

DISFUNCIONES SEXUALES EN PACIENTES FÓBICOS

Salvador Ros Montalbán.
Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción:

Las disfunciones sexuales (DS) se clasifican en función de la fase sexual alterada:^{1,2}

1. La alteración en el deseo sexual, que engloba el deseo sexual hipoactivo y el trastorno por aversión al sexo.
2. Los trastornos en la fase de excitación, que se corresponden en el varón a una disfunción eréctil y en la mujer a un trastorno de la excitación sexual.
3. Los trastornos en la fase orgásmica que se clasifican en trastorno orgásmico femenino (anorgasmia) y masculino; este último puede presentarse con eyaculación retardada (aneyaculación) o eyaculación retardada parcial. La eyaculación retrógrada, el orgasmo aneyaculatorio y la eyaculación precoz también son trastornos de esta fase.
4. La dispareunia en el varón y la mujer y el vaginismo en la mujer harían referencia al dolor durante el coito.
5. Se acepta una última categoría que englobaría el trastorno sexual no especificado.

Aunque la prevalencia de las disfunciones sexuales en la población general es alta, existen pocos datos epidemiológicos. Los estudios aportados hasta la fecha utilizan criterios poco homogéneos seleccionando tanto población comunitaria como clínica, lo que dificulta la comparación entre los resultados³. A ello se suma la dificultad para detectar la presencia de las disfunciones sexuales en controles ginecológicos o urológicos rutinarios.⁴ Se estima que existe de un 25 a un 63% de disfunciones sexuales femeninas en la población americana general.⁵⁻⁶ Estudios europeos han destacado una prevalencia del deseo sexual hipoactivo que oscila del 5 al 46% dependiendo de la muestra clínica utilizada (mujeres postmenopáusicas, trastornos afectivos asociados). El trastorno orgásmico en la mujer oscila del 4 al 10%, aunque existen estudios que aportan intervalos mayores; la prevalencia de los trastornos de la excitación sexual se sitúa entre el 6 y el 19%. El vaginismo presenta una prevalencia entre el 3 y el 18%.

Se estima que existe de un 10 a un 52% de disfunciones sexuales masculinas.⁵⁻⁶ Un 34.8% de hombres entre 40 y 70 años presentan disfunción eréctil moderada⁷, y 9.6% impotencia completa.² La edad parece ser un factor de riesgo en los hombres, multiplicando por tres la probabilidad de presentar DS (sobre todo dificultades en la erección y en el deseo). Estos trastornos son dependientes de aquellas enfermedades relacionadas con la edad y posiblemente con los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento.² El estado emocional del paciente sería también un factor de riesgo. La prevalencia del trastorno del deseo hipoactivo oscila del 0 al 7%, el trastorno orgásmico se da entre el 0 y el 8%. La eyaculación precoz oscila del 4 al 5%, el trastorno en la erección de 0 a 10%. Por último la dispareunia está presente en el 0.2% de la población general masculina.³

Las mujeres mayores presentan menor número de problemas sexuales, excepto en aquellos casos de dificultades en lubricación relacionados con procesos postmenopáusicos. En este sentido, las terapias hormonales han mostrado eficacia en el tratamiento de la disfunción.⁴ Las mujeres jóvenes presentan mayor probabilidad de disfunción, ya que alternan períodos de actividad sexual con períodos de inactividad. Esta inconstancia implica un estrés que conlleva, en muchos casos, dolor sexual y síntomas ansiosos.²

El estado civil predispone a la DS. Los hombres casados presentan menos problemas que los no casados; en las mujeres no casadas se detecta mayor probabilidad en DS centradas en trastornos del orgasmo y ansiedad sexual.²

El nivel educacional disminuye la posibilidad de trastorno sexual, de manera que las mujeres con estudios medios, disminuyen en la mitad la posibilidad de alteración en el deseo, en el orgasmo, dolor y ansiedad sexual, y en el hombre disminuyen la posibilidad de presentar eyaculación precoz y sexo no placentero.²

En cuanto a la raza, los hispanícos parecen tener menos tasas de problemas sexuales que la raza negra. Las mujeres de raza negra presentan mayor predisposición de alteración en el deseo sexual y menor placer sexual, aunque menos problemas de dolor coital, mientras que las mujeres de raza hispánica manifiestan menos problemática en el deseo sexual y placer y mayores problemas en el dolor.²

