

HISTORIA DE LAS AUTONOMÍAS. GALICIA POR IDÍGORAS Y PACHI • ANTONIO MUÑOZ MOLNA Y LA ABDICACIÓN DEL REY • EL PODER DE UN SACERDOTE SOBRE VLADIMIR PUTIN

# MAGAZINE

EL MUNDO

Nº 720. DOMINGO 14 DE JULIO DE 2013

# NO ME APETECE

SEXO (VER PÁG. 20)



# CUANDO LA EXCITACIÓN NO LLEGA



**Es posible que, en estos momentos, mientras usted está leyendo este reportaje, en algún lugar de América una mujer se esté tomando una pastilla encaminada a encender su deseo sexual. Es posible también que, si este deseo efectivamente resurge y florece, hacia 2016 esté disponible comercialmente dicha pastilla y sean millones las señoras o señoritas que recurran a ella para poner su libido a tono. Mientras ese día llega, son solo 420 las mujeres que están participando en los ensayos clínicos de Lybrido y Lybridos, el penúltimo esfuerzo de los laboratorios por encontrar el interruptor que encienda algo tan**

Lo llaman *pereza de amar* y algunos estudios apuntan que lo sufre hasta un 50% de la población femenina. ¿Cuáles son las causas que motivan este deseo hipoactivo? ¿Les preocupa a las mujeres que lo experimentan? ¿Tiene remedio químico? Expertos en sexología y psicología responden.

por María Corisco  
fotografías de Álvaro Villarrubia

complejo como el deseo femenino. ¿Será un nuevo fiasco?

Hagamos historia: a lo largo de la última década, y espoleada por el éxito estratosférico de la viagra, la industria farmacéutica se lanzó a conseguir un producto similar para las mujeres. Pero nanay. La cosa no funcionaba en absoluto. Del mismo modo que la viagra favorecía la vasocongestión y ayudaba a la erección del pene, estos nuevos fármacos producían también erección en el clítoris, así como un aumento de la irrigación vaginal... ¿Y qué? Que no actuaban sobre el deseo ni sobre su plasmación →



física, la excitación. El error fue, explica el doctor Francisco Cabello, director del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, “intentar reproducir el modelo masculino en el femenino. La industria ha perdido 10 años investigando algo similar a la viagra, cuando, en realidad, este fármaco no tiene nada que ver con el deseo. Y, si me apuras, tampoco con la excitación”.

Deseo y excitación. No, no es lo mismo. El deseo se produce a nivel cerebral, mental, mientras que la excitación se focaliza en los genitales. Equiparándolo a otros apetitos, podríamos decir que el hambre sería el deseo, y la salivación la excitación. Pero ambos están muy relacionados, uno lleva al otro –o debería–, y esta interrelación es mucho más compleja en la mujer que en el varón.

**NO RECONOCER EL DESEO.** Qué mejor ejemplo para ilustrarlo que el célebre experimento realizado por Meredith Chivers, profesora de Psicología en la Universidad de Queens (Ontario, Canadá): en dicho trabajo, tras conectar los genitales de los participantes a unos sensores que medían la erección en los hombres y la lubricación en las mujeres, les mostraba una serie de vídeos de carácter sexual y les pedía que anotaran el nivel de excitación que sentían ante esas imágenes. Mientras en los hombres la respuesta fisiológica se correspondía siempre con su apreciación subjetiva –siempre que había una erección el hombre reconocía la excitación–, en las mujeres el tema era muy distinto: se excitaban con muchos más estímulos sexuales –y así lo detectaban los sensores–, pero a nivel mental no eran capaces de reconocer que tanto la visión de sexo heterosexual como lésbico o animal las había puesto a tono. Como si la mente y los genitales no pertenecieran a la misma mujer.

La libido femenina no tiene por qué seguir los caminos trillados por el varón. Habitualmente se entiende que el deseo precede a la excitación, actúa como su disparador; sin embargo, es habitual que en la mujer el deseo termine surgiendo a raíz de la excitación. “En parejas de más de dos años de duración, pasada ya la pasión de los primeros tiempos, el 50% de las mujeres tiene un deseo de este tipo, mientras que, en los varones, casi siempre las ganas preceden a la excitación”, explica el doctor Cabello.

