estimulante para muchos hombres usuarios asiduos de pornografía. Buscan la penetración anal (a menudo violenta) y el clímax anal como “objetivo” del acto sexual.

Para los chicos, el problema también es serio. La masturbación crónica ante imágenes sexuales les desensibiliza, lo que da lugar a una búsqueda de estímulos más fuertes (imaginería más intensa y llamativa), y a la típica escalada en el uso de las adicciones, por un lado; y a serios problemas de disfunción eréctil y eyaculación retardada, por el otro.

La pornografía se ha convertido en una rival destructiva para las mujeres y para las capacidades sexuales de los hombres. Tenemos que decir claramente que el porno por Internet no es sexo, es droga dura. Pone en marcha el circuito de recompensa de la siguiente manera:

Los hombres (y las mujeres también) tenemos el efecto Coolidge que explica que la asiduidad de una pareja sexual apaga el deseo sexual, pero que cuando se introduce una nueva pareja sexual el ardor vuelve a fluir, hasta que disminuye con el paso del tiempo. A nivel de neurotransmisores, lo que produce el estímulo novedoso, es una liberación de dopamina en el núcleo acumbens.

Masturbarse frente a imágenes pornográficas, da lugar, a corto plazo, a un incremento de la dopamina en el cerebro masculino, lo cual mejora su estado de ánimo durante una o dos

horas (Doidge, 2007). Se activa el mismo circuito neurológico que en el consumo de cocaína, o en el juego. Puede dar lugar a una conducta adictiva cuando se convierte en un tipo de respuesta obsesivo compulsiva. Y esto sucede cuando se sienten inducidos a masturbarse repetidas y sucesivas veces, hasta llegar a perder interés en otros aspectos de su vida y a perder su capacidad para dominar su necesidad.

Pero además, con cada orgasmo, se liberan opioides, serotonina y endocannabinoides, lo cual produce, éxtasis, saciedad y relajación (<http://yourbrainonporn.com/your-brain-on-porn-series>, Wilson, G., 2015) Con cada eyaculación sucesiva, la inhibición se hace más fuerte (el sistema refractario). Para contrarrestar este efecto necesitan materiales eróticos cada vez más potentes, lo que les hace adictos al orgasmo, y a la previsibilidad de la recompensa. Pero una excesiva estimulación crónica deja de resultar satisfactoria. Y entonces empieza a preguntarse si las mujeres con las que se cruza aceptarían participar en esta o aquella práctica sexual. Esto da lugar a resentimiento, irritación y ensimismamiento en sus relaciones, al no haber coincidencia entre la realidad virtual y la realidad física, y fácilmente se ven afectados otros aspectos de la vida. De manera que su sistema límbico le mantiene firmemente convencido de que solo la droga de su elección le podrá restituir el bienestar.

Por otro lado, hay gente joven, que no sólo utilizan las imágenes porno durante las relaciones sexuales, sino que, a veces, son lo que determina y marca el ritmo, las posturas, los juegos. Quien controla el mando a distancia se convierte en quien controla el tipo de conducta sexual y el ritmo de su desarrollo.

Wilson llama *resurrectos* a los hombres que comprenden cuál es la causa de su malestar y dejan de consumirla. Necesitan unos dos meses para recuperarse, si son mayores. Pero si son jóvenes, necesitan el doble, de cuatro a cinco meses, porque su cerebro está demasiado estructurado.

Una sociedad de masturbadores es una población subyugada que conviene al *statu quo* porque adormece a la gente, en lo político, y en lo erótico, y su efecto es inhibitor y depresivo, pero también disociativo, por lo traumático.

Ahora bien Internet también ofrece muchas ventajas: permite identificar la propia orientación a quien duda; permite, sobre todo a las personas trans tener foros en los que dialogar acerca de su condición sin ser cuestionadas, juzgadas, o estigmatizadas, sino todo lo contrario. Compartir experiencias de transición, recursos para obtenerla, modelos,...

