

Las Disfunciones Sexuales **Lic. Ezequiel López Peralta**

¿Qué es una Disfunción Sexual?

Existe una disfunción sexual cuando se alteran una o más fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, orgasmo o resolución, impidiendo la realización normal del acto sexual de modo satisfactorio para sus actores.

La fase de *deseo* está ligada a la producción de fantasías (pensamientos) sexuales y eróticas, dando lugar al interés de llevar a cabo algún tipo de actividad relacionada con esa fantasía.

La fase de *excitación* es fundamentalmente vascular, ya que se congestiona la zona pelviana llenándose de sangre y produciendo la erección en el varón y la lubricación y dilatación vaginal en la mujer.

La tensión sexual que aumenta progresivamente en la fase de excitación llegando a la fase de *meseta* (excitación máxima), y luego se produce el *orgasmo* que consiste en una serie de contracciones musculares rítmicas coincidentes con la expulsión de semen en el varón y la eyaculación femenina en la mujer, junto con una sensación muy placentera y gratificante.

La fase de *resolución* consiste en el retorno al estado inicial de todas aquellas modificaciones que pudieron producirse en los órganos genitales y en el resto del cuerpo.

El esquema explicado anteriormente no es un mecanismo perfecto, ya que las fases de la respuesta sexual pueden alterar su orden, saltarse o suspenderse.

Las Disfunciones Sexuales del varón y la mujer

Las Disfunciones Sexuales se ubican en las diferentes fases de la respuesta sexual. Puede verse alterada una sola fase o varias de ellas.

FASE DE DESEO

Cuando el trastorno se da en la fase de deseo nos encontramos con el DESEO SEXUAL INHIBIDO O HIPOACTIVO y el DESEO SEXUAL HIPERACTIVO o ADICCIÓN SEXUAL tanto en el varón como en la mujer.

Deseo sexual hipoactivo:

El Deseo Sexual Hipoactivo (DSH) constituye uno de los trastornos más complejos de la clínica sexológica, tanto en lo que respecta a la identificación correcta de sus causas como a su tratamiento.

Un 60 por ciento de las parejas que consultan al especialista en sexualidad humana lo hacen por este tema.

Este cuadro consiste en la disminución o ausencia de fantasías sexuales y de las ganas de involucrarse en algún tipo de actividad sexual.

En general se trata de personas que prácticamente no piensan en el sexo de modo placentero, evitan las relaciones sexuales no porque les produzcan ansiedad o rechazo, sino por falta de interés. El funcionamiento sexual suele ser deficiente, tanto en lo que respecta a la fase de excitación como de orgasmo.

Las causas son complejas, y pueden involucrar factores físicos (enfermedades, uso de medicamentos, dolor), psicológicos (stress, depresión, preocupaciones, termostato sexual bajo, pensamientos negativos), vinculares (relaciones disfuncionales, discusiones, violencia, cortejo pobre o inadecuado, déficit en la comunicación, infidelidad), y sociales (exigencias estéticas y personales desmedidas, crisis socioeconómica, falta de información, etc.).

El diseño del tratamiento se realiza teniendo en cuenta las causas que están operando en el paciente en el momento de la consulta. Por ejemplo si de acuerdo con el diagnóstico del profesional el cuadro de inhibición del deseo sexual es secundario a una depresión, habrá que tratar primero esa patología; si es producto de una enfermedad médica como el hipotiroidismo, es necesario el abordaje de la enfermedad y evaluar posteriormente si el deseo mejoró; si creemos que la causa está relacionada con el consumo de un determinado fármaco, el médico verá la posibilidad de sustituirlo por otro que tenga una acción menos perjudicial sobre la esfera sexual, disminuir la dosis, suspenderlo temporariamente, utilizar antídotos, etc.

Si en cambio el terapeuta sexual encuentra ciertas causas inmediatas (es decir mecanismos psicológicos, conductuales o de la interacción presentes en la escena sexual) en la base del trastorno, trabajará para su rápida modificación.