“Son muchas las mujeres que no sienten deseo de intimar, pero que, una vez

que se ponen a la faena, normalmente presionadas por la pareja o por un runrún de culpa, terminan disfrutando y pasándose bien”, señala Olga Bertoméu, psicóloga clínica y sexóloga, que ha acuñado la expresión pereza de amar para referirse a esta apatía, a esta indiferencia ante el sexo.

No sienten deseo de intimar. Les duele la cabeza. No tienen ganas. ¿Es esto un constructo cultural o, realmente, es una patología? Difícil respuesta. En un artículo

de oír que este deseo hipoactivo –esa pereza de amar– es la disfunción sexual que más sufre la mujer. Pero seamos honestos: ¿realmente la sufren?

Tal y como refiere el periodista Pere Estupinyá en *S=EX<sup>2</sup> La ciencia del sexo Debate*, (2013), una deliciosa aproximación a las investigaciones que se están llevando a cabo sobre sexualidad en laboratorios de todo el mundo, “el llamado estudio PRESIDE realizó una amplísima encuesta a más de 30.000 mujeres en la que, ade-

tenido ese ritmo y ella no. Y la presiona diciendo: ‘Esto no es normal’ y se le pone la etiqueta de trastorno”.

Pero, ¿por qué esa misma mujer que años atrás vibraba y bullía y deseaba ha perdido el apetito sexual? Las opciones son infinitas. Contesta Rosa Collado, psicóloga y sexóloga de Álava-Reyes Consultores: “Por una parte, cuestiones físicas, desde déficit hormonal, problemas a nivel genital o urológico, depresión, ansiedad, estrés, fármacos... Por otra, cues-



## LAS FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL. 1.Deseo (mental). 2.Excitación

sobre disfunción sexual publicado en 1999 en *Journal of the American Medical Association* se reconocía que el escaso deseo sexual es común entre las mujeres, aunque se incidía en la falta de consenso en torno a las cifras: mientras para unos expertos su incidencia es del 8%, otros elevan esa cifra hasta el 50%. Por lo que se refiere a nuestro país, según datos de la Asociación para la Investigación de las Disfunciones Sexuales en Atención Primaria, un 6,6% de las españolas confiesa no tener deseos eróticos; el 6,4% sufre dificultades para la excitación; el 6,3% para llegar al orgasmo; el 4,1% padece dispareunia o dolor durante la penetración; el 3,4% aversión sexual, y el 2,8% vaginismo.

Cifras, cifras. Vayamos más allá y adentrémonos en el terreno de la patología: el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* (el DSM, la biblia de psicólogos y psiquiatras) tradicionalmente ha distinguido entre el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo y el Trastorno de Excitación Femenina (aunque la próxima edición de este manual posiblemente los unifique en uno solo). Y estamos har-

más de preguntarles por su falta de deseo, anorgasmia, problemas de lubricación, etcétera, añadió la pregunta sobre si esos trastornos le generaban aflicción”.

Los resultados fueron impactantes: al añadir la pregunta sobre el distrés, los porcentajes bajaron significativamente. “Es decir”, prosigue Estupinyá, “la cantidad de mujeres que sentía falta de deseo o excitación seguía siendo muy alta, pero para muchas esto no significaba ningún tipo de malestar o preocupación”. Por lo que parece, es de lo más común que no les genere problema alguno. Ni frío ni calor.

“Muchos de los trastornos sexuales, en realidad, están fabricados”, explica Joan Vilchez, vocal de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS). “Una mujer no suele venir ella sola a consultar porque tenga un problema de deseo o excitación, sino cuando está con una pareja que la presiona porque desea más contacto, más relaciones. Y, al principio del enamoramiento, la mujer podía estar más receptiva, con más ganas, pero, a medida que se ha ido entrando en la rutina, el hombre ha man-

tiones emocionales, problemas de pareja. También está el constructo cultural, los roles, lo que hemos aprendido que se espera de unos y de otros: pasividad en la mujer, actividad en el varón”. Pero, sobre todo, el mayor inhibidor de todos, señala esta experta, “es la rutina”.

