

Disfunción Orgásmica Femenina.: Encare clínico terapéutico.

Dr. Santiago Cedrés.

Ex Prof. Adj. Medicina Interna

Sexólogo clínico.

Presidente Sociedad Uruguaya de Sexología.

santiagocedres@yahoo.com



INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sexuales en la etapa orgásmica de la respuesta sexual de la mujer son un motivo de consulta frecuente.

Dentro de los trastornos del orgasmo, la anorgasmia es la disfunción principal.

“The Second Internacional Consultation on Sexual Medicine” la definió como la ausencia del orgasmo de manera persistente o recurrente tras una fase de excitación normal.

Es fundamental el concepto de que la excitación debe ser efectiva, para excluir otras causas de dificultades orgásmicas como la falta de deseo, trastornos de la excitación o dispareunia.

Se clasifica en primaria (la mujer nunca ha podido experimentar la respuesta orgásmica) o secundaria (ha alcanzado orgasmos en el pasado pero no en el presente).

Puede ser situacional (ocurre solo en determinados contextos) o generalizada.

Una disfunción orgásmica situacional se puede presentar cuando una mujer puede alcanzar el clímax mediante algunos métodos de estimulación (como la estimulación manual, la masturbación y el sexo oral), pero no por otros (como la estimulación de su pareja y la relación sexual)

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Dentro de los factores emocionales que pueden causar la disfunción se encuentran la ansiedad por desempeño, la presión por el rendimiento y rasgos obsesivos de personalidad donde la mujer no es capaz de abandonarse a la experiencia sexual. Las actitudes negativas hacia el sexo, relacionadas con experiencias de la infancia, pueden inhibir la capacidad de respuesta, al igual que los sentimientos no resueltos asociados con experiencias de abuso sexual o violación.

Masters, Johnson y Kolodny (1994) describen como causas de etiología psicógena a las siguientes:

- Dicotomía entre los valores aprendidos y lo que se les solicita socialmente a nivel sexual.
- Ortodoxia religiosa y actitud negativa hacia la desnudez.
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Culpabilidad.
- Estados depresivos.
- Comunicación ineficaz y hostilidad hacia la pareja.
- Aburrimiento o monotonía en las prácticas sexuales.
- Ignorancia sexual.
- Actitudes negativas hacia la masturbación.
- Miedo a perder el control.

Las causas farmacológicas son variadas, donde se encuentran casi todos los psicofármacos, especialmente los antipsicóticos y los antidepresivos.

Rara vez, las condiciones médicas que afectan la inervación de la pelvis (como la esclerosis múltiple, la neuropatía diabética y la lesión de la médula espinal), los trastornos hormonales y las enfermedades crónicas que afectan el interés sexual y la salud en general pueden ser factores causales. Se han descrito causas anatómicas como adherencias clitorídeas, debilidad de los músculos peri vaginales, trastornos hormonales, insuficiencia suprarrenal, trastornos neurológicos y enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus.

En situaciones donde la mujer solía alcanzar un orgasmo con regularidad, pero no lo logra actualmente, el problema puede estar relacionado con una crisis marital y falta de acercamiento emocional, lo que también puede disminuir el deseo sexual. El aburrimiento y la monotonía en la actividad sexual también pueden contribuir con una anorgasmia secundaria.

EVALUACIÓN CLINICA

Los médicos debemos realizar una adecuada historia clínica, precisando con exactitud si se trata de un trastorno del orgasmo primario, secundario, situacional o generalizado.

Es fundamental que se investigue la historia psicosexual: inicio de la atracción sexual, juegos eróticos infantiles, descubrimiento del placer sexual, inicio y evolución

de las fantasías, inicio y evolución de la masturbación, circunstancias y respuesta de la primera relación sexual, tiempo transcurrido hasta alcanzar el orgasmo, relaciones con las distintas parejas, motivos de separación, etc.

Para algunas pacientes la anorgasmia supone poco problema, y para otras una carencia grave. Esto está en función de la vivencia personal y en función del contexto de pareja donde se presenta.

La no corrección muchas veces es un factor generador de mayor ansiedad sexual, lo que lleva a conductas evitativas de la relación sexual, al deseo sexual hipoactivo, empobrecimiento erótico del vínculo y asumir que la sexualidad satisfactoria "no es lo que a uno le toca"

Se deben identificar en la correcta anamnesis los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de esta disfunción para lograr el correcto abordaje clínico diagnóstico y terapéutico:

Factores Predisponentes:

- Educación sexual inadecuada
- Actitudes sexuales negativas
- Baja Autoestima
- Estilo de apego ansioso ambivalente
- Escasa intimidad y comunicación en pareja
- Expectativas desmedidas hacia la sexualidad

Factores Precipitantes

- la incapacidad para abandonarse
- cogniciones negativas acerca de la incapacidad para alcanzar el orgasmo
- técnica poco apropiada de la pareja e ideas irracionales sobre la sexualidad
- Dificultad para fantasear

Factores Mantenedores

- la ansiedad de ejecución
- la demanda de ejecución
- un proceso distímico
- relación de pareja conflictiva
- estresores ajenos a la relación sexual
- factores ambientales como no disponer del lugar apropiado para las relaciones

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad no existe ningún fármaco cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica femenina.

