

NICOLÁS MENDOZA LADRÓN DE GUEVARA  
ANA ROSA JURADO LÓPEZ  
CARLOS SAN MARTÍN BLANCO  
FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ  
(COORDS.)

# SEXOLOGÍA MÉDICA

Granada, 2019

COLECCIÓN MANUALES • MAJOR

Ciencias de la Salud

Esta publicación ha contado con el apoyo del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la UGR.

© VV.AA.

© UNIVERSIDAD DE GRANADA

Campus Universitario de Cartuja

Colegio Máximo, s.n., 18071, Granada

Telf.: 958 243930-246220

Web: editorial.ugr.es

ISBN: 978-84-338-6562-5

Depósito legal: Gr./1538-2019

Edita: Editorial Universidad de Granada

Campus Universitario de Cartuja. Granada

Fotocomposición: María José García Sanchis. Granada

Diseño de cubierta: Tarma, estudio gráfico. Granada

Imprime: Gráficas La Madraza. Albolote. Granada

*Printed in Spain*

*Impreso en España*

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

## ÍNDICE

1. Introducción a la sexología médica: Definiciones.—FRANCISCO VALLE VICENTE; ANA ROSA JURADO LÓPEZ. . . . .	13
2. Fundamentos biológicos, sociológicos y psicológicos de la sexualidad I: La respuesta sexual femenina.—IRENE SALAZAR BRUQUE . . . . .	21
3. Fundamentos biológicos, sociológicos y psicológicos de la sexualidad II: La respuesta sexual masculina.—LAURA ARAUJO MÁRQUEZ . . . . .	31
4. La orientación sexual. Sexualidad y género.—XUS PUY PARACHE; ELENA GASCÓN . . . . .	41
5. Derechos sexuales. Aspectos éticos y legales en sexología médica.—FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ. . . . .	47
6. Promoción de la salud sexual. Educación sexual.—LORETO MENDOZA HUERTAS . . . . .	55 63
7. Mitos en salud sexual y reproductiva.—ANTONIO FERRÁNDEZ INFANTE. . . . .	73
8. La historia clínica en sexología médica.—MARINA ALONSO COSCOJUELA. . . . .	77
9. Los cuestionarios de salud sexual.—BEGOÑA ARTOLA IRAZÁBAL. . . . .	89
10. Transexualidad y transgenerismo.—PAULA GUERRERO ALONSO; EVA IGLESIAS BRAVO. . . . .	99
11. Sexualidad en las personas con discapacidad física o psíquica.—YANIRA DEL CARMEN SANTANA HERNÁNDEZ. . . . .	107
12. Sexualidad y ciclo vital.—DIANA CORONA MATA. . . . .	115
13. La sexualidad durante la gestación y el puerperio.—LAURA NIETO PASCUAL; MIRIAM LORENZO SANTANA. . . . .	123 133
14. Asesoramiento anticonceptivo.—LORETO MENDOZA HUERTAS; ENRIQUETA BARRANCO . . . . .	123 133
15. Infecciones de transmisión sexual.—MARYNA MAZHEIKA . . . . .	145
16. Sexualidad y patología ginecológica.—ANNA MALLAFRÉ VILAR; ISABEL LAHOZ. . . . .	145
17. Disfunciones sexuales en la mujer I: trastornos del interés y la excitación, trastornos orgasmo.—MYRIAM RIBES REDONDO . . . . .	155

18. Disfunciones sexuales en la mujer II: trastornos por dolor. Síndrome genitourinario de la menopausia.—LUISA GUTIÉRREZ GARCÍA. . . . .	165
19. Disfunciones sexuales en el varón I: disfunción eréctil.—CARMEN LUQUE LÓPEZ . . . . .	177
20. Disfunciones sexuales en el varón II: eyaculación precoz.—ANA ROSA JURADO LÓPEZ . . . . .	191
21. Otras disfunciones sexuales: parafilias.—FRANCISCO L. PÉREZ CABALLERO . . .	201
22. Sexualidad en las patologías crónicas médico-quirúrgicas.—FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ . . . . .	211
23. Fármacos y sexualidad. Drogas y sexualidad.—MILAGROS GONZÁLEZ BÉJAR . .	221
24. Fundamentos de terapia sexual y de pareja.—CARLOS SAN MARTÍN BLANCO . . .	231
25. Violencia de género—CARLOS SAN MARTÍN BLANCO. . . . .	241

## Listado de autoras y autores

MARINA ALONSO COSCOJUELA

Médica Especialista en Urología. Máster en Sexología por la Universidad Europea del Atlántico.

