

## Prólogo

Los que trabajamos en el ámbito de la salud sexual somos objeto de múltiples preguntas. Unas veces conocemos la respuesta; otras, necesitamos recurrir al consejo de nuestros colegas. Este libro es una combinación de nuestros propios conocimientos y de la información que hemos recibido de parte de muchas personas. Estamos agradecidos a todos aquellos que nos han formulado preguntas a lo largo de los años, y en especial a las personas que nombramos a continuación y cuya ayuda hemos recibido tanto antes de escribir esta obra como durante su redacción: Rachel Abrams, John Bancroft, Edwin Belzer, Wendy Birbano, Karen Brash-McGreer, María Cruz Rodríguez del Cerro, Arlene Feldman, Eleni Frangos, David Goldmeier, Gabriela González-Mariscal, Cynthia Graham, Serin Kelami, Harvey Kliman, Roy Levin, Christine McGinn, Angelica Montiel-Breton, Michael Perelman, Martha Rivera, Jay Rosenblatt, Kenneth Ray Stubbs, Alexander Tsiaras, Mary Ann Ulrich, Nan Wise y Kevan Wylie. Sin su ayuda, este libro nunca habría sido posible. Damos especialmente las gracias a nuestro editor, Vincent J. Burke, por sus constantes muestras de apoyo y de aliento, su amabilidad y su experto consejo y ayuda en todo momento. Nuestro más sincero agradecimiento también a Linda Strange, nuestra correctora, por la excelente revisión del texto que ha llevado a cabo. Creemos que la diversidad de nuestra formación, tanto en lo profesional como en lo personal, hace posible

que el libro resulte entretenido, a la vez que exhaustivo. Desde el punto de vista profesional, podemos afirmar que nuestro nivel de conocimientos, el de nosotros, los autores, cubre prácticamente todos y cada uno de los aspectos de la salud sexual relativa al orgasmo. Desde el punto de vista personal, somos una mezcla cultural y religiosa: hay cristianos, judíos y musulmanes; unos procedemos de Estados Unidos, otros de Oriente Medio y otros de México.

Tras hablar largo y tendido, hemos acordado acotar el número de cuestiones que consideramos más representativas e interesantes a, aproximadamente, unas ochenta. Algunas de nuestras respuestas son breves, otras están más detalladas. Hemos intentado responder a las preguntas sin entrar en grandes disquisiciones científicas, pero, a la vez, sin omitir información importante, aunque ello supusiera incluir términos médicos de forma puntual. Hemos pedido tanto a expertos como a no expertos que analizaran el manuscrito y esperamos haber escrito un libro que satisfaga a ambos colectivos.

El proceso de documentación y la posterior escritura de un libro nos alejan de nuestros seres queridos demasiadas horas al día. Barry desea dar las gracias a sus hijos, Adam y Kevin, por su comprensión y su apoyo, así como recordar a su esposa, Carrie. Beverly quiere dar las gracias a su esposo, Jim; sus hijos, Allen y Susan; y sus nietos, Kayla, Travis, Valerie, William y Elyse. Sara está agradecida a su esposo, Pejman Azarmina. Carlos da las gracias a su esposa, Josefina, y a sus hijas, María Emilia y Gaby.

# 1

## Sobre orgasmos

### ¿Qué son los orgasmos?

Por simple que parezca la pregunta y por obvia que pueda parecer-nos la respuesta a la mayoría de nosotros, definir «orgasmo» puede resultar una ardua tarea. De alguna manera, es tan difícil definir «orgasmo» como describir a qué sabe algo.

Comencemos por explorar el significado de la palabra *orgasmo* atendiendo a su origen lingüístico, la palabra griega *orgasmos*, que se define como «hincharse de humedad, estar excitado o deseoso». También podemos acudir a la definición, más técnica, que nos ofrece el Informe Kinsey: «La descarga explosiva de tensiones neuromusculares en el máximo de la respuesta sexual». Existe incluso una descripción todavía más técnica, la que proporciona el equipo de investigación de Masters y Johnson: «Un breve episodio de liberación física como consecuencia de la vasocongestión y el incremento mio-tónico experimentado en respuesta a un estímulo sexual».