**EL FACTOR DE LA MONOGAMIA.** Ay, la rutina. O, dando una vuelta de tuerca, la monogamia. Daniel Bergner, autor de *What Do Women Want? Adventures in the Science of Female Desire* (¿Qué quieren las mujeres? Aventuras en la ciencia del deseo femenino), que se publica este mes en EEUU, señala que “para muchas mujeres, la causa de su malestar sexual parece ser la monogamia en sí misma”. Cita los trabajos realizados por el psicólogo Dietrich Kussmann, en los que participaron más de 2.500 voluntarios de ambos sexos, que revelan que, al inicio de una relación, tanto hombres como mujeres muestran un nivel de deseo similar; entre uno y cuatro años después de ese momento, el deseo comienza a descender en la mujer, hasta terminar

**“La industria farmacéutica ha perdido 10 años investigando algo similar a la viagra cuando, en realidad, esta pastilla no tiene nada que ver ni con el deseo ni con la excitación”**

siendo mucho menor que el del hombre, o incluso volatilizándose.

El asunto de por qué las mujeres pierden en mayor medida que los hombres el interés por el sexo con sus parejas de larga duración tiene mucho que ver, escribe Bergner, con la neuroplasticidad: “Si chicos y hombres interiorizan el mensaje de que la masculinidad se define por el sexo y el poder, y esos mensajes les animan a pensar a menudo en el sexo, esas conexiones neuronales asociadas al de-

za y los genitales está el corazón”, arguye Joan Vilchez; “una mujer que no tiene deseo sexual, ¿de qué no tiene deseo exactamente, de que le digan una burrada del tipo: ‘Bájate las bragas que tengo ganas?’ ¿De qué tendría ganas esa mujer?”. “El hombre es más reactivo: ante un estímulo puede reaccionar más rápido; la mujer responde elaborando mucho más la parte afectiva”, apunta Rosa Collado. Y Olga Bertoméu matiza: “Mientras el varón tiene depositada su hombría

na, conocida popularmente como viagra rosa: desarrollada por los laboratorios Boehringer e inicialmente estudiada como antidepressivo, se encuentra actualmente en revisión después de que, hace dos años, la FDA le negara su aprobación. Se trata de un medicamento que actúa a nivel central sobre los neurotransmisores que estimulan el deseo: cuando hay un predominio de serotonina, el deseo disminuye porque compone nuestros circuitos cerebrales de saciedad; cuando,

jos se presentaron en Chicago en 2009 y tal vez para 2016 o 2017, si los estudios salen bien, se pueda comercializar.

En cuanto a Lybrido y Lybridos, Cabello reitera que sus investigadores “ya han aprendido de los errores de los colegas que les precedieron”. Así, actúan, por una parte, aumentando a nivel cerebral la dopamina, el neurotransmisor más implicado en el deseo; por otra, incrementan la testosterona, con lo cual mejoraría la respuesta genital –y, en parte, también la cerebral–; por último, incluyen un inhibidor de la fosfodiesterasa 5, lo cual redundaría beneficiosamente en el área genital. “Lo que no sé”, ironiza, “es si el prospecto, además, dirá: ‘Use a la pareja adecuada’. Porque ya te puedes tomar lo que quieras que, como el ambiente en la alcoba no sea bueno, las ventajas serán pocas”.

Con él coincide la psicóloga Rosa Collado, quien recuerda que, “dado que hay tantos factores involucrados en el procesamiento del deseo, encontrar un fármaco que dé justamente con la pieza clave que falla en una mujer concreta, que pueda actuar como disparadero rápido, es realmente difícil. Los fármacos buscan esa zona donde imprimir velocidad, pero el sexo es mucho más que ‘ahora me conecto, ahora me desconecto’”.



### (física). 3.Orgasmo (respuesta física y emocional). 4.Resolución (relajación)

seo se activarán regularmente y se volverán más fuertes con el tiempo, haciendo que sean más propensos a sentir deseo en casa, incluso con estímulos familiares y rutinarios. Si la mujer ha aprendido otras lecciones, que el deseo sexual y su expresión no son necesariamente positivos, y por tanto ellas no piensan mucho en el sexo, entonces esas mismas conexiones neuronales se estimularán menos, serán más débiles”.

Puede que la rutina, la monogamia o la convivencia ayuden a marchitar el deseo, pero las cosas no son así de simples. Es más, en el deseo femenino no hay nada que pueda ser simple.

“Si queremos potenciar el deseo y la excitabilidad en la mujer, habrá que actuar donde más se produce, que es en el cerebro”, señala Francisco Cabello. “Aunque haya deseo a nivel cerebral, se puede inhibir si la mujer tiene problemas de atrofia, sequedad y teme que la relación sexual sea dolorosa”, apostilla la doctora Carmen Menéndez, directora médica del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer. “Entre la cabe-

en el pene, la mujer no valora su femineidad ni capacidad sexual por tener o no orgasmos. Está mucho más preparada que él para la sexualidad, pero la sociedad le cortó las alitas, la fue controlando con normas y prejuicios”...