Hospital Comarcal de Vinarós (Castellón).

LAURA ARAUJO MÁRQUEZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Máster en Sexología Médica por la Universidad Europea del Atlántico.

CS Almendralejo San José (Almendralejo, Badajoz).

BEGOÑA ARTOLA IRAZÁBAL

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología por la Universidad Europea del Atlántico.

CS Villaamil. Madrid.

DIANA CORONA MATA

Médica Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología por la Universidad Europea del Atlántico.

Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

ANTONIO FERRÁNDEZ INFANTE

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica de la Universidad Europea del Atlántico.

Centro de Salud «Guadarrama». Guadarrama, Madrid.

MILAGROS GONZÁLEZ BÉJAR

Doctora en Medicina por la UCM. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Sexóloga. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología y de Atención a la Mujer de

SEMERGEN. Directora Médica del Centro de Salud de Montesa de Madrid.

**PAULA GUERRERO ALONSO**

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sexóloga Médica.

Presidenta de SEMERGEN La Rioja.

Centro de Salud Nájera (La Rioja).

**LUISA ESTHER GUTIÉRREZ GARCÍA**

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sexóloga Médica.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

**EVA M.<sup>a</sup> IGLESIAS BRAVO**

FEA de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Valme de Sevilla.

Dra. en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla.

Máster en Sexología Médica por la Universidad del Europa del Atlántico.

Profesora asociada del Dpto de Cirugía de la Universidad de Sevilla.

**ANA ROSA JURADO LÓPEZ**

Doctora en Medicina. Sexóloga.

Co-directora Académica del Máster de Sexología Médica de la Universidad Europea del Atlántico.

Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN y del GESS de la AEEM.

Coordinadora del Observatorio de Salud Sexual ONSEX.

Triay Medical Centre. Marbella (Málaga).

**MIRIAM LORENZO SANTANA**

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología por la Universidad Europea del Atlántico.

Centro de Salud El Doctoral (las Palmas de Gran Canaria).

**M.<sup>a</sup> CARMEN LUQUE LÓPEZ**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Master en Sexología Médica por la Universidad Europea del Atlántico.

Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Distrito Costa del Sol.

**ANNA MALLAFRE VILAR**

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sexóloga Médica.

Miembro del Observatorio de Salud Sexual ONSEX.

Clínica Sagrada Familia (Barcelona).

## LORETO MENDOZA HUERTAS

MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica por la Universidad Europea del Atlántico.  
Complejo Hospitalario de Jaén.

## LAURA NIETO PASCUAL

Médica Especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster en Sexología por la Universidad Europea del Atlántico.  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## MARYNA MAZHEIKA, MD PhD

Ginecóloga. Profesora Ayudante Doctora.  
Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada.

## NICOLÁS MENDOZA LADRÓN DE GUEVARA, MD PhD

Catedrático de Universidad.  
Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada.

## FRANCISCO LUIS PÉREZ CABALLERO

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica. Miembro de los grupos de trabajo de Sexología Médica (SEMERGEN) y de Grupo para el Estudio de la Salud Sexual GESS (AEEM).  
Hospital de Mérida (Badajoz).

## MARÍA JESÚS PUY PARACHE

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Sexología Médica por la Universidad Europea del Atlántico.  
Adjunta en Hospital Universitario Dexeus (Barcelona).

## MYRIAM RIBES REDONDO

Médica especialista en Ginecología y Obstetricia.  
Máster en Sexología Clínica.  
Facultativo Especialista del Área de Salud de Menorca. IbSalut.

## IRENE SALAZAR BRUQUE

MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica por la Universidad Europea del Atlántico.  
Hospital Regional de Málaga.

**CARLOS SAN MARTÍN BLANCO**

Doctor en Medicina. Sexólogo. Psicoterapeuta.  
Coordinador del Máster de Sexología Médica de la Universidad Europea del Atlántico.  
Secretario de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual.  
Presidente del Observatorio de Salud Sexual ONSEX.  
Coordinador del GT de Sexología de SEMERGEN.  
Director del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud CIPSA. Santander.

**FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

Doctor en Medicina y Sexólogo Clínico.  
Co-director académico del Máster de Sexología Médica de la Universidad Europea del Atlántico.  
Centro de Salud de Xátiva (Valencia).

**YANIRA C. SANTANA HERNÁNDEZ**

Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Máster en Sexología por la Universidad Europea del Atlántico.  
Médica psiquiatra en las Áreas de Salud Mental y Discapacidad Intelectual del Centro socio-sanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia.

**FRANCISCO VALLE VICENTE**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sexólogo Médico. COPF  
Nuevo Cáceres, Cáceres.



# 1. Introducción a la sexología médica

## Contenidos:

1. Introducción.
2. Sexología médica.
3. Objetivos de la sexología médica.
4. Definiciones.
  - A. Sexualidad.
    - a) Dimensiones de la sexualidad.
  - B. Salud sexual.
5. Bibliografía recomendada.

## Objetivos:

1. Conocer la definición de sexología médica y su importancia en la salud de las personas.
2. Conocer los objetivos de la sexología médica.
3. Definir conceptos de interés como sexualidad y salud sexual.
4. Comprender los aspectos que abarca la formación de profesionales sanitarios/as en materia de salud sexual.

## INTRODUCCIÓN

La función sexual es una más de las funciones orgánicas del ser humano y con importantes repercusiones en su salud bio-psico-social.

La sexualidad hasta hace relativamente poco tiempo ha sido considerada como un tema tabú en la mayoría de las sociedades desarrolladas y, aunque en nuestro medio se están rompiendo barreras, en determinados ambientes sigue siendo un tema que evitar u ocultar, que genera o favorece la generación de conflictos personales, de relaciones y sociales. Por esta razón debería desarrollarse desde la infancia una educación sexual integral y transversal. También debe incluirse su estudio amplio, como es la pretensión de este manual, en el currículum de los grados de las titulaciones sanitarias del territorio español.

Hoy se sabe de la influencia, positiva o negativa, de la sexualidad en las relaciones interpersonales, con un papel muy destacado en la salud de las personas, y se consideran los aspectos biológicos, sociológicos y psicológicos de la sexualidad humana y su traducción clínica en procesos patológicos diversos relacionados con la vivencia de la sexualidad.

Todas las personas deben poder disfrutar de la sexualidad de una manera segura y autónoma, sin miedos ni vergüenzas y de acuerdo con su forma de sentir o pensar.

Decidir libremente cómo expresar el género, qué parejas y relaciones se quieren mantener, cómo y cuándo tenerlas, si continuar con o interrumpir un embarazo de manera segura, o si se desea tener hijos/as, cuándo y cuántos/as, son derechos sexuales que han sido reconocidos como derechos fundamentales. Dentro de ellos están el derecho a contar con información fiable sobre sexualidad y reproducción, a tener acceso a anticonceptivos modernos y eficaces, y a asesoramiento y atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

### SEXOLOGÍA MÉDICA

Partiendo de la base de que la sexología es una ciencia transdisciplinar que incorpora el conocimiento de áreas como la antropología, la sociología, la educación, la psicología y la medicina, podemos definir la sexología médica como «La especialidad médica encargada del estudio, la prevención y la intervención terapéutica en sexología y salud sexual desde una perspectiva integral e integradora.»

### OBJETIVOS DE LA SEXOLOGÍA MÉDICA

1. Adquirir, desarrollar e implementar un concepto de sexualidad, basado en los componentes biopsicosociales de la misma, en concordancia con las definiciones propuestas por la OMS.
2. Conocer en profundidad los distintos modelos de evaluación, diagnóstico e intervención en el campo de la sexología médica, así como las técnicas y procedimientos que de ellos se derivan para el abordaje tanto de la educación sexual como del tratamiento sexológico.
3. Planificar y desarrollar intervenciones sexológicas en los distintos ámbitos: educativos, comunitarios y asistenciales, identificando los factores que intervienen, así como los diferentes contextos, de modo que se establezcan diagnósticos y mecanismos de evaluación correctos.
4. Entrenar a los/as profesionales en las habilidades técnicas, actitudinales y personales que favorezcan una optimización de la relación terapéutica, que garantice una adecuada intervención en salud sexual.
5. Diseñar, desarrollar y supervisar programas de prevención y promoción de la salud sexual en todos sus niveles.
6. Promover la investigación tanto en el campo clínico como en el sociológico y educacional.