Tal vez la más interesante de todas las caracterizaciones sea la que propuso John Money, quien, junto con sus colegas, realizó la siguiente descripción del orgasmo: «El cénit de la experiencia sexual-erótica que hombres y mujeres caracterizan subjetivamente como un voluptuoso éxtasis. Tiene lugar simultáneamente en el cerebro/la mente y en la zona pélvico-genital. Con independencia del lugar donde se

produzca su inicio, la existencia del orgasmo depende de la intercomunicación entre las redes neuronales del cerebro, arriba, y la zona genital, abajo, y no puede sobrevivir a la desconexión que sucede a la ruptura de la médula espinal. Sin embargo, puede sobrevivir incluso a un traumatismo severo en cada uno de sus extremos».

Entonces ¿qué son los orgasmos? He aquí nuestra definición general: el orgasmo es el incremento de sensaciones corporales placenteras y excitación hasta un máximo de intensidad y la posterior liberación de tensión, que provoca una sensación de satisfacción y relajación.

### **¿Sienten lo mismo los hombres y las mujeres durante un orgasmo?**

Como nadie puede sentir el mismo placer que otra persona, las comparaciones que implica el planteamiento de este tipo de preguntas no tienen demasiado sentido. No obstante, el siguiente experimento supuso una manera inteligente de abordar la cuestión. En 1976, los investigadores Vance y Wagner propusieron a un grupo de estudiantes universitarios que describieran por escrito sus orgasmos, de manera que un jurado pudiera adivinar cuáles de las descripciones estaban escritas por hombres y cuáles por mujeres. En el jurado había ginecólogos, obstetras, psicólogos y estudiantes de Medicina de ambos sexos. Antes de entregar las descripciones al jurado, los investigadores substituyeron los términos específicos de cada género por términos neutros (como, por ejemplo, *genitales* en lugar de *pene* o *vagina*) para esconder, intencionadamente, cuál era el sexo del autor de la descripción.

Los investigadores determinaron que los jueces «eran incapaces de distinguir el sexo de una persona a partir de la descripción escrita de su orgasmo».

Las descripciones de los estudiantes son gráficas, como demuestran los siguientes extractos elegidos al azar entre las respuestas de seis de los cuarenta y ocho que participaron en el estudio:

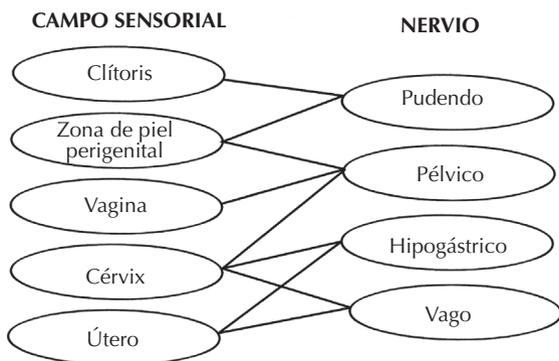
- Una repentina sensación de mareo seguida de una intensa sensación de alivio y euforia. Enrojecimiento cutáneo. Espasmos musculares intensos en todo el cuerpo. Sensación de euforia seguida de una profunda sensación de paz y relajación.
- Te sientes como si la tensión aumentara hasta que crees que ya no puede hacerlo más y después, liberación. El orgasmo es, a la vez, el máximo punto de tensión y la liberación casi simultánea. También sientes contracciones en los genitales. Hormigueo por todo el cuerpo.
- Hay una gran liberación de tensión, que ha ido en aumento desde los primeros estadios de la actividad sexual. Esta liberación es extremadamente placentera y excitante. La sensación parece centrada en la zona genital. Es enormemente intensa y tonificante. Hay una pérdida del control muscular a medida que aumenta el placer y parece que no puedes seguir. De hecho, casi no quieres seguir. Después llega el clímax y el estadio refractario.
- Durante el periodo en el cual llega el orgasmo, pierdes de vista todo lo que te rodea excepto la otra persona. Los movimientos son espontáneos e intensos.
- Hay una elevada sensación de excitación acompañada de una intensa tensión muscular, especialmente en la zona de la espalda y las piernas, como si el cuerpo se estirara y se quedara rígido durante unos cinco segundos, y después, tras el cansancio, una fuerte sensación general de alivio y relajación.
- Básicamente, es un enorme aumento de la tensión y la ansiedad seguido de un periodo de inconsciencia total que da paso a la expulsión de la tensión acumulada con el consiguiente alivio y sensación de bienestar.