A nivel psicológico, existen determinados factores predisponentes a las disfunciones sexuales. Entre ellos se encuentran una educación rígida, información sexual inadecuada o errónea, creencias religiosas, mitos, inseguridad personal, expectativas irreales y factores personales (p.e. temor al fracaso). En el 40% de mujeres que presentan DS en la edad adulta se encuentra una historia de abusos sexuales en la infancia.⁴ En estos casos, las mujeres tienden a presentar más alteraciones en la excitación sexual, mientras que el hombre, puede presentar alterada cualquier fase sexual. La probabilidad de desarrollar, de forma comórbida, un trastorno por estrés postraumático es de un 65% en las mujeres y de un 45% en los hombres.⁸

La etiología de las DS es multicausal, existiendo factores físicos y psicológicos implicados. Entre los factores físicos destacan enfermedades cardiovasculares (enfermedad oclusiva aortoiliaca, arteriosclerosis, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus, enfermedad de Addison,, síndrome de Cushing, hipogonadismo, enfermedades hipofisarias -hiperprolactinemia, hipopituitarismo-, enfermedad tiroidea -hipertiroidismo, hipotiroidismo-), enfermedades genitourinarias (en el hombre enfermedad de Peyronie, priapismo, prostatitis, uretritis, enfermedades venéreas); en la mujer adhesiones en el clitoris, himen imperforado, enfermedad inflamatoria de la pelvis, vaginitis), enfermedades que afectan al sistema musculoesquelético (artritis), enfermedades neurológicas (epilepsia, accidente cerebrovascular, lesiones focales, lesiones en la médula espinal, esclerosis múltiple, neuropatías), enfermedades renales (fracaso renal que condiciona, en alguna ocasión, tratamiento con diálisis), enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), intervenciones gastrointestinales (resecciones intestinales, resección rectal), genitourinarias (prostactectomía) y ginecológicas (episiotomía, histerectomía), amputaciones y mastectomía.⁹ Todos ellos pueden crear ansiedad anticipatoria y generar creencias negativas e irreales sobre la propia capacidad, y, que a largo plazo, podría conllevar ansiedad sexual y evitación activa de encuentros íntimos. La adicción a toxicomanías y determinados tratamientos farmacológicos pueden guardar un papel etiológico del trastorno.

Entre los factores psicológicos que pueden precipitar una disfunción sexual se encuentran las relaciones de pareja conflictivas, el nacimiento de un hijo y puerperio, el

fracaso sexual ocasional, la presencia de trastornos psiquiátricos (estrés, depresión, ansiedad, fobias), experiencia traumática (violación), expectativas irracionales, la edad, la falta de intimidad y las actitudes liberales en la conducta sexual del hombre. La pérdida del empleo y, por tanto, de un nivel socioeconómico, induce altos niveles de estrés.²

Los factores que pueden mantener el trastorno pueden centrarse en ansiedad por el rendimiento, pérdida de atracción en la pareja por disfunción en la relación, miedo a la intimidad, juegos eróticos restringidos, mitos sexuales, información sexual inadecuada, falta de coincidencia en la apetencia sexual y en la actividad sexual y postura conyugal demandante¹⁰ o ansiosa.¹¹ Existe una importante implicación de los aspectos cognitivos de ambos miembros de la pareja.

Una correcta evaluación clínica, así como la detección de causalidad orgánica y de los factores que han predispuesto, desencadenado, y mantienen el trastorno, son básicos para orientar el diagnóstico y plantear una terapia lo más adecuada posible. La presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos determinan el orden de aplicación de las técnicas terapéuticas utilizadas. Las áreas necesarias de evaluación son las siguientes:

1. Infancia y medio familiar: educación, ideas religiosas, experiencias tempranas, actitud familiar ante el sexo.
2. Pubertad y adolescencia: educación sexual, primeras experiencias (masturbación, relaciones sexuales, identidad sexual, tipo de prácticas, dificultades, valoraciones personales).
3. Experiencias traumáticas iniciales.
4. Historia sexual con la actual pareja: valoramos las actitudes y creencias actuales respecto al sexo, características de la relación sexual, en la que hacemos un exhaustivo análisis de la relación, recogiendo datos sobre el lugar, horario, número de relaciones en una semana, preferencias, actitud, duración, juego sexual, técnica utilizada, fantasías, estímulos atractivos y aversivos, medidas anticonceptivas.
5. Situación de pareja y familiar: situación laboral, hijos, atracción hacia la pareja, motivación y actitudes hacia el problema.

