

Disfunciones sexuales femeninas.

Dr. Santiago Cedrés.

Ex Prof. Adj. Med. Interna. Sexólogo Clínico. Director Técnico Centro Plenus.

Lic. Rosana Pombo

Psicoterapeuta Cognitiva. Sexóloga Clínica. Directora Centro Plenus.

El estudio de la sexualidad femenina es tan fascinante como complejo, ya que la misma integra en un todo, lo físico, corporal, emocional y afectivo. Se conjugan aspectos biológicos, entre los cuales se incluye la respuesta genital, el ciclo hormonal y la procreación, con factores psicológicos sean estos anímicos, emocionales, afectivos, a los cuales se suma el tema socio-cultural, que son las ideas, la educación sexual y actitudes regidas por valores morales que moldean la conducta sexual.

La mujer es altamente dependiente de sus ciclos hormonales que le provocan alteraciones en el ánimo y la vivencia de ser muy cambiante e impredecible, incluso para ella misma.

En cuanto a la vivencia de la relación sexual coital, la mujer se estimula poco visualmente (a diferencia del hombre) y predominantemente en forma auditiva y kinestésica; ella se excita muy lentamente y en un marco de cariño, delicadeza, suavidad, caricias y palabras cariñosas. Si bien existen zonas erógenas cuya estimulación provoca altas dosis de placer, el apuro, la exigencia masculina de una penetración rápida sin preparación previa, provoca insatisfacción, frigidez, anorgasmia y hace que ella evite el contacto sexual

El estilo de vida moderno acelerado y competitivo, dietas poco sanas, exceso de roles, alta autoexigencia, situaciones de stress, depresiones, adicciones, son los mayores enemigos de una sexualidad femenina sana y gratificante. Una relación de pareja caracterizada por monotonía, rutina, y más grave aún por descalificaciones, maltrato físico y psicológico, evidencia factores que obviamente van a repercutir en la esfera sexual de manera desfavorable. Es sabido que una pareja que está viviendo una relación muy deteriorada, generalmente suspende su actividad sexual.

Otras veces son alteraciones orgánicas, medicas las que determinan las dificultades en desarrollar una actividad sexual satisfactoria para la mujer y la pareja.

Fisiología de la respuesta sexual femenina

La fisiología de la respuesta sexual femenina hace referencia a la vasodilatación genital y a los eventos neuromusculares que se producen paralelamente con la excitación subjetiva y las respuestas somáticas asociadas. Están implicados circuitos centrales y espinales. Dentro

del sistema nervioso central, las áreas medial preóptica, hipotalámica anterior y límbica-hipocámpica han mostrado desempeñar un papel importante en la respuesta sexual femenina. Estas áreas transmiten señales a través del sistema nervioso periférico para la modulación de los aspectos vasculares y musculares de la respuesta sexual femenina. Se cree que diferentes neurotransmisores y neuropéptidos regulan la función sexual. Además, las hormonas esteroideas sexuales probablemente influyen en estos circuitos. Durante la excitación sexual se produce una vasocongestión genital como resultado del incremento del flujo sanguíneo. La excitación sexual se caracteriza por el engrosamiento de los labios, el aumento de la lubricación vaginal, el alargamiento y la dilatación vaginal y el incremento de la longitud y el diámetro del clítoris.

Los músculos del suelo pélvico, particularmente el elevador del ano y la membrana perineal, así como la musculatura lisa de la vagina participan en la respuesta sexual.

Mediadores de la respuesta sexual femenina

1. Neurotransmisores y neuropéptidos

Se cree que los neurotransmisores y los neuropéptidos, como la serotonina, la dopamina, la adrenalina, la noradrenalina, la histamina, los opioides y el ácido aminobutírico (GABA) modulan la función sexual. El engrosamiento genital se asocia con mecanismos parasimpáticos de vasodilatación, mediados principalmente por el óxido nítrico, la acetilcolina y el péptido intestinal vasoactivo (VIP). Los estudios inmunohistoquímicos han confirmado la presencia de varios neurotransmisores en los tejidos vaginales y clitorídeos humanos, con el gen de la calcitonina (PRGC) y sustancia P. Probablemente, la contracción de los músculos de la vagina y del suelo pélvico implica mecanismos adrenérgicos y colinérgicos desde los nervios pudendos eferentes.

2. Hormonas sexuales

Los estrógenos desempeñan un papel en el mantenimiento de los tejidos vaginales. La menopausia se asocia con la atrofia de la vagina, y las mujeres posmenopáusicas con frecuencia se quejan de sequedad vaginal y dispareunia asociada. Se ha demostrado que los niveles bajos de estrógenos correlacionan con la disfunción sexual femenina.