Una de las razones por las cuales hombres y mujeres *pueden experimentar* sensaciones similares durante el orgasmo tiene que ver con dos de las principales zonas corporales relacionadas con él: el pene y el clítoris. Estas dos partes del cuerpo son *homólogas*, lo cual significa que ambas se originan a partir del mismo tejido durante

el desarrollo embrionario. A lo largo de la vida, la médula espinal y el cerebro permanecen conectados al pene y al clítoris mediante la misma vía nerviosa, el nervio pudendo (para ser más exactos, los dos nervios pudendos). Así, aunque no tenemos la certeza de saber cuál es la respuesta a la pregunta, hay razones para sospechar que durante el orgasmo hombres y mujeres sienten más o menos lo mismo.

## ¿Por qué no todos los orgasmos son iguales?

Los genitales están conectados a diversos pares de nervios, y cada uno de ellos inerva una parte distinta del área genital, es decir, transporta los impulsos nerviosos desde esta parte en concreto. La estimulación de distintas combinaciones de estos nervios produce, a su vez, distintas combinaciones de sensaciones. En función de qué partes de los genitales están siendo estimuladas y de la intensidad relativa y el



Los nervios que transportan la información entre las diversas regiones genitales femeninas y el cerebro. Cada uno de los cuatro nervios del diagrama es, en realidad, un par de nervios, uno en el lado derecho y otro en el izquierdo. Algunas regiones genitales utilizan más de un par de nervios para comunicarse con el cerebro, tal como indican las líneas de conexión del diagrama. Tres de estos pares de nervios (el par pudendo, el par pélvico y el par hipogástrico) viajan hasta la médula espinal, desde donde, posteriormente, se transmiten las sensaciones al cerebro. El par de nervios vagos, en cambio, viaja directamente al cerebro, circunvalando la médula.

tipo de estimulación, los orgasmos pueden ser muy distintos en una misma persona de una vez a otra.

Para una mujer, la calidad sensorial de un orgasmo depende de dónde tiene lugar la estimulación: el clítoris, la vagina o el cérvix. El clítoris está conectado principalmente a los nervios pudendos; la vagina, a los nervios pélvicos; y el cérvix, a los nervios hipogástrico, pélvico y vago. Aunque la estimulación de cada una de estas zonas puede, por sí sola, producir orgasmos, la estimulación combinada de dos o tres regiones da como resultado un efecto aditivo, produciéndose un orgasmo más general, lo que se describe como un «orgasmo global». En el caso del hombre, los nervios pudendos transportan los impulsos nerviosos desde la piel del pene y el escroto, y los nervios hipogástricos lo hacen desde los testículos y la próstata. Por lo tanto, la estimulación de estos dos grupos nerviosos puede ocasionar sensaciones de algún modo distintas.

Para muchas personas, sus «zonas erógenas» se extienden más allá de los genitales. La localización de dichas zonas es sorprendentemente diversa y depende, en gran medida, de cada persona. La estimulación de las «zonas erógenas personales» suele afectar enormemente la intensidad de los orgasmos. Sin embargo, éstos no se ven afectados sólo por factores sensoriales, sino también por factores cognitivos, psicológicos y farmacológicos, como el enamoramiento, las preocupaciones, la relajación, la medicación, etc.

## **¿Qué son los orgasmos múltiples?**

Los orgasmos que se suceden uno detrás de otro, con intervalos de separación entre unos pocos segundos y unos pocos minutos, suelen denominarse «orgasmos múltiples». Aunque entre los investigadores no existe un consenso sobre qué son los orgasmos múltiples, sabemos que algunas personas, en un periodo relativamente corto de tiempo, sienten numerosos orgasmos. Se suele hablar más de este tipo de orgasmos cuando se estudia la respuesta sexual femenina,

pero los hombres también pueden experimentarlos. De hecho, ya en el año 2968 a.C. existían en China descripciones escritas de orgasmos múltiples masculinos.

## ¿Qué es la anorgasmia?

La palabra *anorgasmia* significa «falta de orgasmo». Esta disfunción puede darse tanto en hombres como en mujeres.

En el caso de los hombres suele denominarse «disfunción orgásmica masculina» y a ella contribuyen tanto factores biológicos («orgánicos») como psicológicos. La actual definición de disfunción orgásmica masculina es «un espectro de disfunciones que va desde la eyacuación retardada hasta una total incapacidad de eyacular (“anejaculación”) o una eyacuación retrógrada». Cualquier enfermedad, fármaco o procedimiento quirúrgico que interfiera con el normal funcionamiento del cerebro, la médula o los nervios puede tener como consecuencia una disfunción orgásmica masculina. Uno de los principales tipos de fármacos que inhiben el orgasmo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que suelen recetarse para el tratamiento de la depresión.