6. Análisis detallado de una actividad sexual alterada, registrando comportamiento de ambos cónyuges, cogniciones antes, durante y después de la relación, sentimientos y, en caso necesario, exploración física por un especialista.
7. Actividades sexuales fuera de la pareja.
8. Antecedentes médicos y psicopatológicos personales y familiares. Hábitos tóxicos.
9. Estado psicopatológico.
10. Exploración psicométrica específica.

Existen pocos estudios sobre la comorbilidad de trastornos psiquiátricos y disfunciones sexuales. Ello es debido a que a menudo los síntomas son obviados por la mayor parte de los pacientes, bien porque priman los síntomas de tipo psiquiátrico, o porque se entienden que forman parte de una dinámica de pareja “habitual”.

El uso extenso de los inhibidores de la recaptación de serotonina como tratamiento de elección de determinadas patologías psiquiátricas y la presencia de efectos secundarios devastadores en la función sexual humana, ha centrado, en los últimos años, la atención de los psiquiatras en la relación de estas dos entidades nosológicas. Los estudios de comorbilidad han relacionado las DS con fobia social (FS), trastorno de pánico (TP), trastornos depresivos y trastorno por ansiedad generalizada.

Figueira y colaboradores¹² obtienen que un 75% de pacientes con TP presentan disfunciones sexuales, una tasa mucho mayor que el obtenido en la población general.¹³ Los fóbicos sociales presentan un 33.3% de disfunciones sexuales. En los pacientes con TP la disfunción sexual más comúnmente presentada es el trastorno de aversión al sexo (35.7% en hombres y 50% en mujeres). Mientras que en los fóbicos sociales varones, la disfunción predominante es la eyaculación precoz (47.4% de los fóbicos frente a 21% en la población general² y un 30% en la población clínica¹⁴).

Otros estudios obtienen una importante correlación de la depresión y la disfunción eréctil como entidades comórbidas.¹⁵

La presencia de trastornos sexuales en pacientes fóbicos conlleva repercusiones importantes en la calidad de vida de los mismos. Así, el aumento de la ansiedad frente

al compañero sexual implica una menor posibilidad de relaciones interpersonales, de contacto íntimo, práctica de sexo oral y menor frecuencia de relaciones sexuales completas. Todo ello conlleva un aumento de la infelicidad sexual.

En las mujeres fóbicas destaca la dificultad en la petición de conductas (p.e.medidas anticonceptivas) a sus parejas sexuales. La aparición de conductas de desvinculación social implicaría una evitación de situaciones de intimidad sexual¹⁶, que dificultaría el inicio de relaciones de pareja o su mantenimiento¹². De hecho, existe una mayor presencia de soltería relacionada con fóbicos sociales y personalidades evitativas que además presentan DS.¹⁷

El impacto de la fobia social en la calidad de vida del paciente es mucho mayor que el producido por el trastorno de pánico. El hombre con TP tiene la creencia que durante el coito generará un ataque de pánico. Este pensamiento anticipatorio interferiría en la excitación sexual. Aún siendo consciente de las múltiples variables interrelacionadas en la génesis y mantenimiento de una disfunción sexual, Figueira propone que, posiblemente el aumento en la activación autonómica masculina, ligada a factores culturales, podría ser interpretado de forma distorsionada y entendida en términos de episodio de pánico. La consecuencia inmediata de los pensamientos anticipativos tanto en el hombre como en la mujer interfiere en la percepción de las sensaciones placenteras del acto sexual, generando actitudes de desagrado durante el sexo¹²⁻¹⁸. A largo plazo el encuentro sexual se convierte en un estímulo aversivo, generando la conducta de evitación secundaria.

Esclarecer si la DS es primaria o secundaria a la problemática de pareja es de suma importancia para conseguir resultados positivos en cada uno de las patologías.

La presencia de depresión y DS es fundamental esclarecer si la DS ya existía previamente, ha aparecido con posterioridad o se ha instaurado después de iniciar el tratamiento. Incluso en aquellos casos en los que existen factores yatrogénicos asociados, la intervención sexual breve ha aportado un beneficio adicional, ya que existen factores psicológicos que favorecen el mantenimiento y agravación de la disfunción.⁴

Tras la exploración se procede a la devolución del caso donde debe ser explicado, de forma detallada, los trastornos presentes, su relación y el tipo de intervención que se llevará a cabo.