Permite utilizar las aplicaciones para contactar o ligar. Ahora con este sistema es muchísimo más fácil; pero surgen otras complejidades, como cuando parar, o seguir buscando.

b. Aplicaciones para buscar pareja

MiuMeet: MiuMeet permite chatear con personas cercanas porque las localiza por GPS de forma gratuita, importar fotos desde el Facebook y filtrar sus gustos para afinar más la búsqueda. Desde comida preferida, hábitos nocturnos, películas etc.

Tinder: se basa en cruzarse por la calle, localización GPS. Entonces aparece la foto de la persona que está en la aplicación y se puede poner un "me gusta", si la otra persona también lo hace, entonces empieza la comunicación.

Meetic: Gran web de contactos. Gracias a la aplicación de Meetic se puede ligar en cualquier

momento y lugar.

Badoo: Con Badoo se pueden descubrir las afinidades con millones de personas. Desde quien frecuenta los mismos bares o clubes, quien compra en las mismas tiendas etc. 100% segura, ofrece un sinfín de posibilidades como el modo invisible, para ver perfiles sin que lo sepan, crear álbum de fotos, etc.

StreetMatching: Para los que creen en el amor a primera vista, permitiendo localizar geográficamente el flechazo. Con un solo click, la aplicación detecta el lugar y la hora en que ha sucedido el encuentro de manera que el usuario solo tendrá que aceptar los datos para que su flechazo quede registrado. Perfecto para llevarlo a un bar, realizar "fichajes" y esperar que sean correspondidos.

Social Flirt: Con ella puedes encontrar gente compatible y cercana. Millones de perfiles de usuarios y test de compatibilidad aseguran poder encontrar exactamente lo que la persona está buscando. Se necesita algo de tiempo para rellenar el perfil, pero merece la pena hacerlo, porque a más detalles mejores posibilidades.

LovePark: Para ligar, chatear, tener citas y sobre todo encontrar la media naranja. Totalmente gratis, sin necesidad de dar el correo electrónico ni ningún otro dato. Para muchxs una de las mejores, más fáciles y sencillas de utilizar.

Grindr: Grindr Xtra es una manera simple, rápida y gratuita de encontrar chicos gays, bi o curiosos para salir, socializar y hacer amigos usando el iPhone. Identifica la ubicación física y permitirtte subir fotos y chatear con los chicos que estén más cerca. Está prevista la salida de la app para heterosexuales.

Qrush: Aplicación bastante sencilla, exclusiva para chicas que buscan conocer a otras chicas. Tiene, su chat, un apartado donde leer noticias, un administrador de la aplicación y un apartado en el que ver los perfiles de las chicas que se encuentran alrededor de la zona de la persona que lo usa, organizadas por orden de cercanía.

Ashley Madison: Ashley Madison ofrece la posibilidad de conectarse desde cualquier punto del mundo para poder tener una infidelidad a la carta. El avance de la tecnología y el poder acceder a la web desde un teléfono móvil privado es una de las mejores ventajas que ofrece Ashley Madison para sus usuarios, ya que protege todavía más la privacidad del registrado y no deja huellas digitales en el ordenador personal.

Breakupnotifier: Aplicación para Facebook. Avisa por email cuando la chica o chico que a unx le gusta vuelve a estar solterx. Después de indicar los perfiles de la red social en los que unx está interesadx, breakupnotifier analizará el estado hasta detectar un cambio, momento en el que avisará que ya se puede empezar a desplegar todos los encantos.

Aplicaciones para parejas:

Couple, Avocado y Between: tienen un calendario propio, un chat privado y la posibilidad de intercambiar archivos.

SimplyUs: ayuda a organizar las tareas domésticas, con listas y recordatorios.

Kindu: reaviva la pasión, contiene propuestas de juegos y retos sexuales.

Fix a Fight: transmite el estado de ánimo a la pareja y ofrece consejos para reparar la situación.

Desire42: potenciar la sexualidad como un juego.