La anorgasmia femenina, o «disfunción orgásmica», se define como «la falta de orgasmo o la notable disminución de la intensidad de las sensaciones orgásmicas o un notable retraso en la llegada del orgasmo a partir de todo tipo de estimulación». Los profesionales de este ámbito clasifican la anorgasmia femenina según tres tipos: primaria, secundaria y situacional. El diagnóstico de la «anorgasmia primaria» se refiere a mujeres que nunca han experimentado un orgasmo, a pesar de haber probado todo tipo de estimulación. La «anorgasmia secundaria» se refiere a los casos en los que una mujer, que anteriormente había sido orgásmica, ya no lo es. Por último, la «anorgasmia situacional» contempla las circunstancias en las cuales una mujer puede o no experimentar orgasmos: por ejemplo, cuando puede tenerlos a través de la masturbación pero no con su pareja.

Según el investigador Raymond Rosen, la anorgasmia es un problema común que, se estima, afecta a un porcentaje de mujeres comprendido entre el 24 y el 27 %.

La terapia para tratar la anorgasmia consiste en la combinación de un chequeo realizado por profesionales médicos (revisión del historial de medicación y petición de las pruebas analíticas necesarias) y la utilización de «terapias de conducta». Las estrategias de conducta han demostrado ser muy efectivas tanto para hombres como para mujeres. Este tipo de estrategias consisten en «ejercicios de focalización sensorial» (para ir aumentando gradualmente la sensación de placer mediante el contacto físico íntimo), masturbación dirigida (es decir, masturbación bajo el consejo de un terapeuta) con vibrador o sin vibrador, ejercicios de Kegel (para fortalecer los músculos del suelo pelviano) y terapia física. Otros factores que pueden causar anorgasmia y que pueden tratarse con terapia de conducta son la ansiedad, los historiales de abusos sexuales o traumas sexuales, los problemas de comunicación con la pareja y los temas relacionados con la confianza entre ambos.

El tratamiento más simple, y quizás el más efectivo, para la mayoría de las personas que experimentan anorgasmia, puede ser preguntar directamente a los profesionales de la salud y que ellos les digan cuáles son las opciones más recomendables. Los orgasmos se pueden producir a través de numerosas zonas del cuerpo —entre las que se encuentran el pene, el clítoris, la vagina, el punto G, el cérvix, la próstata, los pezones, los pechos, el ano—, así como a través de estimulación visual y auditiva y de imágenes mentales. Sin embargo, hay un punto que se debe tener en cuenta: aunque nuestra pareja pueda estimularnos eróticamente, no puede «darnos» un orgasmo. Somos nosotros quienes tenemos el control de nuestras propias sensaciones, incluyendo nuestros orgasmos. Y aunque no los experimentemos, podemos obtener un gran placer y una gran satisfacción de un encuentro sexual positivo.

## **¿A qué edad comienzan los orgasmos?**

Aunque normalmente la mayoría de la gente ya puede experimentar orgasmos entre los 10 y los 15 años de edad, hay una cierta polémica sobre cuándo se puede comenzar a experimentarlos. Durante la segunda mitad del siglo XX, numerosos psicólogos y antropólogos han descrito un amplio abanico de respuestas sexuales en los niños, entre las que se incluye el orgasmo. De hecho, tanto los niños como las niñas suelen explorar sus genitales, y ese tipo de autoestimulación táctil puede ocasionar reacciones musculares que son difíciles de distinguir del orgasmo de los adultos. Sin embargo, recientemente se han llevado a cabo algunos estudios no controlados —es decir, no estructurados de forma científica— sobre la respuesta sexual infantil, incluyendo el orgasmo. La red nerviosa (neural) necesaria para muchas respuestas sexuales existe y es funcional desde la primera infancia, y la erección del pene puede darse incluso en el feto humano (es decir, dentro del útero). No obstante, cuando los niños pequeños experimentan lo que parecen respuestas de tipo orgásmico, dichas respuestas no van acompañadas de eyaculación, ya que ésta requiere la presencia de andrógenos (como la testosterona), unas hormonas sexuales que no se encuentran presentes en suficiente cantidad como para que se produzca la eyaculación antes de la pubertad.

