

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Bajo Deseo Sexual
Trastorno en la Excitación
Anorgasmia
Vaginismo
Dispareunia

Lic. Rosana Pombo
Psicóloga
Sexóloga clínica

No solo los varones padecen de problemas sexuales. La mayoría de las mujeres pasa en algún momento de su vida por este tipo de trastornos. Son un motivo de consulta cada vez más frecuente dada las repercusiones tanto a nivel individual como en la relación de pareja.

A veces puede resultar difícil determinar si son ocasionales o si se han instalado como un problema. Algunas mujeres se resignan o acostumbran a convivir con ellos y otras optan por resolverlo en pos de una sexualidad saludable y plena.

A la hora de evaluar una disfunción sexual es importante tener presente que la respuesta sexual es muy variada y dependerá de la singularidad de cada mujer. Cada una tiene su propia normalidad. Sin embargo, existen numerosos factores que pueden afectarla, como los niveles hormonales, la edad, la salud física y emocional, el estrés y cansancio crónicos, las experiencias sexuales (o su falta), la educación recibida a nivel formal e informal, las experiencias sexuales traumáticas, el vínculo afectivo con su pareja, los temores al embarazo, a ser dañada, abandonada, las fobias sexuales, las aversiones al sexo, etc.

Clasificación de los problemas sexuales femeninos:

Según el DSM-IV los trastornos sexuales se definen como “las alteraciones en el deseo sexual, así como los cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”

La mayoría de los autores coinciden en clasificar los problemas sexuales de la mujer según la fase de la respuesta sexual (deseo-excitación-orgasmo) que esté alterada.

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO: o bajo deseo sexual. Es la disminución o ausencia de fantasías eróticas y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente (DSM-IV). Esta alteración es motivo de consulta y diagnóstico cuando es fuente de malestar para la mujer y/o para la pareja.

Se caracteriza por actitudes y comportamientos tendientes a la evitación sexual y el rechazo, falta de iniciativa, dificultades en responder a la iniciativa sexual de la pareja o hacerlo a regañadientes, baja frecuencia de relaciones sexuales, falta de espontaneidad sexual, fastidio ante los acercamientos amorosos, escasa respuesta a la estimulación genital, dolor, etc. siendo muchas veces motivo de conflicto en la relación.

El bajo deseo puede ser de toda la vida o adquirido, puede ser general, situacional ó selectivo; sus causas pueden ser orgánicas, psicológicas, farmacológicas, por tratamientos oncológicos, alteraciones hormonales, consumo de sustancias tóxicas ó una combinación de estas.

La falta de deseo no es un impedimento para la relación sexual, la mujer puede aceptar el coito por amor, generosidad, por complacer a su pareja ó por temor a perderla si persiste en su negativa. Tampoco impide el funcionamiento de sus genitales, es decir, aunque no tenga ganas ni buena predisposición para tener sexo, si accede a la iniciativa de su pareja y permite ser estimulada, puede comenzar a experimentar algún grado de excitación, lograr lubricación y alcanzar el orgasmo sin tener mucho placer, dándose de una manera casi mecánica. A veces si es estimulada durante largo tiempo puede llegar a “engancharse” y otras puede preferir un coito rápido solo por “cumplir”. Sin embargo la falta de deseo y este tipo de relaciones mecánicas, rutinarias y estereotipadas, pueden llegar a ser fuente de malestar y dolor durante las relaciones sexuales.

TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL: Es el equivalente de la disfunción eréctil masculina. Involucra la alteración de la fase de excitación. Según el DSM-IV es la “incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual”.

Ante un estímulo adecuado en tipo, intensidad y duración, la mujer no logra excitarse, por lo tanto no puede experimentar una respuesta fisiológica como la vasocongestión pelviana, la lubricación y dilatación vaginal necesarias para una penetración cómoda, placentera y no dolorosa; tampoco experimenta la tumefacción de los genitales externos como el clítoris, labios mayores y menores, teniendo por lo tanto dificultades en alcanzar el clímax.

En estos casos la vagina con escasa o nula lubricación, se presenta pálida, seca y cerrada. La introducción del pene puede producir dispareunia y secundariamente disminución del deseo sexual.

Este trastorno puede ser primario o de toda la vida. Cuando la mujer nunca ha experimentado excitación, es decir nunca ha gozado de placer erótico en ninguna

experiencia sexual. Cuando es secundario quiere decir que la mujer ha vivido experiencias de excitación y placer sexual, pero luego ya no logra experimentarlo.