### DEFINICIONES

A muchas personas, incluido el personal sanitario, les cuesta definir conceptos claros, y muchas veces se hacen de forma reduccionista, confusa y contradictoria apreciaciones sobre el sexo y la sexualidad.

*Sexualidad*

Se trata de un concepto complejo y controvertido.

La sexualidad es un modo de existir: de situarse en la existencia y de vivirla con el otro, en palabras de Efigenio Amezúa.

Definición de sexualidad de José Antonio Marina: «Universo simbólico construido sobre una realidad, el sexo. Mezcla de estructuras fisiológicas, conductas, experiencias, sentimentalizaciones, interpretaciones, formas sociales y juegos de poder». Según una metáfora lingüística, el sexo sería el significante y la sexualidad el conjunto de significados (afectivos, prácticos, ideológicos, etc.) que les atribuimos. Según este autor hay distintos niveles:

- Fisiología: Estructuras fisiológicas del sexo.
- Cultura: Estructuras culturales.
- Biografía: Experiencia personal.

La sexualidad supone una modulación del instinto sexual en los seres humanos, en los que tiene una función, tanto en lo social como en lo personal, mucho más allá de la puramente reproductiva.

Las personas estamos diferenciadas sexualmente y, desde esa realidad biológica, tenemos una determinada orientación sexual y múltiples maneras de interrelacionarnos y estimular la atracción interpersonal, incluyendo el erotismo y el amor. Es un proceso continuado, a lo largo de toda la vida.

## DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD HUMANA

*Personal*

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano. Se experimenta y se expresa en todo lo que somos, pensamos, sentimos y hacemos.

Es uno de los aspectos más sensibles de la vida; influye sobre el estado psicológico y viceversa, los factores psicológicos influyen en la sexualidad. Los cambios propios del proceso evolutivo provocan necesidades de adaptación psicológica que a veces propician el desarrollo de disfunciones sexuales (ejemplos: paso de pubertad a adolescencia con el descubrimiento del propio cuerpo y el inicio de las relaciones sexuales, cambios en el afrontamiento del parto y maternidad/paternidad, ajustes en la menopausia o al llegar a la senectud).

Se pueden producir disfunciones a lo largo de la vida por múltiples causas: 1) físicas o secundarias a procesos patológicos y 2) relacionadas con factores psicológicos, sociales o relacionales.

La sexualidad depende del bienestar físico, psicológico y social. Se relaciona con las experiencias (pasadas y presentes), la personalidad, las emociones, la cultura, etc. Su abordaje debe ser multidisciplinar, sistémico y holístico.

### *Relacional y social*

Las personas son sexuadas, hombres y mujeres que se acercan al mundo desde cuerpos diferenciados que se atraen, que son capaces de sentir placer, de reproducirse y de generar culturas de relación diversas.

La sexualidad es un proceso continuado a lo largo de la vida, influido por multitud de factores. Basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción.

Se expresa y se vivencia en forma de afectos, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Es una vivencia íntima de lo que sentimos ser, de lo que nos atrae y, también, todo un repertorio de gestos de relación y convivencia con el resto.

La sexualidad aparece ligada a la buena vida —la alegría de vivir, a la creatividad, al arte, a la belleza, al amor, al erotismo, a la procreación— y también a los aspectos más oscuros, a la violencia, al abuso de poder, a la represión, a la desigualdad, a la enfermedad, al sufrimiento, a la censura y a la pérdida de libertad.

En las relaciones sexuales ponemos en juego todo lo que somos, nos evaluamos y somos y nos sentimos evaluados. Muchas personas sienten que «son lo que son en la cama».

Aunque la sociedad moderna «tolera», la construcción de la moral social cultural, influenciada en este entorno por las doctrinas judeocristianas, influye sobre las personas que se muestran fuera de la campana de Gauss —norma— favoreciendo que puedan sufrir desadaptación, depresión o ansiedad, en su proceso de aceptación sexual.

Pero la sociedad no aporta solo los aspectos éticos y morales; los determinantes de género sociales imponen ideales de masculinidad y feminidad que una vez interiorizados influyen en la construcción de subjetividades y en los modelos relacionales.

### *Salud sexual*

Hasta el último tercio del siglo xx la salud y la sexualidad seguían caminos separados. Los conceptos relacionados con la sexualidad se han visto oscurecidos por connotaciones ajenas al hecho puramente sexual, pero las cuestiones emparentadas con la noción de salud se han tratado de una forma más abierta.