## **¿Se acaban los orgasmos cuando llegamos a cierta edad?**

Muchos estudios sobre el envejecimiento y la conducta sexual determinan que existe una clara tendencia a un declive general de la función sexual a partir de los 30 o los 40 años de edad, aunque algunas personas pueden seguir teniendo orgasmos pasados los 90. A medida que envejecen, tanto los hombres como las mujeres (éstas en mayor proporción) experimentan la pérdida del compañero sexual que han tenido a lo largo de la vida, ya sea por fallecimiento o por enfermedad, una pérdida que suele conducir a un descenso de la acti-

vidad sexual. Algunos estudios sugieren que, en el caso de la mujer, la capacidad de excitarse sexualmente se mantiene con el paso de los años. Sin embargo, muchas mujeres experimentan un descenso del deseo, de la frecuencia del coito y de la frecuencia del orgasmo a medida que se hacen mayores (normalmente mucho antes de la menopausia). En un reciente estudio realizado con mujeres de edad avanzada (con una edad promedio de 81 años), se ha visto que sólo un 18% de estas mujeres permanecían sexualmente activas, principalmente mediante la masturbación. Existen pruebas concluyentes de que cuando las mujeres mayores tienen problemas sexuales, algunas de las causas están relacionadas con un descenso en la secreción de los esteroides sexuales, estrógenos y andrógenos. Por ejemplo, la sequedad vaginal y una disfunción conocida como dispareunia (coito doloroso) se deben a la presencia de bajos niveles de estrógenos (lo cual se puede corregir mediante una terapia de estrógenos por vía vaginal). La función sexual y la frecuencia del orgasmo también descienden a medida que el hombre envejece. No obstante, un hombre mayor normal (en los ochenta y tantos años por término medio) tiene el doble de probabilidades de estar sexualmente activo que una mujer de su misma edad (el 41% de los hombres frente al 18% de las mujeres). El tipo de disfunción sexual más habitual en el caso de los hombres de edad avanzada es la disfunción eréctil. En los animales también se ha observado un modelo de declive sexual y disfunciones sexuales relacionado con el envejecimiento, similar a lo que ocurre en el ser humano. Por ejemplo, los conejos de mayor edad siguen intentando copular, a pesar de la disfunción eréctil y, de hecho, lo consiguen si se les administra Viagra®.

### **¿Cuánto se tarda en llegar al orgasmo?**

Durante el acto sexual, la cantidad de tiempo que se necesita para llegar al orgasmo varía considerablemente de un individuo a otro. Factores como la edad, la experiencia sexual y la toma de determina-

dos fármacos influyen en el tiempo que se tarda en llegar al orgasmo. Tanto los hombres como las mujeres pueden retrasar voluntariamente el orgasmo mediante diversas técnicas. Por ejemplo, en algunas prácticas del hinduismo —como el Tantra, que pone un especial énfasis en la utilización del acto sexual con fines religiosos— se han desarrollado desde hace siglos técnicas que permiten a algunas personas controlar la eyaculación y el orgasmo. Estas técnicas se han incorporado recientemente a las prácticas del mundo occidental gracias a una serie de libros que promueven el incremento de la satisfacción sexual (consúltense, a modo de ejemplo, los libros de Kenneth Ray Stubbs).

Los hombres suelen necesitar entre dos y diez minutos para llegar al orgasmo durante el acto sexual. Los hombres que experimentan «orgasmos retardados» pueden necesitar un mínimo de una hora de estimulación. El investigador Manfred Waldinger y su equipo proponen que los hombres que sufren eyaculación precoz y los que sufren eyaculación retardada son simplemente casos extremos del espectro normal de variabilidad. De este modo, en cualquier grupo de hombres escogidos al azar, habrá algunos con eyaculación precoz (que tiene lugar antes de que hayan transcurrido dos minutos de acto sexual) y otros con eyaculación retardada (aquellos que necesitan más de una hora de acto sexual para que se produzca). Así, los eyaculadores precoces y los eyaculadores retardados se consideran simplemente parte de la variabilidad natural que se da en cualquier población. Sin embargo, hay una característica que comparten la mayoría de los eyaculadores precoces y los retardados, aunque no la totalidad: la falta de control de la latencia eyaculatoria. Por el contrario, un hombre que se sitúa, en lo que se refiere a la duración del acto sexual, cerca de la media, probablemente tiene mayor capacidad de controlar su eyaculación antes de alcanzar el orgasmo.