Deseo Sexual Hiperactivo o Adicción Sexual:

En este cuadro no existe control sobre el deseo sexual, el cual se impone a la voluntad de la persona y por lo tanto no permite una vida saludable. El impulso sexual domina a la mente y prevalece sobre otro tipo de intereses (laborales, afectivos, pareja, etc.) impidiendo desarrollarse en esos aspectos. Satisfacer el deseo sexual, que por otro lado es insaciable, se convierte en una pesadilla porque todo el resto pasa a segundo plano. El rendimiento laboral, intelectual, las relaciones sociales y de pareja no pueden desenvolverse de manera normal y eso provoca sufrimiento psíquico en la persona y su entorno.

La Adicción Sexual es cada vez más común en una sociedad que fomenta las adicciones y el “todo ya”, aunque específicamente este tipo de adicción se da con mucha más frecuencia en varones que en mujeres. La “ninfomanía” (Adicción Sexual femenina) es más una fantasía de los varones que una realidad clínica.

El tratamiento de este trastorno no necesariamente debe estar en manos de un especialista en sexualidad, pero sí de un equipo con un médico psiquiatra que indique tratamiento farmacológico y de psicoterapeutas para trabajar en los aspectos psicológicos.

FASE DE EXCITACIÓN.

Cuando el trastorno aparece en la fase de excitación se presenta la Disfunción Sexual Eréctil en el varón y la Disfunción Excitatoria Femenina (mal llamada frigidez) en la mujer. En ambos casos, la insuficiente vasocongestión dificulta la función eréctil en el varón y la lubricación y dilatación vaginal en la mujer.

Disfunción Sexual Eréctil:

La Disfunción Eréctil es la incapacidad para lograr y/o mantener una erección suficientemente rígida para la penetración hasta la finalización del acto sexual.

A pesar de ser un cuadro frecuente, se calcula que solamente el 11% de esos varones consultan a un profesional para tratarse.

Para referirnos a las causas es absolutamente necesario utilizar un enfoque interdisciplinario, y hablamos de una causalidad predominantemente física o predominantemente psicológica.

Las causas físicas más comunes son vasculares (hipertensión arterial, tabaquismo, fuga venosa), neurológicas (diabetes, esclerosis múltiple, alcoholismo, fracturas pélvicas), hormonales, quirúrgicas (operaciones de próstata, vejiga), medicamentosas (psicofármacos, antihipertensivos), entre otras.

Con respecto a las causas psicológicas, encontramos en la base de la Disfunción Eréctil algunos trastornos psiquiátricos (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia), factores vinculares (hostilidad conyugal, incompatibilidad sexual, crisis conyugales), mecanismos psicológicos presentes en la relación sexual (ansiedad anticipatoria, temor al fracaso, incapacidad para abandonarse a la experiencia sexual, monitoreo permanente de la función eréctil), factores ligados a la educación sexual (información falsa, degradación de la sexualidad, autoexigencia), entre otras.

Trastorno de la Excitación Sexual en la mujer:

El Trastorno de la Excitación Sexual en la mujer consiste en la dificultad para obtener una respuesta de excitación (lubricación y dilatación de la Vagina) suficiente para llevar adelante una relación sexual completa y satisfactoria.

En épocas pasadas se denominaba “frígida” a la mujer que tenía problemas para excitarse, y actualmente se ha abandonado esta denominación desde la ciencia por ser incorrecta y peyorativa (aunque desde el sentido común sigue siendo utilizada).

El Trastorno de la Excitación Sexual en la mujer es poco frecuente, a diferencia de la alta frecuencia registrada en el trastorno correspondiente a la fase de excitación en el varón (Disfunción Eréctil).

Como ocurre con el varón, factores médicos y psicológicos están presentes en mayor o menor medida en este cuadro.