Hoy en día se asume que la salud es un concepto dinámico que integra aspectos que tienen que ver con el bienestar físico, psíquico y sociocultural: ENFOQUE BIOPICOSOCIAL DE LA SALUD. De este enfoque resulta la importancia de la sexualidad en la calidad de vida del individuo.

Así, una vivencia positiva de la sexualidad contribuye a la salud y al desarrollo personal y social, mientras que una vivencia negativa puede tener consecuencias para la salud y generar problemas sociales.

Los/as profesionales de la salud deben estar atentos/as a las necesidades de la esfera sexual, entendiendo que la no existencia de disfuncionalidad en la respuesta sexual no exime de la existencia de dificultades en otros aspectos socio-relacionales.

Las disfunciones sexuales típicas, como disfunción eréctil, eyaculación precoz, dificultades para llegar al orgasmo, falta de deseo, etc., pueden poner en riesgo la salud por no mantener relaciones sexuales de manera saludable. Pero el marco social con influencia familiar, social, religiosa y legal también permiten o dificultan un desarrollo positivo de la vida sexual.

El primer documento de la OMS en materia de salud sexual se publicó en 1975 a través de recomendaciones de expertos en Ginebra. Este documento apartó la sexualidad del ostracismo por razones sociopolíticas.

La SALUD SEXUAL quedó definida como: *la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.*

También quedó establecida la necesidad de formación de los/as profesionales de la salud para la educación sanitaria, el asesoramiento y la instrucción sobre cuestiones relativas al comportamiento sexual.

En este mismo año se publicó un texto sobre «Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud» (Mace, Bannerman y Burton; OMS, Ginebra 1975), con una serie de propuestas para implementar una formación que incluya enseñanzas teóricas, pero también modificaciones actitudinales que garanticen *mayor tacto, más integridad, mayor tolerancia y mejor conocimiento de la conducta humana y de las relaciones personales.*

Según este documento, el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva. La finalidad de la asistencia debe ser el disfrute intensificado de la vida y de las relaciones personales y no solamente el asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación o las enfermedades de transmisión sexual.

La Organización Panamericana de la Salud define la salud sexual, en el año 2001, como *la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural en relación con la propia sexualidad.* Se hace evidente a través de la libre y responsable expresión de la sexualidad individual, que proporciona un armonioso bienestar personal y social y que tiene la virtud de enriquecer la vida de las personas y de las comunidades. No es solamente la ausencia de disfunciones, enfermedades y/o trastornos. Para la consecución y el mantenimiento de un estado de salud sexual deben reconocerse y respetarse los derechos sexuales de todas las personas.

La Dirección General de Salud Pública de los EEUU de América, en el 2001, entiende que la sexualidad es una parte integral de la vida humana. Ofrece el impresionante potencial de la reproducción, fomenta la intimidad entre las personas y permite que se pueda compartir el placer en las relaciones, ayuda a satisfacer algunas necesidades personales y sociales y brinda la posibilidad de disfrutar y obtener placer gracias al cuerpo. Si se ejerce de manera irresponsable puede presentar aspectos negativos como infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y violencia de género.

Es necesario que las personas mantengan un comportamiento sexual saludable y responsable, evitando las consecuencias negativas, para disfrutar de los beneficios de la sexualidad y, además, es necesario disponer del suficiente apoyo social y sanitario.

Las enfermedades físicas o mentales pueden contribuir a una disfunción sexual, y viceversa, las disfunciones sexuales, dificultades o problemas, pueden provocar alteraciones de salud física y mental.

La salud sexual no solo se ciñe a la edad reproductiva ni se limita a la ausencia de enfermedad o disfunción. E incluye la capacidad de comprender y calcular los riesgos, responsabilidades, resultados e impactos de los comportamientos sexuales y de practicar la abstinencia cuando sea apropiado.

La salud sexual debe incluir la ausencia de abusos sexuales y de discriminación, así como la capacidad de las personas para integrar su sexualidad en sus vidas, con el fin del placer o del deseo reproductivo.

La OMS redefinió la salud sexual en 2002 como «un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad o disfunción. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, de discriminación y de violencia». Alcanzar y mantener la salud sexual debe suponer el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos sexuales de todas las personas.