**AVIACIÓN, MARINA E INFANTERÍA.** Uf... Y, además, resulta que ninguna de estas opiniones son contradictorias entre sí, que todos los expertos están de acuerdo en el meollo del asunto: la complejidad de ese deseo. Volvemos entonces a la pregunta: ¿podríamos, en este puzzle de emociones, hormonas, neurotransmisores, afectos, influencias culturales, presiones y blablablá, conseguir encajar las piezas?

Por lo que nos dice Francisco Cabello, ahora los nuevos investigadores “están diseñando fármacos que actúen sobre todos los frentes: como con la aviación no ha sido suficiente, han soldado también a la marina y a la infantería”. Así, si la aviación dirigía sus misiles a la zona genital, marina e infantería atacan a nivel cerebral.

Uno de estos fármacos es la flibanseri-

na, conocida popularmente como viagra rosa: desarrollada por los laboratorios Boehringer e inicialmente estudiada como antidepressivo, se encuentra actualmente en revisión después de que, hace dos años, la FDA le negara su aprobación. Se trata de un medicamento que actúa a nivel central sobre los neurotransmisores que estimulan el deseo: cuando hay un predominio de serotonina, el deseo disminuye porque compone nuestros circuitos cerebrales de saciedad; cuando,

En cambio, predomina la dopamina, el deseo aumenta. El doctor Francisco Cabello formó parte del grupo de profesores que estudió la flibanseriina, “y era un buen medicamento, que iba bien para activar el deseo en algunas personas, lo que pasa es que quienes lo tienen que evaluar no son expertos en sexualidad. En mi opinión, la FDA no está precisamente rodeada de los consejeros más progresistas del mundo, y además son hombres, y eso del deseo femenino como que no lo ven. Lo echaron para atrás prácticamente por unanimidad”.

Al parecer, la toma de este medicamento propiciaba el aumento del deseo algo más de dos veces en un mes. Puede parecer poca cosa, pero “con esas dos veces al mes, la mujer volvía a sentirse viva”, matiza Cabello. La flibanseriina fue rechazada, pero, atención: otro laboratorio ha comprado la patente y continúa haciendo pruebas y ensayos, de modo que quién sabe si la viagra rosa no seguirá dando que hablar en un futuro próximo...

También se espera que dé que hablar la prasterona (DHEA), cuyos primeros traba-

**MEDICALIZAR EL DESEO.** Más allá de si la ciencia atinará con el interruptor femenino, son muchos los expertos que se plantean si esta medicalización del deseo femenino no es sino un goloso cebo de la industria farmacéutica. “Por un lado tenemos la avaricia de los laboratorios, que primero inventan el fármaco y después buscan el trastorno; por otro, la comodidad del ser humano, que se ha acostumbrado a que para todo haya una pastilla”, denuncia Olga Bertoméu. “Es como barrer el cuarto y meter la basura bajo la alfombra. Hay que ir a las causas, a las relaciones de pareja”.

Más lejos va Vilchez: “Nos quieren vender drogas que nos hagan estar en Yupilandia. Y el riesgo es que sea otro elemento sutil y represor de la sexualidad: te tomas dos pastillas y estás como con dos whiskys: más desinhibida y accesible. Está bien que se investigue, pero sin que los problemas sexuales queden reducidos a un diagnóstico y una prescripción, dejando de lado problemas de pareja, soledad y comunicación”.

**“Mientras el varón deposita su confianza en el pene, la mujer no valora su femineidad ni su capacidad sexual por tener orgasmos o no. Está más preparada que él para la sexualidad”**

Hay otro aspecto por el que hemos pasado de puntillas: el de hasta qué punto a las mujeres les preocupa la ausencia de deseo. Porque, a juicio de los expertos, son muchas las que no solo no buscan una solución, sino que lo ven incluso como una vía para evitar las relaciones sexuales. “Cuando llegan a consulta hay que aprender a detectar si la mujer desea o no tener estas relaciones. La que busca ayuda lo hace por dos razones: porque realmente querría desear, o porque hay una presión por parte del otro y a ella no le apetece por problemas de comunicación, de dolor, por impericia de la pareja...”, explica Rosa Collado, e insiste en que “si a la mujer no le preocupa su falta de deseo, hay que respetar sus tiempos. El sexo no se debe convertir en una obligación. No somos robots a los que se nos pueda exigir estar en una determinada forma en todo momento, porque esa exigencia también inhibe el deseo”.