Aunque los niveles séricos de testosterona guardan poca relación con la libido femenina, se cree que esta hormona desempeña un papel importante en el deseo sexual femenino.

El síndrome de insuficiencia androgénica se caracteriza por una disminución de la sensación

de bienestar, fatiga y disminución de la libido. Los niveles androgénicos se reducen a medida que aumenta la edad de la mujer. El ovario posmenopáusico continúa secretando

andrógenos. Sin embargo, la ooforectomía bilateral (o menopausia quirúrgica) se asocia con una reducción más acentuada de los niveles de andrógenos, en comparación con la menopausia espontánea. Los estudios recientes sugieren que el tratamiento con testosterona, en forma de parche transdérmico, puede mejorar la libido en las mujeres posmenopáusicas con una alteración sexual de deseo hipoactivo.

Factores que influyen en la respuesta sexual femenina

En la función sexual femenina influyen factores biológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales.

1. Factores biológicos

Las condiciones fisiológicas que interfieren con cualquiera de los mediadores de la respuesta sexual femenina pueden dar lugar a disfunción sexual. Por ejemplo, ciertas enfermedades crónicas, la lesión de la columna y la ooforectomía bilateral pueden asociarse con la disfunción sexual femenina. Las medicaciones como los anticonceptivos orales también se han implicado en la disfunción sexual femenina.

2. Factores psicosociales e interpersonales

La depresión se asocia estrechamente con la disfunción sexual femenina. Además, la disfunción sexual es un efecto secundario frecuente de los antidepresivos, particularmente de ciertos inhibidores de la recaptación de serotonina. Una relación emocional satisfactoria con la pareja y el bienestar emocional global son buenos predictores de la ausencia de disfunción sexual. La ansiedad, la fatiga, los antecedentes de abuso sexual, las expectativas de una experiencia negativa, las preocupaciones acerca de la seguridad y la falta de privacidad también pueden contribuir a la disfunción sexual femenina.

Trastornos en la salud sexual de la mujer

La mayoría de los autores coinciden en definir las disfunciones sexuales como todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual (deseo-excitación-orgasmo) y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad. También incluyen aquellas disfunciones relacionadas a la aparición del dolor en cualquier momento de la actividad sexual. La OMS (1992) incluyó en la definición “en diversos sentidos se trata de la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”

En la mujer los problemas sexuales tienen un marcado componente afectivo, de relación y comunicación con la pareja. Pueden presentarse en su vida sexual de forma pasajera o permanente.

Clasificación de las disfunciones sexuales

Clasificación de los problemas sexuales femeninos: según el DSM IV (1995) y los aportes de varios autores relevantes en Sexología como Masters y Jhonson (1970), Kaplan (1989), Bianco (1984), Labrador (1994) entre otros:

- 1) Trastornos del deseo sexual: deseo sexual inhibido (DSI), deseo sexual hipoactivo (DSH), deseo sexual hiperactivo o excesivo y trastorno por aversión al sexo
- 2) Trastornos de la excitación sexual.
- 3) Trastornos del orgasmo.
- 4) Trastornos sexuales por dolor. Dispareunia y Vaginismo.
- 5) Otras. Disfunción sexual debido a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

Subtipos:

- A- Primaria. Ha estado presente desde el inicio del funcionamiento sexual.
- B- Secundaria o adquirida. Se ha desarrollado después de un período de funcionamiento normal.
- C- Generalizada. Ocurre en todas las situaciones con todas las parejas.
- D- Específica. Se limita a determinados tipos de estimulaciones, situaciones o parejas.
- E- Se debe a factores psicológicos, orgánicos, mixtos o abuso de sustancias.

I) Trastornos del deseo sexual:

Deseo Sexual Inhibido (DSI): es la inhibición persistente y profunda del deseo sexual, siendo la libido anormalmente baja. Sugiere la anulación del apetito sexual. Generalmente existe una etiología psíquica.

Deseo Sexual Hipoactivo (DSH): Es la disminución o ausencia de fantasías eróticas y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente. Se caracteriza por actitudes y comportamientos tendientes a la evitación y el rechazo sexual, falta de iniciativa, baja frecuencia de relaciones sexuales, ausencia de frustración si se les priva de mantenerlas, escasa respuesta a la estimulación genital o repuesta luego de un esmerado y persistente estímulo, pudiendo causarles molestias y hasta dolor. Pueden tener excitación y orgasmo limitado a la estimulación genital, por lo cual muchas rechazan los juegos preliminares y reducen el sexo a la penetración. Puede aceptar la actividad sexual por amor, generosidad, obligación, para evitar conflictos conyugales y no por deseo. Es causa de crisis de pareja. Es importante determinar si es el problema principal o la consecuencia de un problema sexual subyacente, como trastornos en la excitación, el orgasmo o por dolor (dispareunia, vaginismo).