Las causas físicas más habituales son: bajo nivel de estrógenos después de la menopausia, trastornos neurológicos ((lesiones o enfermedades del Sistema Nervioso Central, diabetes, alcoholismo, etc.), trastornos endocrinos, infecciones vaginales, medicaciones (psicofármacos y otras).

Dentro de las causas psicológicas, encontramos las siguientes: ansiedad por el rendimiento (la mujer está preocupada por su rendimiento sexual lo cual dificulta su relajación), rol de espectador (la mujer monitorea su respuesta de excitación bloqueando los reflejos que constituyen esa respuesta), inadecuada estimulación física (la pareja estimula a la mujer poco tiempo, de manera apresurada, directamente en la zona genital, o de una forma diferente a la que ella espera); comunicación deficiente respecto de lo que excita y lo que enfría a los miembros de la pareja.

FASE DE ORGASMO

En la fase orgásmica tenemos en el varón Eyaculación Precoz; Eyaculación Retardada o Aneyaculación entre otros, y en la mujer Anorgasmia o Retardo Orgásmico.

Eyaculación Precoz:

Las definiciones de Eyaculación Precoz han ido variando a lo largo de las épocas. En algún momento se pudieron establecer criterios temporales que definían objetivamente lo que era una duración coital normal o anormal. Hoy pensamos que un varón presenta esta disfunción cuando eyacula antes de lo que desea, es decir que no tiene un control voluntario del momento de su eyaculación. Por supuesto que para hacer el diagnóstico de Eyaculación Precoz las dificultades deben ocurrir con regularidad.

La mayoría de las veces se trata de un trastorno primario, es decir que el individuo lo padece desde el inicio de la actividad sexual, manteniéndose o agravándose hasta el momento en que se decide la consulta.

Los factores que provocan el problema son varios, y a veces se presentan de forma simultánea.

Quizás el más importante esté ligado al aprendizaje. Desde este punto de vista se piensa que la Eyaculación Precoz es producto de un mal aprendizaje del control de la respuesta orgásmica. En este sentido son determinantes las experiencias masturbatorias de la adolescencia y las primeras relaciones sexuales. Habitualmente encontramos que estos varones han desarrollado un hábito de autoestimulación particularmente rápido, tratándose de una mera descarga sin buscar la manera de prolongar el placer de la excitación previa al orgasmo. A veces circunstancias prácticas (falta de tiempo, espacio, etc.) y la culpa por la masturbación dan forma a ese hábito. Lo mismo ocurre con las primeras experiencias sexuales. Si se dan de manera rápida, como ocurre con las relaciones sexuales con prostitutas, en un auto, en un lugar donde puede llegar alguien sorpresivamente, etc., también determinan un hábito coital. En síntesis, por uno u otro motivo se crea una mala costumbre que luego la persona por sus propios medios no puede invertir.

El otro factor absolutamente relevante es la ansiedad por el rendimiento sexual, entendida como la preocupación marcada por no eyacular. Tengamos en cuenta lo siguiente: no hay control posible si no percibo claramente las sensaciones que mi cuerpo me transmite. La regulación normal de la excitación sexual se lleva a cabo modificando las condiciones (estímulos sexuales) de acuerdo con la información que recibimos del estado de nuestra excitación. La ansiedad, además de acelerarnos involuntariamente, se caracteriza porque el individuo está tan preocupado y tenso por no eyacular y tan pendiente de la excitación de la mujer, que no siente lo que pasa con su cuerpo y cuando quiere tomar conciencia ya es demasiado tarde y no hay nada que hacer. Por esto decimos que la persona con eyaculación precoz no sufre de un exceso de excitación, sino de un exceso de ansiedad.

Eyaculación Retardada o Aneyaculación:

En este caso tampoco hay control de la eyaculación, pero al contrario de la Eyaculación Precoz el varón eyacula mucho tiempo después de lo deseado o incluso no puede eyacular.

No es el problema más frecuente en los varones, ya que habitualmente la dificultad radica en no poder contenerse.