Diversos estudios han demostrado que la mayoría de las mujeres necesita un periodo más prolongado de estimulación antes de llegar al orgasmo. Aunque algunas tienen un orgasmo antes de que hayan transcurrido treinta segundos desde el inicio de la autoestimulación, la mayoría lo experimentan pasados unos veinte minutos.

## **¿Cuánto duran normalmente los orgasmos?**

A pesar de que el tiempo que necesita una persona para llegar al orgasmo varía enormemente según se trate de un hombre o de una mujer, la duración del orgasmo es menos variable y más corta. Mediante un estudio se determinó que un orgasmo femenino duraba, por término medio, unos dieciocho segundos, y que un orgasmo masculino alrededor de veintidós. Sin embargo, en 1966, Masters y Johnson determinaron que la duración del orgasmo femenino suele estar comprendida entre los tres y los quince segundos, mientras que los orgasmos masculinos son más breves. Se sabe que hay muchos factores que influyen en su duración, como la edad, el periodo previo de abstinencia sexual, el tipo de estimulación y también si es el resultado de la masturbación o del acto sexual. Con la edad, hay una tendencia a que su duración disminuya.

## **¿Con cuánta frecuencia experimentamos orgasmos?**

La frecuencia del orgasmo y las opiniones al respecto varían mucho entre unas personas y otras y entre unas culturas y otras. En algunas sociedades se llegó a recomendar que el hombre restringiera su actividad sexual, ya que se consideraba que la eyaculación debilitaba; sin embargo, en otras sociedades se ha considerado que la actividad sexual era altamente beneficiosa para la salud y el vigor. En 1910, el investigador Havelock Ellis llevó a cabo un estudio sobre los dictámenes históricos y religiosos acerca de la frecuencia adecuada del coito marital (y presumiblemente del orgasmo) para los hombres. En su informe recogió las siguientes recomendaciones:

- Zoroastro, líder religioso persa: una vez cada nueve días.
- Autoridades hindúes: entre tres y seis veces al mes.
- Solón, estadista ateniense y poeta: tres veces al mes.
- El Corán: una vez a la semana.

- El Talmud: entre una vez al día y una vez por semana, dependiendo de la ocupación habitual.
- Martín Lutero, fundador alemán del protestantismo: dos veces por semana.

Habitualmente, las parejas tienen más orgasmos cuanto más jóvenes son sus miembros. Kinsey, a través de sus estudios, llegó a la conclusión de que la frecuencia del coito masculino era de cuatro veces por semana entre los 15 y los 20 años de edad, tres veces por semana a los 30, dos veces por semana a los 40 y menos de una vez por semana a los 60. No obstante, otros estudios determinan que los hombres entre 16 y 30 años tienen hasta veinticinco orgasmos por semana.

Justo después del orgasmo, la mayoría de los hombres experimentan lo que se denomina «periodo refractario», un periodo de tiempo durante el cual no pueden tener otro orgasmo, aunque bien es verdad que algunos hombres llegan a tener orgasmos múltiples. En un informe sobre uno de estos casos se documentaba el caso de un hombre que había tenido seis orgasmos sucesivos (cada vez con menor volumen de semen) en menos de cuarenta minutos. La duración de este «tiempo de recarga» depende, al parecer, de la edad, del compañero sexual y de la experiencia sexual. Los mecanismos cerebrales relacionados con el periodo refractario han sido objeto de un estudio exhaustivo en animales de laboratorio. En las ratas de laboratorio, la eyaculación viene acompañada de la liberación neuronal del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico), un proceso que inhibe la actividad de las neuronas (células nerviosas) que controlan la motivación sexual. Se desconoce, en cambio, cuál es la base neuronal del periodo refractario en los seres humanos.

En 1994, en el Reino Unido se realizó un estudio basado en las entrevistas efectuadas a 436 mujeres con pareja para investigar la frecuencia del orgasmo femenino durante los tres últimos meses. Se determinó que existía una clara correlación entre la edad de la mu-

jer y la probabilidad de que experimentara un orgasmo durante el acto sexual. El 63 % de las mujeres entre 35 y 39 años de edad decían tener orgasmos más de la mitad de las veces que mantenían relaciones sexuales con su pareja. Sólo el 21 % de las mujeres entre 55 y 59 años decían alcanzar esa frecuencia. El 5 % de las más jóvenes no habían experimentado ningún orgasmo, frente al 35 % en el caso de las mujeres más mayores. Los grupos de edad intermedia presentaban una frecuencia de orgasmos también intermedia.