#### PUNTOS CLAVE:

La sexología médica es la especialidad médica encargada del estudio, la prevención y la intervención terapéutica en sexología y salud sexual desde una perspectiva integral e integradora.

La sexología está cobrando importancia desde el reconocimiento de su influencia en la salud y calidad de vida de las personas.

La realidad biológica de la sexuación determina el comportamiento, las relaciones interpersonales y crea cultura en la humanidad.

La salud sexual de las personas no se define sólo por la ausencia de disfuncionalidad en la respuesta sexual.

La salud sexual requiere una vivencia positiva de la sexualidad y que se respeten los derechos sexuales.

La OMS está comprometida con la salud sexual de la población y con la formación de los/as profesionales de la sanidad para su abordaje.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Marina, J.A., *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona: Anagrama; 2002 ISBN: 978-84-339-6791-6.

Mace, D.R., Bannerman, R.H.O., Burton, J. and World Health Organization. *Las enseñanzas de la sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud*. Ed: D.R. Mace, RHO Bannerman, J. Burton. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37539>.

*Estrategia para la salud reproductiva de la OMS*. Ginebra 2004. Disponible: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO\\_RHR\\_04.8\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1)

## 2. Fundamentos biológicos, sociológicos y psicológicos de la sexualidad I: respuesta sexual femenina

### Contenidos:

- Aspectos generales de la respuesta sexual.
- Fisiología de la respuesta sexual femenina.
- Hormonas y sexualidad femenina.
- Aspectos psicológicos.
- Aspectos sociológicos.
- Puntos clave.

### Objetivos:

- Conocer la fisiología de la respuesta sexual femenina.
- Conocer la importancia de los aspectos psicológicos y sociológicos en la sexualidad humana.

### ASPECTOS GENERALES DE LA RESPUESTA SEXUAL

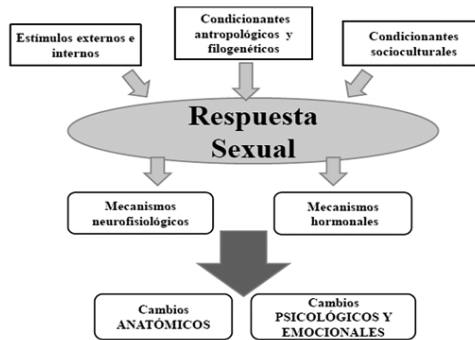
La respuesta sexual es entendida como una compleja sucesión de cambios anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que afectan a todo el organismo, no solo a los órganos genitales, producidos como consecuencia de cualquier forma de actividad sexual placentera.

Estos cambios se producen gracias a los estímulos sexuales externos e internos, sin olvidar los condicionantes socioculturales, antropológicos e incluso filogenéticos implicados.

Dentro de estos cambios, los más llamativos son los físicos, tanto genitales como extragenitales. Pero esto no significa que se deban menospreciar los cambios psicológicos y emocionales, más difíciles de delimitar, pues son vividos de forma personal por cada ser humano en función de sus experiencias, vivencias y aprendizajes a lo largo de la vida.

En cada individuo, por tanto, la respuesta sexual, al igual que la sexualidad, tiene un carácter muy personal y específico.





No existe un modelo de respuesta sexual único, por lo que desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, el objetivo de la investigación ha sido intentar formular una hipótesis donde se enumeren las fases, el orden y los mecanismos que interactúan, estimulando o inhibiendo este ciclo, y que expliquen el mayor número de realidades existentes del comportamiento sexual. Se han elaborado pues diversos modelos de respuesta sexual, siendo probablemente uno de los más conocidos el propuesto por Masters y Johnson a mediados de los años 60 del siglo XX.

El modelo de Masters y Johnson establece cuatro fases en la respuesta sexual que son: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Algunas de las conclusiones más importantes a las que llegan con sus investigaciones son:

- Notable semejanza entre la respuesta sexual femenina y masculina.
- Importancia del clítoris en la excitación y orgasmo de las mujeres.
- Posibilidad de orgasmo múltiple en las mujeres.
- Identificación, en el hombre, del punto de inevitabilidad eyaculatoria que durante la eyaculación se activa desde el interior y no puede detenerse.
- Descripción del periodo refractario tras la eyaculación, variable en tiempo según el hombre, y durante el cual no es posible una estimulación eficaz.
- Reconocer la capacidad de disfrute sexual en los adultos mayores de edad.