Es importante destacar que ocasionalmente puede pasar que la mujer no logre excitarse y esto no amerita un diagnóstico de disfunción sexual. Tampoco si la estimulación que recibe es inadecuada, insuficiente o inoportuna; si la situación atenta contra los derechos de la mujer, como violencia, abuso, chantaje o cualquier tipo de presión a la que la mujer se vea sometida.

Esta perturbación puede originarse por factores orgánicos, enfermedades tales como la diabetes, hipertensión arterial, u otro tipo de trastornos circulatorios; trastornos hormonales como el descenso de los estrógenos durante la menopausia, factores psicológicos como los conflictos de pareja, las dificultades en una comunicación sexual eficaz, el cansancio crónico, la vida rutinaria, etc.

TRASTORNO ORGÁSMICO: La Anorgasmia es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación 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 la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida (DSM-IV).

Hasta principios del siglo XXI se consideraba “normal” que la mayoría de las mujeres no obtuvieran el orgasmo en sus relaciones sexuales. La represión cultural, los mitos y prejuicios acerca de la sexualidad, transformaron el placer sexual de la mujer en un motivo de vergüenza, repudio y represión. Las mujeres que llegaban al orgasmo eran catalogadas de inmorales e indecentes. La sexualidad femenina estaba ligada estrictamente a la función reproductiva. Hoy la reivindicación del orgasmo femenino es una conquista cultural y muchas mujeres que no lo logran se consideran incompletas o “anormales”. Unas se esfuerzan por experimentarlo y acuden a especialistas en busca de ayuda, otras optan por resignarse y disfrutar en cambio de otros aspectos eróticos de la relación sexual aunque no alcancen el clímax.

Debemos tener en cuenta que la capacidad orgásmica femenina se incrementa con la adquisición de experiencia sexual, por ello es una disfunción más frecuente en mujeres jóvenes. Cuando la mujer logra alcanzar el clímax ha aprendido una serie de maniobras erótico-placenteras, ha recorrido un camino que le ha permitido experimentar y reconocer sensaciones corporales que la conducen al orgasmo. Ha logrado saber el tipo, intensidad y tiempo de estimulación eficaz, posición adecuada, fantasías utilizadas, estado emocional, y otras condiciones necesarias para alcanzar el orgasmo.

La **anorgasmia** puede ser **primaria o absoluta** cuando la mujer nunca ha obtenido un orgasmo, ni en las relaciones sexuales ni por masturbación. Es frecuente que carezcan de suficiente información y educación sexual, pobreza ó ausencia de fantasías sexuales y de experiencias masturbatorias, incluso muchas no recuerdan dato alguno sobre experiencias autoeróticas, y dicen no haber sentido nunca curiosidad ni interés por las mismas. Generalmente no poseen un adecuado conocimiento de sus genitales como el clítoris y otras estructuras de la vulva, como tampoco de los estímulos necesarios para lograr sensaciones placenteras en dichas zonas erógenas. Pueden llegar a experimentar gran excitación al ser estimuladas por su pareja, sin embargo a solas no se conocen y les resulta muy difícil poder transmitir a su pareja qué tipo de estimulación prefieren o necesitan.

Por lo general pueden llegar a un punto de máxima excitación o meseta y experimentan un “bloqueo” que no les permite alcanzar la descarga orgásmica. Generalmente tiene que ver con lo que piensan y sienten en ese momento. Muchas veces no logran abandonarse por completo a las sensaciones y sentimientos por la ansiedad que experimentan al ver que aún no lo logran, los pensamientos negativos que se le presentan en forma automática como “no lo lograré”, controlando la relación autoobservando su propio comportamiento sexual. A veces no se permiten el tiempo suficiente de estimulación ya que tienen pensamientos como “me estoy demorando”, “él se cansará”, “¿lo estaré haciendo bien?”, no logran concentrarse lo suficiente y se distraen. Les puede resultar aún más difícil si temen como consecuencia ser abandonadas por su pareja si no lo logran.

Cuando es **secundaria** la mujer ha tenido orgasmos y ha pasado un tiempo considerable sin volver a experimentarlos. Puede deberse a tratamientos farmacológicos, oncológicos, disminución de niveles hormonales como la testosterona y entonces la anorgasmia puede ser secundaria a una disminución de la libido sexual; por disminución de los estrógenos en las mujeres menopáusicas, lo cual puede ocasionar experiencias coitales dolorosas, por conflictos en la relación de pareja, disminución de la autoestima, cambios en la imagen corporal con sentimientos de no aceptación, etc.

