

EL ACTO SEXUAL DESDE LA PERSPECTIVA FEMENINA



DIEGO FABRICIO GONZÁLEZ MELLANES
SEXUALIDAD HUMANA

En este ensayo se analiza y reflexiona el viceversa del pasado, aquí es sobre lo que conlleva el acto sexual desde la perspectiva femenina, sus etapas y elementos importantes tanto como físico, hormonales y psicológicos que cada uno llega a influir.

Como en el caso del acto sexual masculino, el éxito de la realización del acto sexual femenino depende tanto de la estimulación psicológica como de la estimulación sexual local. Asimismo, al igual que en varón, los pensamientos eróticos pueden provocar el deseo sexual en la mujer, lo que supone una ayuda notable para la realización del acto sexual femenino. Este deseo depende del impulso psicológico y fisiológico, aunque el deseo sexual aumenta en proporción con el grado de secreción de hormonas sexuales. El deseo también varía según el ciclo sexual, alcanzando un máximo cuando se aproxima la ovulación, lo que podría deberse a la elevada secreción de estrógenos durante el período preovulatorio.

La estimulación sexual local de la mujer es más o menos igual que la del varón, pues el masaje y otros tipos de estimulación de la vulva, la vagina y otras regiones del periné crean sensaciones sexuales. El glándulo del clítoris es especialmente sensible para la iniciación de las sensaciones sexuales.

En torno al introito y extendiéndose hacia el clítoris, existe un tejido eréctil casi idéntico al tejido eréctil del pene. Este tejido eréctil, como el peniano, está controlado por nervios parasimpáticos que se dirigen, a través de los nervios erectores, desde el plexo sacro a los genitales externos. En las primeras fases de la estimulación sexual, señales parasimpáticas dilatan las arterias de los tejidos eréctiles, quizá como resultado de la liberación de acetilcolina, óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo en las terminaciones nerviosas.

Cuando la estimulación sexual local alcanza una intensidad máxima y, sobre todo, cuando señales cerebrales adecuadas de condicionamiento psicológico

apoyan a las sensaciones locales, se inician los reflejos que producen el orgasmo femenino, llamado también clímax femenino. El orgasmo femenino es análogo a la emisión y la eyaculación del varón y quizá ayude a promover la fecundación del óvulo. De hecho, se sabe que la mujer es ligeramente más fértil cuando es inseminada por un coito normal que con métodos artificiales, lo que indica una importante función del orgasmo femenino.

Primero, durante el orgasmo, los músculos perineales de la mujer se contraen rítmicamente, lo que se debe a reflejos de la médula espinal similares a los que causan la eyaculación en el varón. Es posible que estos mismos reflejos aumenten la motilidad del útero y de las trompas de Falopio durante el orgasmo, favoreciendo así el transporte de los espermatozoides en sentido ascendente, a través del útero y hacia el óvulo; sin embargo, se dispone de escasa información a este respecto. Además, parece que el orgasmo produce una dilatación del canal cervical durante un período de hasta 30 min, lo que facilita el ascenso de los espermatozoides.

Segundo, en muchos animales, la cópula hace que la neurohipófisis secrete oxitocina; este efecto, en el que es probable intervengan los núcleos amigdalinos, se propaga después a la hipófisis a través del hipotálamo. A su vez, la oxitocina produce un aumento de las contracciones rítmicas del útero, que se ha postulado favorecería el transporte rápido de los espermatozoides. En la vaca se ha demostrado que algunos espermatozoides recorren toda la longitud de la trompa de Falopio en unos 5 min, una velocidad al menos 10 veces superior que la que podrían lograr los movimientos natatorios de los espermatozoides por sí solos. Se desconoce si este efecto también ocurre en la mujer.

Además de los posibles efectos del orgasmo sobre la fecundación, las intensas sensaciones sexuales que se desarrollan durante el orgasmo también se dirigen al cerebro y producen una intensa tensión muscular en todo el cuerpo. Tras la culminación del acto sexual, este efecto da paso, en los minutos siguientes, a una sensación.

Bibliografía

Palmert MR, Dunkel L. Clinical practice Delayed puberty. N Engl J Med. 2012;366:443.

Pavone ME, Bulun SE. Clinical review: the use of aromatase inhibitors for ovulation induction and superovulation. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98:1838.

Pfaff D, Waters E, Khan Q, et al. Minireview: estrogen receptor-initiated mechanisms causal to mammalian reproductive behaviors. Endocrinology. 2011;152:1209.

Pinilla L, Aguilar E, Dieguez C, et al. Kisspeptins and reproduction: physiological roles and regulatory mechanisms. Physiol Rev. 2012;92:1235.