Happyweek: un calendario lleno de propuestas sorpresa destinadas a cuidar una relación.

7. La sexualidad en las mujeres mayores (a partir de los 50)

En 2013 Freixas publicó una investigación que había realizado sobre una muestra de 730 mujeres de 50 años en adelante con la que mostró que ni la sexualidad ni el deseo desaparecen nunca, particularmente si estas tienen una relación empática y amorosa, con complicidad e intimidad; que son el sustrato sobre el que apoyan el deseo; también encontró que el 40% de las mujeres de 70 años de la muestra practican la masturbación.

También, que tienen una visión de la pareja “desidealizada”. Muchas ya han vivido muchas cosas. Valoran la compañía, el cuidado, el hecho de tener pareja, pero muchas desean relaciones con compromiso afectivo, pero sin cotidianidad. Buscan una persona empática, cariñosa, afectiva, que respete la libertad, y que sea afín en valores y aficiones; otras, las menos, desean un encuentro sexual sin compromiso afectivo.

En el otro extremo, a muchas no les resulta fácil tener o desear una vida sexual, por múltiples razones, entre otras, porque les cuesta aceptar el autoerotismo, o porque ni los hijos ni las residencias (en caso de vivir en estos contextos) facilitan la sexualidad.

Referencias

Basson, R. (2001), “Human sex-reponse cycles”, *J Sex Marital Ther*, 27(1):3

Bastian, B., Jetten, J., Stewart, E. (2013), “Physical pain and guilty pleasures”, *Social Psychological and Personality Science*, 4:215-219.

Bergner, D. (2013), *¿Qué quieren las mujeres? Últimas revelaciones de la ciencia sobre el deseo sexual femenino*, Barcelona: Ediciones Destino.

Berman, J. & Berman, L. (2001), *For Women Only. A Revolutionary Guide to Reclaiming Your Sex Life*, London: Virago Press. Traducción (2002), *Sólo Para Mujeres*, Barcelona: Planeta.

Berman, L. (2010), *It's Not Him. It's You! How to Take Charge of Your Life and Create The Love and Intimacy You Deserve*. New York: DK.

Bourdieu, P., 1998 *La dominación masculina*, Barcelona: Edicions 62.

Brotto, L. A. (2010), “The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women”, *Archives of Sexual Behavior*, 39, 221-239.

Butler, J. (2006), *Precarious Life*, London: Verso.

- Cabello, F. & Lucas, M. (2002), *Manual Médico de Terapia Sexual*. Madrid: Psimática.
- Cohler, B. J. & Galatzer-Levy, R. M. (2014), "El momento histórico en el análisis de los hombres gays", *Aperturas Psicoanalíticas*, 48.
- Chivers, M. L. et al., (2007), "Gender and sexual orientation differences in sexual response to the sexual activities versus the gender of actors in sexual films", *Journal of Personality and Social Psychology*, 93: 1108-1121.
- (2012), "Effects of gender and relationship context in audio narratives on genital and subjective sexual response in heterosexual women and men" *Archives of Sexual Behavior*, 41(1):187-197
- de Béjar, S. (2001), *Tu sexo es tuyo*, Barcelona: Plaza y Janés. Reeditado (2006), *Tu sexo es aún más tuyo*.
- (2011), *Deseo. Cómo mantener la pasión y resolver las diferencias sexuales*. Barcelona: Planeta.
- Diamond, J. (2012), *El mundo hasta ayer*, Barcelona: Debate.
- Dimen, M. & Goldner, V. Eds. (1991) *Gender in Psychoanalytic Space*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Dimen, M. (Ed.), (2011), *With Culture in Mind*, New York & London: Routledge.
- Dingfelder, S. F. (2011), "Understanding Orgasm", *American Psychologist*, 42(4), 42-45.
- Dio Bleichmar, E. (1997), *La sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*, Barcelona: Paidós.
- (2002), "Sexualidad y género: nuevas perspectivas en el psicoanálisis contemporáneo", *Aperturas Psicoanalíticas*, 11.
- (2005), "¿Histeria infantil o grados variables de sexualización externa? Historia de Déborah", *Aperturas Psicoanalíticas*, 19
- (2006), "¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas", *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.
- (2010), "Las teorías implícitas del psicoanalista sobre el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 34.
- (2010), "Otra vuelta más sobre las teorías implícitas del analista sobre el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 36.
- (2011), "Diversidad sexual. Cuestionario a Emilce Dio Bleichmar", *Aperturas Psicoanalíticas*, 38.
- (Coord. 2011), *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*, Barcelona: Octaedro.
- Doctors, Sh. (2007), "Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia", *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.
- Doidge, N. (2007), *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain*