### **¿Se hereda la capacidad de tener orgasmos?**

Una de las maneras de comprobar si un rasgo de conducta, de cualquier tipo, tiene una base genética —o, en otras palabras, hasta qué punto se puede heredar— es mediante la comparación de gemelos y mellizos. Los gemelos tienen la misma dotación genética, ya que provienen del mismo óvulo fertilizado. En cambio, los mellizos se desarrollan a partir de dos óvulos distintos fertilizados, de modo que son tan diferentes el uno del otro como lo pueden ser dos hermanos que no han nacido en el mismo parto; simplemente, han nacido a la vez.

Los investigadores utilizan el siguiente razonamiento: si un determinado rasgo de conducta se da con mucha más frecuencia en gemelos que en mellizos, entonces dicho rasgo tiene probablemente un componente genético. Por descontado, esta prueba, por sí sola, no explica cómo afectan los genes al rasgo en cuestión. En un determinado estudio donde se investigaba la existencia o no de una base genética en los orgasmos femeninos, Kate Dunn y su equipo analizaron las respuestas correspondientes a los cuestionarios realizados a casi 1.400 mujeres que participaron en un grupo de estudios sobre gemelos británicos. Aproximadamente la mitad de las mujeres pertenecían al grupo de los gemelos y la otra al de los mellizos. Se observó que existía una amplia variabilidad en la frecuencia del orgasmo, ya fuera durante el acto sexual o la masturbación. Sin embargo, en las ge-

melas, la frecuencia de orgasmos era bastante similar; no así en el caso de las mellizas. Los autores afirmaron lo siguiente: «Hemos determinado que entre el 34 y el 45 % de la variabilidad en relación a la capacidad de tener un orgasmo puede explicarse mediante la variación genética subyacente, mientras que se puede afirmar que el entorno compartido (p.ej. entorno familiar, religión, clase social, escolarización infantil) desempeña un papel muy pequeño o casi inexistente. Estos datos referentes a la condición heredable de la capacidad de tener un orgasmo se mueven en un intervalo (35-60 %) similar al correspondiente a otros rasgos conductuales y complejos, como pueden ser las migrañas, la presión arterial, la ansiedad y la depresión».

Esta conclusión es similar a la que obtuvieron Khytam Dawood y sus colegas, basada en un estudio realizado a partir de los cuestionarios presentados a más de 2.000 mujeres, identificadas en el registro de gemelos australiano. Estos investigadores concluyeron que «en términos generales, la influencia genética corresponde, aproximadamente, a un 31 % de la variabilidad de la frecuencia del orgasmo durante el acto sexual... y al 51 %... durante la masturbación».

## **¿Existen los orgasmos «no genitales»?**

Los orgasmos, habitualmente, son resultado de una estimulación genital, pero hay muchos informes que sugieren que los estímulos no genitales pueden generar también sensaciones que han sido descritas, tanto por hombres como por mujeres, como orgasmos. He aquí una breve lista:

- Orgasmos «con el pensamiento», producidos mediante imágenes mentales y en ausencia de estimulación física. Los estudios sobre los orgasmos femeninos «con el pensamiento» realizados en la década de 1960 fueron corroborados en la década de 1990 gracias a algunas experiencias de laboratorio, en las cuales se observó que las mujeres presentaban un incremento del ritmo



Santa Teresa de Ávila. En la imagen se muestra un detalle del *Éxtasis de Santa Teresa*, del escultor del siglo XVII Giovanni Lorenzo Bernini. Se dice que Santa Teresa podía entrar en un estado de trance en el cual describía un estado de éxtasis y dulce dolor al sentir la unión con Dios. Tanto la descripción de lo que siente como la expresión facial que se muestra en la escultura son similares a las características del orgasmo, con lo cual algunos estudiosos (aunque otros están en desacuerdo) sugieren que Santa Teresa podría haber experimentado orgasmos no genitales. (Fotografía cortesía de Terry Ginesi.)

cardíaco, la presión arterial, el diámetro de las pupilas y el umbral del dolor típicos del orgasmo.

- Orgasmos experimentados durante la meditación, como ha popularizado Kenneth Ray Stubbs, que proporciona detallados ejemplos de experiencias orgásmicas producidas durante diversos tipos de meditación.