Los estudios realizados por Masters y Johnson en los años setenta sirvieron de referencia para un conocimiento más exhaustivo de la respuesta sexual humana. A partir de ellos y posteriormente de los trabajos de H. S. Kaplan, se desarrollaron las técnicas que, con algunas variaciones, todavía siguen vigentes en la actualidad. El programa terapéutico lo constituyen una serie de **tareas graduadas**¹⁸ de aproximación progresiva a una relación sexual completa. Deben llevarse a cabo en el domicilio conyugal y las dificultades son tratadas en la sesión terapéutica semanal. Las tareas graduadas deben ser complementadas con **terapia cognitiva** aplicada a las distorsiones que generalmente subyacen al trastorno y que son factores mantenedores del mismo. En la mayoría de los casos será necesario una **educación sexual** en ambos miembros de la pareja. Se centrará en ofrecer información sobre la anatomía y respuesta sexual humana, haciendo hincapié en los cambios que se producen durante la excitación sexual y el orgasmo. También deben ser tratados los mitos respecto a la sexualidad. En algunas ocasiones una correcta sesión informativa puede solucionar problemas sexuales de intensidad leve (p.e. miedo ante un embarazo).

En muchos casos la terapia sexual debe ser precedida por una **intervención en la pareja**, ya que la mejora en la comunicación, sobre todo en petición de cambios de conducta y expresión de sentimientos maximiza la eficacia en la terapia sexual.

Generalmente la terapia sexual se inicia con una sesión de educación sexual seguida por un entrenamiento en **focalización sensorial**⁹. Este tiene como objetivo crear inicialmente un clima de relajación y confianza que permita un mayor conocimiento sobre las preferencias de cada miembro de la pareja, fomentando la comunicación entre ellos. Esta técnica se puede utilizar como práctica real de las técnicas de comunicación entrenadas con anterioridad (sobre todo las que hacen referencia a expresión de sentimientos, petición de cambios de conducta y expresión de críticas).

- Primera fase (**focalización sensorial no genital**): se pide a la pareja que se inviten, alternativamente, a realizar caricias, mientras el otro miembro de la

pareja permanece en actitud pasiva, ofreciendo feedback verbal sobre las sensaciones que se van sintiendo, aquellas que son aversivas y realizando peticiones. Se pide a la pareja un compromiso de no realizar el coito ni de acariciar genitales ni senos de la mujer. La invitación deberá ser rechazada si no se desea, o si se empieza a manifestar sintomatología ansiosa. Si la sesión debe ser interrumpida por un aumento de la ansiedad será tratada posteriormente con el terapeuta. Se recomienda un mínimo de tres sesiones semanales. Se permite la automasturbación en solitario. En esta fase, la utilización de cremas favorece las sensaciones placenteras. En la sesión terapéutica se trabajarán las reacciones durante la exposición.

Las quejas más frecuentemente referidas durante la aplicación de las técnicas se centran en la poca espontaneidad de las conductas sexuales, la falta de tiempo debido a jornadas laborales intensas, cansancio, falta de intimidad (por la presencia de los hijos), dificultades para iniciar el contacto (generalmente en el cónyuge que presenta la disfunción) o si se ha llevado a cabo, la sensación subjetiva de poca competencia. Los pensamientos generados antes, durante y después de la exposición deben ser tratados con Restructuración Cognitiva. No se pasará a la siguiente fase hasta que la pareja haya conseguido disfrutar en varias ocasiones de la técnica.

En algunos casos de aversión fóbica la terapia de exposición graduada precederá a la focalización sensorial. Generalmente, en esta fase y en fobias al sexo, existen miedos irracionales sobre la propia respuesta sexual; por ello la prohibición en el coito disminuye de forma considerable la ansiedad anticipatoria.

- **Focalización sensorial genital** en la que se incluyen caricias en los genitales y senos de la mujer. Cuando la excitación aumenta se debe de cambiar de actividad, con el fin que disminuya la excitación, para posteriormente reiniciar las caricias. Se permite llegar al orgasmo al final de la sesión. Una vez han conseguido disfrutar en varias ocasiones de esta fase se introducirán las técnicas apropiadas a cada disfunción sexual.