Puede ser una **anorgasmia situacional** cuando no logran llegar al orgasmo en determinadas situaciones pero si en otras. La más frecuente es la anorgasmia coital, cuando no logra llegar al orgasmo con la penetración pero si con otro tipo de estimulación. Puede ser selectiva, es decir que depende del compañero sexual.

La **anorgasmia en el coito:** cuando la mujer no logra el orgasmo con la penetración, pero sí mediante otros estímulos sexuales como la masturbación, caricias manuales de su pareja, sexo oral, fricción entre genitales, etc.

Todas las mujeres son capaces de experimentar un orgasmo. La mayoría pueden aprender si se sienten motivadas, apoyadas y alentadas por sus parejas y logran

adherirse a una estrategia terapéutica especializada. Hoy existen múltiples herramientas que le permiten lograr una adecuada respuesta sexual y disfrutar de una sexualidad más rica y placentera. Es importante partir de un adecuado diagnóstico para estudiar las causas y llevar a cabo un abordaje terapéutico interdisciplinario, donde intervengan profesionales de la salud sexual como el médico sexólogo, el ginecólogo y el psicólogo sexólogo en primera instancia. A partir del análisis de las causas se conformará el equipo terapéutico y se diseñará un tratamiento específico y personalizado, pudiéndose sumar por ejemplo el endocrinólogo si se detectaran trastornos hormonales, el psiquiatra si incidieran factores farmacológicos, etc.

TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR:

VAGINISMO Y DISPAREUNIA:

VAGINISMO: Se caracteriza por la contracción espasmódica e involuntaria de la entrada vaginal, la cual se cierra cuando se intenta la penetración, imposibilitando el coito. Esta respuesta puede deberse a un condicionamiento a raíz de experiencias sexuales dolorosas y frustradas, por lo general con origen en las primeras relaciones sexuales en las cuales se intentó la penetración y no se logró por el intenso dolor que la mujer experimentaba. También debido a experiencias traumáticas como intentos de violación o abuso sexual; temores al embarazo, al daño genital, al dolor, al abandono.

Puede deberse a causas orgánicas como un himen grueso, infecciones genitales, cicatrices dolorosas en la entrada vaginal, tumores en vulva o vagina. Es una de las causas de matrimonios no consumados, a veces de varios años de evolución.

Las mujeres con vaginismo pueden disfrutar de juegos sexuales y variados estímulos eróticos como caricias manuales, sexo oral, fricción entre genitales, a condición de no intentar la penetración, resignando por lo tanto el coito.

Para un adecuado diagnóstico es fundamental el examen ginecológico, el cual se hace muy difícil o imposible. Estas pacientes muestran una serie de síntomas como cerrar instintiva y fuertemente las piernas, se ponen muy tensas y ansiosas, contraen los músculos pubococcygeos que cierran la entrada de la vagina, arquean la espalda ascendiendo el cuerpo hacia la cabecera de la camilla, direccionan la vagina hacia abajo alejando los genitales del ginecólogo. Estos comportamientos evitativos la mayoría de las veces imposibilitan la introducción del espéculo o los dedos del profesional no lográndose llevar a cabo el examen ginecológico. En estos casos al trastorno se le agrega la imposibilidad de realizar las medidas preventivas del cáncer genital

Debe descartarse la presencia de un himen resistente que en ocasiones puede requerir una escisión quirúrgica. También se debe diferenciar el vaginismo de las fobias

sexuales. En estos casos la paciente “huye” de la camilla ginecológica y no siente dolor al intento de penetración ó introducción de objetos en su vagina.

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. Por lo general es resultado de problemas orgánicos como infecciones genitales o urinarias, 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.

Descartadas las causas orgánicas el dolor en las relaciones sexuales puede ser consecuencia del temor al mismo durante el coito. El miedo a que aparezca el dolor con la penetración puede desencadenar la contracción de los músculos que rodean la abertura vaginal los cuales pasan a ser los responsables de la experiencia dolorosa. Se establece así un reflejo condicionado, la contracción espasmódica, involuntaria y dolorosa de los músculos pubococcígeos al intento de penetración, impidiendo la relajación necesaria para el coito. Este miedo al dolor puede deber su origen a experiencias varias, como la primera relación sexual dolorosa, intentos de violación, abuso sexual, temor al embarazo, sentimientos de culpa basados en la prohibición del placer sexual, fantasías de desgarramiento interno, rotura del introito y sangrado por la penetración. Estos temores son además alimentados por la ignorancia acerca de su propia anatomía genital y la de su pareja, junto a una educación sexual insuficiente o inadecuada, la presencia de tabúes religiosos o morales y los prejuicios acerca de la sexualidad.