- Orgasmos experimentados durante el rezo y la meditación, tal como ha documentado William Stayton.
- Orgasmos experimentados por mujeres y hombres con lesiones en la médula espinal a través de las caricias del compañero en las zonas de piel hipersensibles no genitales, cercanas al lugar de la lesión.
- Ataques epilépticos que producen auras orgásmicas.
- Orgasmos «fantasmas» experimentados por mujeres y hombres con lesiones en la médula espinal, que sienten orgasmos genitales mientras duermen a pesar de que la lesión bloquea las sensaciones genitales conscientes.
- Orgasmos tipo «miembro fantasma», como los que se «sienten» en un pie amputado.
- Orgasmos producidos a través de la estimulación de la boca, los labios, el pecho, los pezones, el ano, el hombro o el dedo del pie.
- Orgasmos producidos como resultado de la estimulación de *cualquier* parte del cuerpo por la persona «adecuada» y de la manera «adecuada».
- Orgasmos durante el parto.
- Orgasmos durante la defecación y la «micción enérgica».
- Orgasmos durante el cepillado dental de una mujer con epilepsia.
- Orgasmos producidos por la estimulación eléctrica o química directa del cerebro, como se describe en los estudios realizados durante un breve periodo de la década de 1950, antes de que se impusieran restricciones sobre este tipo de experimentos.
- Orgasmos producidos inesperadamente mediante la estimulación eléctrica de la columna vertebral para, en principio, controlar el dolor.
- Orgasmos producidos mediante estimulación tras una cirugía transexual (tanto en sentido hombre-mujer como mujer-hombre).
- Orgasmos no genitales experimentados bajo la influencia de drogas psicodélicas.

## ¿Por qué nuestra expresión al llegar al orgasmo a veces parece más bien de dolor?

Las zonas del cerebro y de la médula espinal que controlan el dolor y el orgasmo se solapan. Esta estrecha asociación tiene algunas interesantes consecuencias. Por ejemplo, el lado positivo es que, durante el orgasmo producido mediante la autoestimulación vaginal, las mujeres son la mitad de sensibles al dolor de lo que lo son habitualmente (cuando están en estado de reposo). En algunos casos, cuando se les pedía a los cirujanos que trataran un dolor que no se podía controlar mediante fármacos, lo que hacían era seccionar unas determinadas vías neurales de la médula espinal del paciente. El resultado, sin embargo, incluía el bloqueo de la capacidad de tener orgasmos. Algunas veces la cirugía tenía una efectividad tan sólo temporal, de modo que el dolor volvía a aparecer al cabo de seis meses. ¡Lo bueno era que también volvía a aparecer la capacidad de tener orgasmos!



¿Placer o dolor? El dolor y el orgasmo comparten una curiosa similitud en cuanto a las expresiones faciales. Dos de las regiones cerebrales que se activan con el dolor también lo hacen durante el orgasmo, siendo tal vez ésta la causa de la similitud en la expresión. (Fotografías cortesía de Richard Lawrence.)

El análisis de la actividad cerebral durante el orgasmo y durante el dolor inducido experimentalmente muestra que existen al menos dos regiones cerebrales, la corteza insular y la corteza cingulada anterior, que permanecen activas durante ambas experiencias. Este hecho nos lleva a formularnos una interesante pregunta, todavía sin respuesta: ¿Cómo distingue exactamente el cerebro el dolor del placer y cuál es la diferencia entre las neuronas que crean la sensación de dolor y las que crean la sensación de orgasmo?

¿Podría ser que las dos regiones cerebrales poseyeran una determinada propiedad que fuera común tanto al placer como al dolor, quizá la misma *expresión* emocional intensa (que controla la expresión facial de crispación que se da tanto en una situación de angustia como en un orgasmo inminente) pero que, a la vez, permitiera separar las diferentes *sensaciones* de dolor y placer? Parece factible. Quizá las vías que transportan las sensaciones de placer y dolor a través de la médula espinal y el flujo cerebral van juntas, de modo que producen efectos similares de excitación y expresión facial antes de bifurcarse en algún lugar del cerebro para pasar el mensaje o bien a una zona de la corteza sensible al dolor o bien a otra zona de la corteza sensible al placer. Hasta que tiene lugar esta bifurcación, es posible que la actividad sensorial procedente de una estimulación genital o de una situación de dolor pase a la zona del cerebro donde se genera la expresión facial, de manera que la expresión facial resultante sea curiosamente similar bajo ambas situaciones.