En el tratamiento combinado de trastornos fóbicos y disfunciones sexuales, se debe establecer un orden prioritario de las diversas técnicas. En el caso de la fobia social, se planteará un primer objetivo encaminado a la posibilidad de relación interpersonal, y que llevará a la futura relación afectiva. Para ello, se adiestrará al paciente en técnicas de habilidades sociales y se expondrá a situaciones sociales, trabajando, de forma paralela, los pensamientos distorsionados. Una vez existe relación de pareja, se aplicará una sesión de información sexual y se utilizará la técnica de focalización sistemática. El paciente deberá registrar los pensamientos antes, durante y después de la exposición ya que serán trabajados a partir de reestructuración cognitiva. En el TP, se aplicará un tratamiento de respiración diafragmática, jerarquía de exposición, en el caso de agorafobia y pensamientos de afrontamiento. Paralelamente, se aplicarán la educación sexual, desensibilización sistemática y la técnica específica según la disfunción presentada.

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

- **DESEO SEXUAL HIPOACTIVO** (en el hombre y en la mujer): se caracteriza por la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual¹. La disfunción puede ser global o limitada a un compañero o situación sexual concreta. Aparece sobre todo en parejas con problemas de relación, en estados de estrés laboral y puede ser causa primaria de la disfunción eréctil y/o anorgasmia. Algunas enfermedades relacionadas con el dolor (artritis), debilidad, alteraciones neurológicas, hormonales y metabólicas pueden ocasionarlo. Se asocia a trastornos depresivos, formando parte tanto de la constelación de síntomas como existiendo como entidad independiente.¹ El tratamiento de elección irá encaminado a restablecer una actuación sexual gratificante para la pareja¹⁹.

El deseo hipoactivo es la alteración sexual más común en las mujeres y se relaciona con problemas de pareja de larga evolución, estados psicopatológicos

activos (fobia social) o a deficiencias personales (falta de habilidades sociales). El aumento de la ansiedad ante un contacto sexual potencial, genera conductas de evitación. En estos casos, es importante detectar el trastorno en presencia de un interés sexual, pensamientos o masturbaciones individuales. El tratamiento irá encaminado a tratar la causa primaria. Si las dificultades están en la relación de pareja, la mejora será suficiente para incrementar la atracción por el sexo. En algunos casos, las variables individuales son las que generan desánimo en la relación sexual. Lo que es normal/anormal, la escrupulosidad individual hacia determinadas conductas o la iniciativa en el número de relaciones puede ser motivo de desavenencia. Llegar a un pacto sobre el qué, cómo y cuándo puede ser útil, pero le resta espontaneidad a la relación sexual. Si el problema es secundario a una fobia social, se adiestrará al paciente en estrategias de habilidades sociales y exposiciones graduadas de tipo social. Paralelamente se deberán detectar la presencia de cogniciones distorsionadas sobre la relación sexual y que, en tal caso, deberán ser objeto de tratamiento. Si existen trastornos ansioso-depresivos, se optará por la opción con menor efecto yatrogénico.

- **TRASTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO:** se caracteriza por la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. La aversión puede ser hacia un aspecto particular del sexo o global. La intensidad de la reacción puede ser variable según el paciente, generando verdaderas fobias con episodios de pánico asociado. El trastorno es bastante resistente a las formas convencionales de terapia²⁰. En los casos en que se asocia a la fobia social, se deberá tratar de forma primaria la fobia a partir de la exposición graduada de situaciones sociales, entrenamiento en habilidades sociales, en caso necesario, y reestructuración cognitiva aplicada al problema social. Posteriormente se introducirán técnicas de exposición gradual. En casos de fobia al sexo se deberá detectar el factor precipitante y las variables que mantienen del trastorno. Se aplicarán técnicas de exposición gradual y paralelamente se trabajarán las distorsiones relacionadas con la fobia. En algunos casos será necesario una sesión inicial informativa.

TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL

- **ALTERACIÓN DE LA EXCITACIÓN SEXUAL** en la mujer se caracteriza por una dificultad en la respuesta física a la estimulación sexual (lubricación vaginal, dilatación) en ausencia de un deseo sexual alterado. En aquellos casos de etiología orgánica la aplicación de cremas o tratamientos hormonales puede solucionar el problema. Cuando existen factores psicológicos asociados se recomienda el uso de fantasías en aquellos casos en los que sea aceptado.
- **TRASTORNO DE LA ERECCIÓN EN EL VARÓN (DISFUNCIÓN ERÉCTIL):** es el problema más común entre los hombres que acuden a consulta. Las dificultades para mantener una erección se relaciona, en muchas ocasiones, con factores psicológicos (exigencia personal o de la pareja) que conllevan ansiedad sexual, y físicos (diabetes, medicación antihipertensiva,...). En muchas ocasiones, la atención la centran más en su propia respuesta sexual que por disfrutar del acto en sí. Existe, además, una distorsión de la percepción del placer¹⁹. En este trastorno se aplica la técnica de focalización sensorial. Generalmente, el hombre puede empezar a presentar erecciones ya en la focalización sensorial no genital, en estos casos el terapeuta debe animarle a que disfrute de las sensaciones que siente, que comunique a su pareja las zonas que más le excitan y que observe la excitación sexual del cónyuge. El empleo de lociones o de aceites puede aumentar las sensaciones de placer en la primera fase de la técnica. Si pasadas 2-3 semanas no se produce la erección deberán emplearse estrategias alternativas como fantasías sexuales, estimulación oral,...

Si las erecciones son regulares, se pedirá a la pareja que durante una de ellas cese la estimulación, para que aquella disminuya, reiniciando la estimulación posteriormente. Ello reforzará el trabajo cognitivo sobre la creencia que la pérdida de erección es irrecuperable. Esta pauta debe ser aplicada de 2 a 3 veces por sesión. Inicialmente, la eyaculación debe realizarse fuera de la vagina. Tras la aplicación práctica de la focalización sensorial se aplica la técnica de contención vaginal. En esta, la mujer introducirá el pene en su vagina durante un breve espacio de tiempo en la que la pareja debe centrarse en las sensaciones

que experimenta. Posteriormente se introducirá movimiento, avanzando hasta el coito completo.

TRASTORNOS ORGÁSMICOS

- **TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO:** se caracteriza por una ausencia o un retraso persistente del orgasmo tras una fase de estimulación sexual normal.¹ Algunas mujeres pueden tener un orgasmo a partir de la autoestimulación. Es necesario valorar esta posibilidad ya que puede ser utilizada en la terapia. La disfunción orgásmica se relaciona con relaciones de pareja conflictivas. Es necesario evaluar si la mujer ha alcanzado alguna vez el orgasmo. La presencia de una excitación intensa que cede después y/o la presencia de contracciones de la musculatura vaginal induce a pensar que la mujer es orgásmica. A largo plazo puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en las relaciones. Se observa mayor prevalencia en mujeres jóvenes. La capacidad orgásmica mejora con la edad y el mejor conocimiento del propio cuerpo. Por ello es difícil su pérdida. Cuando sucede, suele estar relacionado con problemas de comunicación, situación traumática, trastorno de estado de ánimo, efecto secundario de un fármaco o enfermedad médica.¹

El tratamiento dependerá de la naturaleza del problema. Si la anorgasmia es primaria se deberá aplicar un programa de masturbación seguida de la focalización sensorial. Si es situacional se empezará por la segunda técnica. Si la disfunción persiste tras la aplicación correcta de las técnicas se recurrirá a estrategias alternativas (p.e. vibrador), siempre que sean aceptadas por los dos miembros de la pareja. Tras la consecución del orgasmo durante la focalización genital de forma regular, se puede aplicar la maniobra del puente (Kaplan, 1976)¹⁸ para alcanzar el orgasmo durante el coito. Consiste en la estimulación del clítoris durante la contención vaginal, combinándola con movimientos pélvicos lentos. Cuando la mujer siente cercano el orgasmo debe iniciar movimientos rápidos contra la pelvis de su pareja hasta conseguir el orgasmo por estimulación indirecta del clítoris.