Ciertamente, quien más y quien menos ha tenido sus etapas de bajón sexual. Etapas en las que las ganas se esfuman y que, asegura Olga Bertoméu, “son absoluta-

mente normales. El problema es cuando esa falta de ganas se implanta y la mujer saca el sexo de su vida y casi termina huyendo de él”. Una de esas etapas a menudo coincide con los años de la menopausia. Como explica la doctora Menéndez, “hay mujeres a las que no les importa nada, pero te dicen ‘pobre marido’, y yo les digo que no, que las que importan son ellas y sus emociones. Pero otras sí te demandan ayuda: saben que no van a tener una actividad sexual como antaño, pero quieren seguir sintiéndose vivas sexualmente. Y les cuesta”. En ese terreno no solo influyen aspectos fisiológicos como la sequedad vaginal o la atrofia, sino también “la pereza propia de la menopausia y esa idea preconcebida de que una ya es mayor para esto”.

El tema de si la mujer se siente o no preocupada por su inapetencia es verdaderamente importante, ya que la premisa de estos nuevos fármacos es que haya una predisposición favorable, que la mujer tenga, valga la redundancia, deseos de desear. Del mismo modo que la viagra no surte efecto a menos que el hombre

esté motivado mentalmente para una relación, estas nuevas píldoras femeninas solo podrán funcionar cuando la mujer esté por la labor. En otras palabras, que si un hombre está pensando en dopar a su compañera por lo bajini y tener fies-ta a la carta, que se olvide. No funcionará si él no es el inductor adecuado del deseo.

Esa pastilla que podría ser una tabla de salvación para aquellas mujeres a las que, aun estando con la persona idónea, no se les mueve nada en su interior –y lo lamentan–, puede convertirse “en un arma arrojadiza para aquellas que no quieren desear”, advierte Joan Vilchez. “La mujer se puede sentir presionada por su pareja: ‘Si me quieres, tómatela, ¿o es que no quieres que lo nuestro funcione...?’ Es decir, que sea un elemento más de presión y alienación de la mujer”.

El otro riesgo, curiosamente, es el que apuntan los sectores más conservadores:



que la píldora funcione tan, pero tan bien, que las mujeres se vuelvan ninfómanas, salidas, que se quieran ir con otros, que nos exijan más, socorro.

Esa amenaza de una pastilla que pueda alterar el orden establecido, causar desorden social, podría ser un escollo insoslayable para que la

apruebe la FDA, organismo que, como decíamos, no se caracteriza precisamente por su progresismo. Tal y como Andrew Goldstein, uno de los directores del estudio en Washington y que ya se ha visto en ensayos similares, le dijo a Bergner, “Quieres que funcione, pero no demasiado; debes demostrar que no estás convirtiendo a las mujeres en ninfómanas, porque están predispuestos en contra de la posibilidad de que estemos creando a una mujer sexualmente agresiva”. ❌

MAQUILLAJE Y PELUQUERÍA: ANTONIO ESTRADA PARA MAC. MODELO: PALOMA MORALES

LO QUE NO EXCITA

#### MENOPAUSIA. En el climaterio se produce una caída

hormonal, tanto de los estrógenos y los andrógenos como de la testosterona. Este descenso incide en el deseo sexual, pues estas hormonas modulan neurotransmisores como la dopamina o la serotonina y hay que recordar que el deseo femenino está muy relacionado con la emotividad. Además de este cambio hormonal, se producen otras alteraciones físicas: menor irrigación vaginal, atrofia, mayor dificultad para lubricar... Y tales alteraciones pueden provocar que la mujer rechace el sexo: a veces, la inhibición del deseo se produce por miedo al dolor, a sensaciones molestas durante el coito. Las féminas a quienes se les han extirpado los ovarios, que no han tenido hijos por vía vaginal o que llevan mucho tiempo sin mantener relaciones sexuales tienen más riesgo de sufrir sequedad y atrofia tras la menopausia. De ahí la importancia de “cuidar la

vagina, hidratarla, estimularla”, según la doctora Menéndez. Más allá del plano físico, la menopausia también es una etapa en la que suelen aparecer creencias muy arraigadas social y culturalmente sin base alguna: por ejemplo, la idea de que, pasada la vida reproductiva, la sexualidad cambia radicalmente y una mujer ya no tiene por qué sentir deseo alguno.