Deseo Sexual Hiperactivo: deseo casi constante de practicar alguna actividad sexual que interfiere con las actividades cotidianas de la mujer. Existen dificultades en controlar o postergar la necesidad de satisfacción sexual. Se traduce en conductas sexuales compulsivas, pensamientos y fantasías sexuales, coito, masturbación, con un alto nivel de promiscuidad. No es una disfunción sexual típica de la mujer.

Aversión al sexo: se trata de una fobia sexual simple. Es el miedo persistente, excesivo e irracional y deseo compulsivo de evitar sensaciones y/o experiencias sexuales. Se caracteriza por una evitación activa del contacto sexual genital con la pareja acompañado de angustia y ansiedad anticipatoria. El miedo surge al intentar una relación sexual y puede centrarse en algún aspecto particular del sexo.

II) Trastorno de la excitación:

Es el equivalente de la disfunción eréctil masculina. Es la incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación, vasocongestión genital como la tumescencia de los labios mayores, menores y del clítoris, o de la invaginación por dilatación de los dos tercios internos de la vagina, ante un estímulo adecuado en tipo, intensidad y duración hasta la terminación de la actividad sexual. Este trastorno generalmente se acompaña de varias disfunciones sexuales como deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, entre otras.

III) Trastorno del orgasmo:

Se caracteriza por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad sexual normal. Es importante destacar que las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando el especialista considera que la capacidad orgásmica de una mujer

es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

Son sinónimos “Anorgasmia” y “Orgasmo femenino inhibido”. La dificultad principal radica en la consecución del clímax. Pueden presentar adecuado deseo sexual, excitación y gran lubricación con vasocongestión genital, sin conseguir el orgasmo.

A diferencia de la preocupación constante del varón ante la ausencia del orgasmo, la mujer puede mostrarse indiferente, e incluso experimentar relaciones sexuales intensas y placenteras aunque no llegue al clímax, otras se preocupan y angustian convirtiéndose esta disfunción en fuente de ansiedad, frustración y malestar en la relación con su pareja. Incluso la anorgasmia puede ser causa de otras disfunciones sexuales como el deseo sexual hipoactivo, la dispareunia, el trastorno en la excitación, hasta llegar a la evitación del coito.

IV) Trastornos sexuales por dolor:

Dispareunia:

Es sinónimo de coito doloroso. Se caracteriza por el dolor genital persistente o recurrente antes, durante o después de una relación sexual. Se debe descartar un vaginismo o que solo sea causa de una lubricación insuficiente por inadecuada preparación de la mujer durante el juego previo. Puede responder a problemas orgánicos como inflamaciones o infecciones genitales, vaginales o del tracto urinario (vulvitis, vaginitis, uretritis, cistitis), disminución en la producción de estrógenos durante la menopausia lo cual produce adelgazamiento de las paredes vaginales y escasa lubricación, cicatrices dolorosas en la entrada de la vagina, lesiones o traumatismos dolorosos del aparato genital o como consecuencia de tratamientos oncológicos de radioterapia. También se puede experimentar dolor por la fuerte presión sobre la uretra durante el coito, manipulación excesiva, brusca o inadecuada del clítoris, reacciones alérgicas a desodorantes íntimos, espumas y geles anticonceptivos, a preservativos de látex, a lubricantes íntimos inadecuados.

Entre las causas psicológicas puede responder a la falta de educación sexual, desconocimiento de la anatomía y fisiología genital y de la respuesta sexual, primeras experiencias coitales dolorosas que desarrollaron ansiedad y tensión muscular ante la proximidad del coito, contracción espasmódica del tercio externo vaginal, inadecuada relajación y dilatación, lográndose la penetración pero siendo esta dolorosa.

La mujer puede experimentar diversos grados de dispareunia, desde sensaciones de ardor, irritación, quemazón, hasta dolor cortante, punzante, paralizante y agudo. Generalmente está localizado en la vagina, el orificio vaginal o introito, la horquilla vulvar, y también puede localizarse en el clítoris, los labios mayores y menores, en la región pélvica y el abdomen.

La frecuencia de la aparición del coito doloroso es muy variada; en algunos casos puede presentarse en todos los intentos de coito; en otros casos es intermitente, ocasional y puede responder a determinadas posturas. La dispareunia hace referencia a una condición crónica, es decir, el dolor aparece con relativa frecuencia y durante amplios períodos de tiempo.