Modelos de respuesta sexual según Master y Johnson. Modificada de: Master WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown 1996

Este modelo fue corregido posteriormente por Helen Kaplan en 1979, eliminando las fases de meseta y de resolución, añadiendo una nueva, anterior e independiente a la de excitación: la fase del *deseo*.

Posteriormente, en el 2000, según la postulación de Basson para intentar explicar el deseo sexual femenino en las parejas de larga duración, la respuesta sexual de la mujer se presenta más compleja que la masculina, incorporando más elementos cognitivos y suponiendo un modelo circular entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Afirmando que más del 50% de las mujeres con una sexualidad satisfactoria nunca o rara vez pensarían en sexo, establece un modelo cíclico biopsicosocial, más frecuente en mujeres con parejas de larga duración.

Desde una postura neutral ante la actividad sexual, donde no existe un deseo sexual previo, y en condiciones de adecuada intimidad, con los estímulos adecuados y suficientes, se podría conseguir excitación y deseo sexual.

Si el resultado emocional y físico (puede existir o no orgasmo) es positivo, se incrementa la motivación, la satisfacción sexual, y la intimidad, lo cual cierra el ciclo.

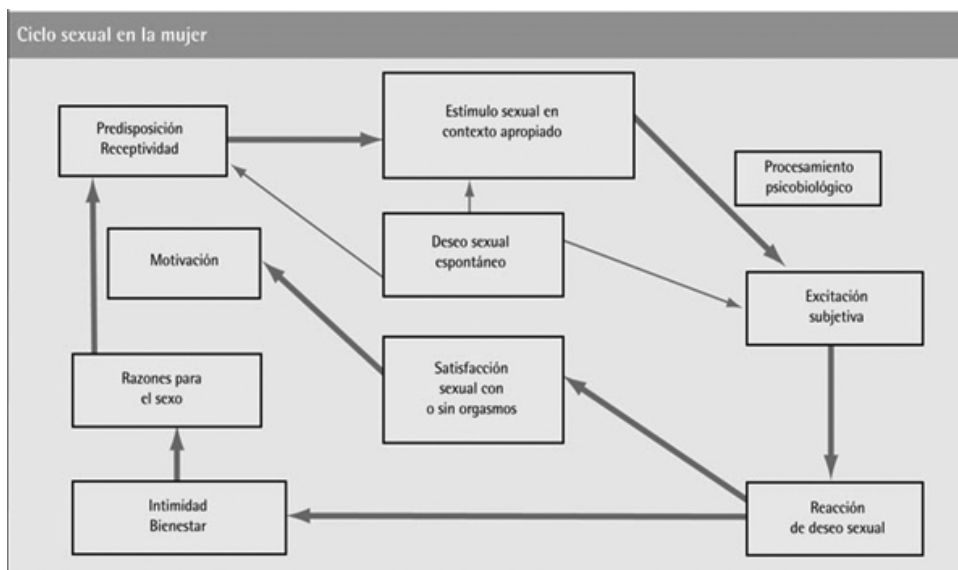
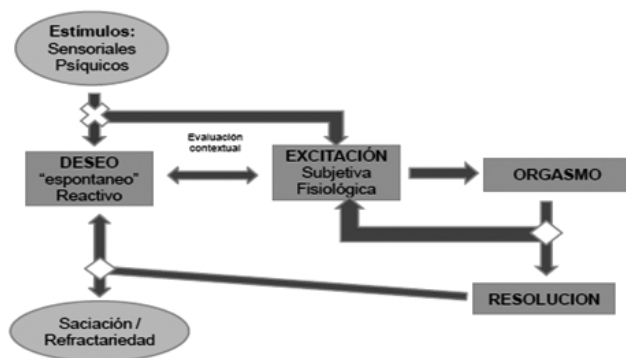


Gráfico adaptado de Basson (2005).

Sin embargo, este modelo está siendo cuestionado en los últimos tiempos al dudar que sea una apropiada representación de la función sexual femenina para la población general. Incluso se han publicado investigaciones, mostrando que las mujeres que tienden a identificarse con este modelo obtienen puntuaciones en el FSFI en rango de disfuncionalidad. El significado clínico de esta afirmación no está determinado.

Muy clarificadora es la actualización realizada por el doctor Mas (2007), quien considera la RS femenina como el paradigma de «respuesta integrada» fisiológica, y la

define «como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo; excitación, y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), cuyos mecanismos interactúan, reforzándose o inhibiéndose recíprocamente».