De todas formas, algunos principios activos facilitan la desinhibición y otros mejoran el deseo. Hay varias líneas de investigación con resultados muy prometedores en el

uso de tadalafilo a dosis de 5 mg diarios con cambios significativos en la respuesta orgásmica femenina.

El bupropion mejora todas las fases de la respuesta sexual facilitando la aparición del orgasmo. En la práctica clínica es muy común el uso de yohimbina, pero varios estudios a doble ciego han puesto de manifiesto que no mejoran la respuesta orgásmica inhibida previamente por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

TRATAMIENTO SEXOLÓGICO

Existen distintos modelos terapéuticos de los cuales los más utilizados y reseñados son los siguientes: modelo de Graber y Graber, LoPiccolo, y de Masters Johnson y Kolodny.

El análisis comparativo de cada uno de ellos no arroja diferencias significativas, Todos incluyen entrenamiento en masturbación y mecanismos para inhibir la ansiedad.

El modelo de Graber y Graber (1975) realiza los siguientes ejercicios:

- ▶ Entrenamiento en reconocimiento del propio cuerpo.
- ▶ Ejercicios de Kegel (1952).
- ▶ Examen sensual.
- ▶ Entrenamiento en masturbación.
- ▶ Técnicas de autosugestión y fantasías eróticas.
- ▶ Uso del vibrador.
- ▶ Sustitución del vibrador por ejercicios de estimulación.
- ▶ Comunicación en pareja.
- ▶ Focalización sensorial.
- ▶ Masturbación en presencia del compañero.
- ▶ Estimulación del clítoris por el compañero.
- ▶ Entrenamiento del músculo pubocoxígeo en el coito.
- ▶ Entrenamiento en movimientos vaginales.
- ▶ Coito con estimulación clitoridea.
- ▶ Coito con disminución progresiva de la estimulación clitoridea.

El modelo de Lo Piccolo (1976) describe los siguiente:

- ▶ Autoevaluación de la historia psicosexual.
- ▶ Imagen corporal e imagen genital.
- ▶ Examen genital.
- ▶ Relajación muscular.
- ▶ Ejercicios de Kegel (1952).
- ▶ Masturbación.
- ▶ Mensajes positivos. Lecturas eróticas.
- ▶ Fantasías.

- ▶ Escenificación del orgasmo.
- ▶ Uso de vibradores.
- ▶ Masturbación delante del compañero.
- ▶ Masturbación conjunta.
- ▶ “Difusión gradual” de la masturbación al coito o “cambio rápido”.

El modelo de Masters, Jhonson y Kolodny (1984) indica:

- Hacer inventario.
- Conseguir una conciencia corporal a través de concentración sensitiva autodirigida, una mirada clínica al espejo y exploración genital.
- Autoestimulación.
- Definición de los activadores de sus orgasmos.
- Uso del vibrador.
- Orgasmo con el compañero.

En todos ellos se debe trabajar en eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. Hay que dedicar tiempo a explicar la respuesta sexual femenina, combatir las creencias erróneas y comentar las distintas formas de expresar la sexualidad por parte de otras parejas y diferentes culturas. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas eróticas y visualización de pornografía.

Se deben enseñar técnicas de relajación para que la paciente aprenda a concentrarse en las distintas partes de su cuerpo, a sentirlo y, acto seguido, puede comenzar a explorarlo. Las mujeres con una anorgasmia de toda la vida deben comenzar con la exposición de los genitales al espejo y exploración manual de los mismos sin intencionalidad respecto a la excitación. Después iniciará la autoestimulación con el chorro de agua de la ducha, lo que en nuestra experiencia constituye la manera más fácil para iniciar una respuesta orgásmica. De no haberse presentado dificultades pasaremos a lo que denominamos “extensión sensorial”, es decir a trasladar el orgasmo desde la ducha, a las manos o a un dispositivo. Se recomienda a la mujer que practique para obtener el orgasmo de las formas, posturas y situaciones más diversas. En pareja se dedica una parte de la terapia a mejorar la comunicación.

Una vez que la mujer ha conseguido el orgasmo con la autoestimulación y ha practicado con éxito en distintas circunstancias, se intenta la extensión sensorial en pareja, es decir, practicar el orgasmo por autoestimulación delante de él, para progresivamente pasar a que sea el compañero quien con las caricias, dirigidas por ella, provoque el orgasmo. Se debe instruir en capacitación orgásmica, penetración con auto y luego heteroestimulación clitorídea.

Cuando se trata de un trastorno del orgasmo secundario, si se ha descartado que sea a consecuencia de la ingesta de medicamentos o a una enfermedad orgánica, el pronóstico va a ser por lo general muy pobre. En estos casos la estrategia terapéutica que más resultado da a largo plazo, es generar habilidades de comunicación en pareja, haciendo una terapia similar a la que se emplea para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo.

Como conclusión debemos decir que la terapia sexual en pareja y más concretamente el entrenamiento en autoestimulación genital es dentro de todas las estrategias y las indicaciones, lo más específico y la única empíricamente validada para el tratamiento de esta disfunción sexual.