- **TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO:** es un problema poco frecuente y se caracteriza por una ausencia/retraso de la eyaculación y/o del orgasmo. En algunos casos se debe estimular durante un tiempo excesivo para que se de la eyaculación y, en otros, la eyaculación pasa a la vejiga (eyaculación retrógrada). La eyaculación puede darse en determinadas situaciones (masturbación, durante el sueño, pero no en el contexto sexual). Algunas enfermedades neurológicas pueden causar la disfunción. Generalmente existen variables psicológicas que generan conductas de evitación. En pacientes de edad, el tiempo necesario de estimulación para llegar al orgasmo es mayor. Ello puede causar desesperanza y progresivamente abandonar las conductas sexuales por una atribución de poca capacidad. En ambas situaciones debe existir un abordaje psicológico.

Se inicia el tratamiento con un entrenamiento en masturbación que se centrará en la exploración de los genitales y área circundante, para detectar las zonas de mayor sensibilidad. El inicio de la masturbación se pueden utilizar lociones que incrementan las sensaciones placenteras. Inicialmente la masturbación ha de ser individualizada, en aquellos casos en los que no ha habido eyaculación. Posteriormente se introducirá a la pareja, aplicando un programa de focalización sensorial. Inicialmente se eyaculará fuera de la vagina y se irán realizando aproximaciones progresivas, para finalmente penetrar a la pareja cuando esté próximo a eyacular. La posición superior facilita la estimulación del glande, así como, la presencia voluntaria de contracciones musculares de la mujer.

- **EYACULACIÓN PRECOZ:** se caracteriza por la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente en respuesta a una estimulación mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee¹ Se relaciona con factores poco realistas acerca de la actuación del hombre durante el acto sexual. Experiencias sexuales en lugares poco adecuados, épocas de estrés o periodos largos de abstinencia sexual pueden conllevar la aparición del trastorno, que no deberá ser tratado, como tal, a menos que la eyaculación sea involuntaria y persistente en el contexto de una relación sexual adecuada.

El tratamiento irá encaminado a conseguir, que el hombre sepa detectar el momento en que la eyaculación es ya inevitable y, por tanto, sea capaz de prolongarlo. En este caso se aplica la **técnica de Parada-Arranque** (Semans,1956)¹⁹. Se adiestra a la pareja en la técnica de focalización sensorial. Inicialmente el hombre disfruta de las sensaciones de placer que su pareja le proporciona, adoptando una actitud pasiva. En algunos casos existe alguna resistencia en esta situación por la actitud de pasividad poco tolerada por algunos hombres. Una vez alcanza cierto nivel de excitación la pareja deja de estimular disminuyendo la excitación. Tras un par de minutos se reinician las caricias y se aplica el mismo procedimiento. En la cuarta situación se permite la eyaculación. Otra técnica utilizada es la de **compresión** ((Masters y Johnson, 1970)¹⁹. Se inicia la estimulación del hombre, permaneciendo este pasivo, cuando está muy excitado lo comunica a su pareja, que ejercerá una compresión firme del pene durante 15-20 segundos con sus dedos, esto inhibirá el reflejo de eyaculación. Esta técnica se repite varias veces y en la cuarta se debe permitir la eyaculación. Estas dos técnicas permiten al hombre obtener un mayor control de la eyaculación y centrarse en las sensaciones de excitación. Es necesario que durante la aplicación de la técnica se acabe sin presentar ansiedad. Una vez aumentado el control eyaculatorio se procede a iniciar la contención vaginal, situándose la mujer en posición superior e introduciendo el pene en su vagina. Ello permite liberar al hombre de la responsabilidad de la penetración y permite que se centre solo en las sensaciones placenteras.

TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

- **DISPAREUNIA:** se caracteriza por la presencia de dolor durante el coito.¹ Puede ser de tipo superficial o profundo. En el primer caso, se relaciona con infecciones vaginales y quistes, y en el segundo puede ser secundario a endometriosis. Aunque pueden haber factores psicológicos asociados, en la dispareunia es necesaria una exploración ginecológica exhaustiva. En el hombre se caracteriza por la sensación de ardor en la uretra tras la eyaculación, generalmente causada por una infección. En la dispareunia. el dolor durante el coito también se relaciona con causas físicas.

Aunque el origen de la dispareunia sea orgánico, la focalización sensorial y un entrenamiento en contención vaginal, sobre todo en posiciones que impliquen una menor penetración, favorecerán una mejora del trastorno. Cuando existen factores psicológicos asociados será necesario trabajar además en terapia cognitiva.