Science, Viking Press.

Drescher, J. (2015), "Gender Policing in the Clinical Setting: Discussion of Sandra Silverman's 'The Colonized Mind: Gender, Trauma and Mentalization'", *Psychoanalytic Dialogues*, 25(1):67-76.

Elise, D. (2009), "Sexo y vergüenza: la inhibición de los deseos femeninos". *Aperturas Psicoanalíticas*, 32.

Estupinyà, P. (2013), *S=EX2. La Ciencia del Sexo*. Barcelona: Random House Mondadori.

Fisher, H. (1992), *Anatomy of Love: The Natural History of Monogamy, Adultery, and Divorce*, New York: W. W. Norton.

Foucault, M. (1963), *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.

Freixas, A. (2013), *Tan Frescas*, Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1896), "La etiología de la histeria", p. 299-316, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

Garriga, C. (2009), Aplicaciones del modelo relacional a las subjetividades femeninas contemporáneas, en concreto a la maternidad, más allá del destino biológico y psicológico. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1): 150-164

— (Coord.) (2011). "Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, queered, relacional". *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 429-455.

— (2012), "La transmisión intergeneracional del trauma. Caso María". *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 602-619.

— (2013), "La parentalidad y la sexualidad en el desarrollo adolescente sano". *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2): 288-295.

— (2014), "La bondad y la ética del cuidado en la subjetividad femenina. Implicaciones del DSM-V para la sexualidad de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 46.

— (2015), "¿Por qué ser feliz cuando puedes ser normal? Acerca de las variaciones de género y las sexualidades en el psicoanálisis relacional. Viñeta clínica". Presentación en Jornadas AB: <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>

Georgiadis, J. R. (2012), "The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures", *Prog Neurobiology*, 98(1): 49-81.

Gorski, R. *et al.* (1978), "Evidence for a Morphological Sex Difference Within the Medial Preoptic Area of the Rat Brain", *Brain Research*, june.

Huynh, H. K., Willemsen, A. T., Lovick, T. A. & Holstege, G. (2013), " Pontine control of ejaculation and female orgasm", *J. of Sex. Med.* 10(12):3038-48.

Janinni, E. A. *et al.* (2014) "Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm", *Nature Reviews Urology*, 11, 531-538.

Kaplan, H. S. (1979), *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. Vol II.

New Yor: Brunner/Mazel.

Komisaruk, B. R. et al., (2004), "Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves", *Brain Research*, 1024(1-2): 77-88.

— (2005), "Functional MRI of the brain during orgasm in women", *Annual Review of Sex Research*, 16: 62-86.

— (2011), "Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence" *The Journal of Sexual Medicine*, 8(10): 2822-2830.

— (2012), "A scientist's dilemma: Follow my hypothesis or my findings?", *Behavioral Research*, 231(2): 262-265.

Ladas, A. K., Whipple, B. & Perry, J. D. (1982), *The G spot: And other discoveries about human sexuality*, New York: Holt, Rinehart & Winston.

Laplanche, J. (2011), *Freud and the Sexual*, London: Unconscious in Translation.

Laumann, E. O. et al., (1999), "Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors", *JAMA*, 281(6): 537-544.