Algoritmo de la respuesta sexual femenina. M. Mas 2007

## RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

El aspecto físico y cognitivo de la RS difiere en hombres y mujeres, estando más ligada a lo cognitivo en las mujeres, probablemente por influencia cultural.

Cogiendo de base la actualización del doctor Mas, procederemos a explicar la fisiología de la respuesta sexual femenina en cada una de sus fases, teniendo en cuenta pues que para muchas mujeres, las fases pueden variar en secuencia, superponerse, repetirse o ausentarse durante algunos o todos los encuentros sexuales. Además, la satisfacción subjetiva con la experiencia sexual puede no requerir el logro de todas las fases de respuesta, incluido el orgasmo.

### a) *Deseo*

Es difícil trazar una clara frontera fisiológica entre deseo y excitación, que Kaplan diferenció en dos fases de la respuesta sexual. Podríamos decir que el deseo es el principal inductor psicológico de la puesta en marcha de la excitación.

El deseo puede presentarse de manera «espontánea» o ser «reactivo» a estímulos sensoriales, peticiones por parte de la pareja o inducida de modo reflejo por la propia excitación fisiológica, en un contexto de afecto positivo.

Los cambios fisiológicos y psicológicos (excitación subjetiva) que se producen durante la excitación sexual, pueden ser o no consecuencia del deseo, pero este aumenta si existe un *feedback* positivo. A su vez, si esta excitación es procesada como positiva se completa el ciclo de la respuesta sexual, y si existe orgasmo, este necesariamente no tiene

que progresar a la fase de resolución sino que puede retornar a la de excitación con la consiguiente posibilidad de volver a tener otros orgasmos.

Esto supone que una determinada fase no requiere necesariamente la precedente.

Esta complejidad posibilita la aparición de trastornos en cualquiera de las fases o de manera selectiva en algunos de sus componentes, existiendo en ocasiones diferencias o variaciones en el desarrollo de la respuesta sexual consideradas normales.

Además, es posible que la dificultad a la hora de diferenciar entre el deseo y la excitación sexual se deba a que desde el punto de vista neurovascular y neuroquímico resulta complicado distinguir deseo de excitación y excitación de meseta.

Probablemente, todo esto haya contribuido a que en la nueva clasificación de las disfunciones sexuales en el DMS-V, los trastornos del deseo sexual y de la excitación sexual femenina se hayan aunado en una categoría denominada Trastorno de la excitación/Interés sexual en la mujer.

Los cambios acontecidos en este manual en el apartado de disfunciones sexuales han suscitado una gran polémica en la comunidad científica, con reacciones y estudios a favor y en contra de ello.

## b) *Excitación*

Durante la excitación que, como se ha explicado, no tiene por qué ir precedida del deseo, se producen una serie de cambios tanto físicos como químicos. Durante la fase de excitación, a nivel genital, podemos ver:

- Lubricación: fenómeno de trasudación de plasma en las paredes vaginales. Está mediado por un componente fundamentalmente vascular, influenciado por órdenes neurológicas que producen vasodilatación con aumento del flujo sanguíneo y con repleción vascular que afecta sobre todo al plexo venoso circunvaginal que rodea al tercio inferior de la vagina y labios. Además, participan neurotransmisores y mediadores vasculares como el GMPc, el NO, el péptido intestinal vasoactivo (VIP), etc., que relajan el músculo liso arterial, y todo ello liderado por la acción de los estrógenos, que mantienen permeable y funcionando la pared vaginal. También se ha pensado que pudiera ser un proceso de diálisis de membrana, ya que se ha constatado que los niveles de potasio y urea en la lubricación vaginal son mayores que en el plasma. Su utilidad es facilitar la penetración y los movimientos del pene y neutralizar el pH vaginal (normalmente ácido) para permitir la supervivencia de espermatozoides.
- Intensificación del color de los labios menores, aparecen gotas aisladas, distribuidas en forma irregular sobre los pliegues vaginales que a medida que el fenómeno aumenta, forman una capa continua y brillante en el túnel vaginal, que lo lubrica.
- La vagina, que en su estado de reposo se halla colapsada, se expande y se ahueca, agrandándose, determinada por una combinación de fenómenos neuromusculares y de vasocongestión.