- **VAGINISMO:** se caracteriza por dolor importante producido por espasmos de los músculos vaginales y que dificulta la penetración, siendo la respuesta sexual normal. Suele ser un problema primario, aunque puede darse tras la presencia de una infección o intervención quirúrgica. El trastorno es más frecuente en mujeres jóvenes, con actitud negativa hacia el sexo, y con una historia de abuso sexual. Se relaciona con ideas distorsionadas sobre la anatomía de la mujer, por ello, la terapia se inicia por una educación sobre la anatomía vaginal. La mujer debe examinar con un espejo e identificar las diferentes partes que conforman sus órganos sexuales. Durante esta fase se adiestra a la mujer para realizar los ejercicios de Kegel. Estos se basan en realizar sucesivas contracciones con los músculos del suelo pélvico, para aumentar la sensación de control de la musculatura. Si la paciente presenta dificultades para detectar la contracción muscular se le puede pedir, que cuando haga micciones, detenga el flujo varias veces. Seguidamente se procede a la introducción de un dedo en la vagina. Debe realizarse varias veces, y si no presenta ansiedad, se inician movimientos. En la siguiente fase, y tras realizar focalización no genital, el compañero, siempre guiado por su pareja, explora los genitales de la misma e introduce un dedo en el interior de la vagina; posteriormente introducirá un segundo dedo. Cuando haya reducido la ansiedad se procederá a realizar movimientos en el interior. Seguidamente se aplica la técnica de contención vaginal utilizando inicialmente un lubricante para facilitar la penetración, y siendo la mujer quien introduzca el pene en su vagina. Se irán añadiendo elementos de movimiento y diversas posturas de penetración.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Sattistical manual of Mental Disorder. Fourth edition. Washington,DC: American Psychiatric Association; 1994:505-528.
2. Laumann Edward O, Paik Anthony, Rosen Raymond. Sexual dysfunction in the United Sattes: prevalence and predictors. JAMA, 1999; vol. 281(6):537-544.
3. Simons Jeffrey S, Carey Michael P. prevalence of sexual dysfunctions:results from a decade of research. Archives of sexual behavior. 2001. vol. 30(2):177-217.
4. Lightner deborah J. female sexual dysfunction. Mayo Clinic proceedings 2002; 77(7):698-702.
5. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. N. Engl. J Med. 1978;299:111-115.
6. Spector P, Varey MP. Incidencia and prevalence of the sexual dysfunction: a critical review of the empirical literature. Arch. Sex. Behav. 1990;19:389-408.
7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichriston DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J. Urol 1994; 151:54-61.
8. Bobes J, Bousoño M, Calcado A, González MP. Trastorno de estrés postraumático. barcelona: Masson 2000.
9. Pellicer X. Terapia Sexual. Publicaciones ISEP. 1996.
10. Kaplan HS. Intimacy disorders and sexual panic states. J. Sex Marital Ther. 1988; 14 (1):3-12.
11. Patterson DG, O'Gorman EC. Sexual anxiety in sexual dysfunction. Br J Psychiatry. 1989, 155:374-378.
12. Figueira I, Possidente E, Marques C, hayes K. sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. Archives of sexual behavior. 2001, vol. 30(4):369-377.
13. Kaplan HS. Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder. Brunner/Mazel. New York. 1987.
14. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. J. public health Med. 1997, 4:387-391.
15. Shabsighh R, Zakarie L, Anastasiadis AG, Seidman AS. Sexual dysfunction and depresion: etiology, prevalence and treatment. Current Urology reports. 2001, 2(6):463-467.
16. Leary MR, Dobbins SE. Social anxiety, sexual behavior and contraceptiveuse. J. Pers. Soc. Psychol. 1983, 45:1347-1354.
17. Tignol J, Martin C, Auriacombe M, Grabot D, Pujol H, Gorse F, Gouget JF. Case study-relationship between prevalence of shyness, social phobia and avoidant personality in male sexual disorders. Encephale 2001; 27(5):418-22.
18. Sanz-Carrillo C, Sanchez Blanque A, Garcia-Campayo JJ. Assessment of sexuality in patients diagnosed as having an anxiety attack-induced disorder (sexuality in patients with anxiety-induced disorder). Actas luso esp. neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1994 22(3):131-136.
19. Hawton K. Terapia Sexual. Publicaciones ISEP. 1996.
20. Creshaw TL. The sexual aversion syndrome. J Sex marital Ther. 1985; 11(4):285-292.