— (2005), "Sexual problems among women and men aged 40 to 80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors", *Intl. Journal of Impotence Research*, 17:39-57.

Lazar, S., Lichtenberg, J. D. (2005), "Placer sensual, excitación sexual y feminidad: apreciar la respuesta sexual femenina", *Aperturas Psicoanalíticas*, 21

Leknes, S. et al, (2013), "The importance of context: When relative relief renders pain pleasant", *Pain*, 154(3):402–410.

LeVay, S. (1993), *The sexual brain*, Cambridge: MIT Press.

López Mondéjar, L. (2003), "Masculino/femenino/neutro. Vicisitudes de la identidad sexual y de género en el adolescencia". *Aperturas Psicoanalíticas*, 15.

Llanos, M. (2013), "Análisis clínico del personaje de "La mujer habitada" de Gioconda Belli", *Aperturas Psicoanalíticas*, 45.

Masters, W. H., Jonhson, V. E. & Kolodny, R. C. (1992), *La Sexualidad Humana Vols. 1,2,3*. Barcelona: Grijalbo.

Notman, M.T. (2006), "Cambios en la orientación sexual y la elección de objeto en la madurez de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 22.

Perel, E. (2013), *The secret to desire in a long term relationship*. TEDTalk.

Puppo, V. (2014), "The G-Spot doesn't exist", article first published online: 26 MAY 2014, DOI: 10.1111/1471-0528.12893. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

Richters, J., de Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E. & Smith, A. M. A. (2008) "Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Sadomasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National

Survey”, *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7): 1660-1668.

Rosselli, C. *et al.* (2009), “Prenatal Programming of Sexual Partner Preference: The Ram Model”, *Journal of Neuroendocrinology*, march.

Saketopoulou, A. (2014), “To suffer pleasure: the shattering of the ego as the psychic labor of perverse sexuality”, *Studies in Gender & Sexuality*, 15(4): 254-268.

Shifren, J. (2008), “Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates” *Obstetrics & Gynecology*, 112(5):970-978.

Starr, K. & Aron, L. (2011), “Women on the Couch: Genital Stimulation and the Birth of Psychoanalysis”, *Psychoanalytic Dialogues*, 21(4):373-392.

Sol, J. (2011), *Fake Orgasm*. Barcelona: Zip Films, Cameo.

Štulhofer, A. & Ajduković, D. (2013), “A mixed methods exploration of women experiences of anal intercourse: meanings related to pain and pleasure”. *Archives of sexual behavior*, 42 (6), 1053-1062.

Tiefer, L. (2004), *Sex is not a natural act*, (2^a ed.). New York & London: Routledge.

Torres, D. J. (2015), *Coño Potens*, Tafalla: Txalaparta.

Wilson, G. (2006), *The great porn experiment*, TEDtalk.

Whimpissinger, F., Stifer, K., Grin, W. & Stackl, W. (2007), “The Female Prostate Revisited: Perineal Ultrasound and Biochemical Studies of Female Ejaculate”, *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5): 1338-1393.

Wimpissinger, F., Springer, C. & Stackl, W. (2013), “Genital Secretions during Female Orgasm (female ejaculation), *International on line survey: Urology Dept. Rudolfstiftung Hospital, Viena*.

Wolf, N. (2013), *Vagina. Una nueva biografía de la sexualidad femenina*, Barcelona: Kairós.

Wilson, G. (2015), <http://yourbrainonporn.com/your-brain-on-porn-series>

Wright, P. J. (2013), “U.S. males and pornography, 1973-2010: Consumption, predictors, correlates”, *Journal of Sex Research*, 50(1):60-71.

Young, L. & Alexander, B. (2012), *Química Entre Nosotros, Amor, Sexo y la Ciencia de la Atracción*. Madrid: Alianza Editorial.

Zaviacic, M. & Ablin, R. J. (2000), “The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications of this prostate marker in women and reasons for using the term ‘prostate’ in the human female”, *Histology and Histopathology*, 15(1):131-142.