Si el problema se mantiene la mujer puede desarrollar miedo a la penetración e incluso puede alterarse la excitación y el orgasmo pudiendo desembocar en un deseo sexual hipoactivo secundario. El temor y la ansiedad experimentados ante la proximidad del coito doloroso pueden aumentar la tensión muscular, dificultar una adecuada relajación, lubricación y dilatación vaginal, pudiendo dar origen a un vaginismo secundario.

Vaginismo:

Se caracteriza por la contracción espasmódica e involuntaria, recurrente o persistente de la musculatura perivaginal y del tercio externo, que imposibilita la penetración, así como la introducción de cualquier objeto como dedos, tampones o espéculos.

Generalmente el vaginismo es primario, instalándose luego del primer intento de relación sexual. La primera experiencia dolorosa es fuente de un condicionamiento hacia el coito que se mantiene por conductas de evitación y ocasionales intentos de penetración dolorosos y frustrantes. Es causa frecuente de matrimonios no consumados y de infertilidad, con varios años de evolución.

El dolor es referido específicamente al intento de penetración, con sensaciones de presión intensa, de estar “cerradas”, “como si hubiera una pared”, asociado a un alto nivel de ansiedad, tensión muscular y fundamentalmente temor al dolor.

Al examen ginecológico de la paciente pueden observarse: espasmos involuntarios de los músculos perineales, arqueamiento de la espalda, contracción de los aductores de los muslos y un importante estado de ansiedad y nerviosismo.

Por lo general las relaciones sexuales con la pareja son muy satisfactorias, soliendo ambos desarrollar adecuados niveles de deseo sexual, excitación y orgasmo, con estímulos variados como sexo oral, estimulación manual de genitales, frotamiento genital, etc., relegando cada vez más los intentos de coito.

Pueden estos cuadros verse acompañados de elementos fóbicos a la penetración con la consecuente evitación del intento del coito y reforzamiento de la disfunción. El temor al dolor y el malestar que experimentan cuando se exponen al mismo alejan las posibilidades de intentar la penetración, así como el uso dedos, del tampón y las visitas al ginecólogo.

También desarrollan temores a ser abandonadas por su pareja, sentimientos de culpa, frustración, humillación, impotencia, incompletud femenina, que afectan su autoestima y pueden incidir significativamente en otras áreas de su vida.

Todas las disfunciones de la mujer ameritan un enfoque diagnóstico y terapéutico a cargo de un equipo interdisciplinario especializado, que contemple las diversas causas y factores que mantienen el problema, desde los orgánicos, psicológicos y fundamentalmente del vínculo con la pareja. La incorporación y participación activa de ésta juegan un papel preponderante en la evolución del tratamiento.

Evaluación clínica

La evaluación de las disfunciones sexuales femeninas suele implicar una entrevista de la pareja y de cada uno de los miembros de la misma por separado. La evaluación debería incluir una historia completa médica, psicosocial y sexual, así como una exploración física, incluyendo una exploración ginecológica. Existen varios cuestionarios de autoevaluación validados para la función sexual femenina. Pueden utilizarse también para monitorizar la respuesta al tratamiento.

Ocasionalmente, la evaluación puede requerir una ecografía pélvica o una evaluación endocrinológica, incluyendo los niveles de hormona estimulante del tiroides (TSH) y de prolactina (PRL). Raramente es de utilidad la determinación de los niveles de hormonas sexuales, como estrógenos y testosterona. La deficiencia de éstas puede sospecharse por la historia y el examen físico. Además, los ensayos de testosterona disponibles comercialmente no son suficientemente sensibles para los bajos niveles de andrógenos que se encuentran en la mujer en condiciones normales.

Las mediciones objetivas del flujo sanguíneo genital, como la fotopletismografía vaginal y las técnicas de imagen, como la resonancia magnética funcional, en la actualidad están limitadas al contexto de la investigación. Hay poca correlación entre las mediciones objetivas y la aversión subjetiva.

Tratamiento.

El tratamiento depende en gran medida de la etiología, e implica modificaciones educativas y conductuales, psicoterapia y, ocasionalmente, farmacoterapia. Es ideal un abordaje multidisciplinario para contemplar todos los aspectos causales.

La colaboración de la pareja posibilita un mejor resultado terapéutico.

Resumen

La disfunción sexual femenina es un problema frecuente y complejo. En la sexualidad influyen diferentes factores, tanto biológicos como psicosociales. La evaluación de la disfunción sexual femenina debería incluir una historia médica y psicosocial y una exploración física completas. El tratamiento debería ser multidisciplinario, dependiendo

de la etiología, pero puede incluir educación, psicoterapia o terapia sexual, y en algunos casos farmacoterapia. La investigación médico sexológica en esta área conducirá, probablemente, a una mejor comprensión de la fisiología de la sexualidad femenina y a nuevos tratamientos para la disfunción sexual.