**LACTANCIA.** Es frecuente que las mujeres no estén por la faena sexual mientras dan el pecho. En el posparto se produce una brusca reducción del estríol y del estradiol –dos hormonas producidas en el embarazo por la placenta– y esta caída se relaciona con la falta de deseo. Al mismo tiempo, se incrementa la producción de prolactina, una hormona que produce una inhibición de la libido. Si a ello le unimos que también bajan los estrógenos y que psicológicamente la mujer se puede ver afectada por temores, responsabilidad y dudas con respecto a su nuevo rol como madre, así como por la inseguridad que le producen los

cambios en su cuerpo, no es de extrañar que esta etapa no sea la más propicia para la pasión.

**DEPRESIÓN.** Una de las más claras manifestaciones de esta enfermedad es la ausencia de deseo sexual aunque, al mismo tiempo, los antidepresivos y los ansiolíticos también pueden jugar un papel contraproducente: no es tanto que inhiban el deseo como que dificultan que la mujer llegue al orgasmo. Se puede producir entonces una reacción de pereza o de rechazo a la relación sexual porque sabe que le va a ser muy difícil alcanzar el clímax o por miedo a no estar a la altura.

**MALA RELACIÓN DE PAREJA.** Si el amor es el principal afrodisíaco, una relación en horas bajas es antídoto seguro contra la lujuria. Difícilmente una mujer que carezca de una sensación de intimidad y cercanía en su vida cotidiana dejará que afloren sentimientos de deseo. Un ambiente hostil, con insultos, discusiones y reproches, taponará cualquier atisbo de pasión.

LO QUE SÍ EXCITA

#### ENAMORARSE.

Estímulo universal, no hay nada como el amor para elevar la libido. Cuando nos enamoramos, el deseo se nos activa de forma primitiva, atávica: nos sobreexcitamos, se nos dispara la pasión. En el enamoramiento se produce una descarga de feniletilamina (una sustancia de la familia de las anfetaminas) y el cerebro responde con la secreción de dopamina, que es el neurotransmisor fundamental en el deseo, junto a la norepinefrina y la oxitocina. Por eso los enamorados pueden desearse sin tregua. Neurotransmisores aparte, el cortejo es el momento en el que nos mostramos más geniales, cuando exhibimos nuestro yo, lo que somos y, también, el placer que podemos proporcionar. Y esa constatación de nuestro potencial sexual retroalimenta nuestro deseo.

**TESTOSTERONA.** Es una hormona que, más allá de

la genitalidad, también sirve para potenciar el deseo a nivel cerebral. Desde este nivel actúa de dos maneras: por una parte, hace que las neuronas del sistema dopaminérgico (que es el sistema del deseo) produzcan óxido nítrico, una especie de neurotransmisor (en lenguaje de la calle: el morbo); por otra parte, la testosterona transforma los andrógenos en estrógenos, que actúan neuromodulando las neuronas y haciendo que produzcan más dopamina. Ahora bien, esta hormona estaría indicada en mujeres que muestren un déficit de ella a condición de que tengan una pareja adecuada: si la relación es defectuosa, ningún parche de testosterona podrá activar la excitación.

**ESTÍMULOS NUEVOS.** La dopamina aumenta ante incentivos novedosos, no ante los clásicos. En diferentes estudios se ha visto que una mujer a la que se le muestra una escena de sexo reacciona con excitación a nivel vaginal,

pero que si le siguen mostrando esa misma escena termina acostumbrándose; para volver a excitarse, necesita que le muestren estímulos distintos. Tal vez por eso esa misma mujer que no siente deseo ante su pareja de larga duración puede volver a sentirlo por un desconocido, un juguete sexual nuevo, una fantasía diferente... Pensemos en el éxito arrollador de *Cincuenta sombras de Grey*, ese *mummy porn* cuya lectura ha desatado el furor en infinidad de féminas de mediana edad.

**GANAS DE TENER HIJOS.** Curiosamente, cuando a la mujer se le activa el llamado reloj biológico, esa llamada de la maternidad le provoca un incremento del deseo. No se trata solo de la decisión cognitiva de mantener relaciones sexuales para quedarse embarazada, sino de que el deseo surge de forma natural, posiblemente como una respuesta evolutiva para que la *lucha por el objetivo* sea lo más placentera posible.