A veces es producto de otra disfunción sexual, por ejemplo disminución del deseo o de la firmeza eréctil.

Las causas psicológicas más frecuentes son: hábitos masturbatorios no convencionales, por ejemplo presionar fuertemente el Pene con las manos o contra el colchón, de modo tal que las paredes de la Vagina no presionan ni estimulan lo necesario para provocar la eyacuación al estar acostumbrado a un estímulo más intenso; también la ansiedad por el rendimiento, incapacidad para relajarse, incompatibilidad sexual, dificultades de pareja, depresión u otros trastornos psicológicos.

Las causas físicas que encontramos son dosis altas de alcohol, narcóticos y sedantes; antidepresivos Tricíclicos e IRSS; trastornos neurológicos producidos por lesiones, accidentes, cirugías o enfermedades (diabetes, alcoholismo, hernia de discos, esclerosis múltiple).

Disfunción Orgásmica Femenina:

La Anorgasmia o Disfunción Orgásmica Femenina, es una de las consultas y preocupaciones más comunes en las mujeres y sus parejas. Se trata de la ausencia o retraso en la respuesta orgásmica tras una fase de excitación sexual normal y la presencia de estimulación efectiva. Estas mujeres en general tienen un interés sexual normal, se excitan sin dificultades y llegan hasta la fase de meseta (máxima excitación sexual) sin poder “gatillar” el orgasmo, es decir que no se desencadena el reflejo. Es importante señalar que las mujeres que no alcanzan el orgasmo solamente con la estimulación coital pero sí con la ayuda de otros medios (manual, oral, uso de un masajeador eléctrico, etc.) no son anorgásmicas. De hecho, según las conclusiones de varios estudios sólo 3 de cada 10 mujeres consiguen su orgasmo con el estímulo exclusivo de la penetración vaginal, sin estimulación clitorídea directa.

Este trastorno lo sufre la mujer por no poder completar el ciclo de su respuesta sexual, y el varón por sentirse responsable del problema y “poco útil en su rol de hombre”. Para la mayoría de las parejas, el orgasmo femenino no sólo indica la satisfacción sexual experimentada por ella, sino también la habilidad sexual de él.

La mayoría de las mujeres que tienen este problema, no han aprendido a conocer sus puntos físicos sensibles y la manera de estimularlos, habiendo tenido la mayoría una experiencia masturbatoria pobre en cantidad y calidad. El orgasmo es una respuesta refleja desencadenada por los estímulos proporcionados de manera efectiva. Por lo tanto, si la mujer no sabe qué parte de su anatomía física y genital estimular y de qué manera hacerlo, no podrá alcanzar el orgasmo sola ni transmitirle a su pareja cómo estimularla adecuadamente. La pareja por su parte, difícilmente pueda adivinar cuales son los medios que conducen al orgasmo, ya que los métodos de estimulación sexual del varón y de la mujer son esencialmente distintos.

Es común también en la mujer con este problema, la ansiedad por el rendimiento (ya descrita en otras disfunciones) y la hipervigilancia de la propia respuesta sexual, que impiden el abandono a la experiencia sexual y bloquean el “gatillo” orgásmico.

Por último, en algunos casos la Disfunción Orgásmica Femenina es producto de la inadecuada o insuficiente estimulación sexual por parte de la pareja, a veces sostenida por la complicidad que proporciona la ausencia de diálogo sexual.

Las causas físicas son poco comunes. Algunas de ellas son: dosis altas de alcohol, narcóticos y sedantes; antidepresivos Tricíclicos e IRSS; trastornos neurológicos producidos por lesiones, accidentes, cirugías o enfermedades (diabetes, alcoholismo, hernia de discos, esclerosis múltiple).

OTROS TRASTORNOS SEXUALES

Fobias Sexuales:

Como toda fobia consiste en un temor irracional a un determinado estímulo y la respuesta de evitación del mismo, en este caso el contacto sexual o un aspecto en particular del encuentro íntimo. En las Fobias Sexuales Generalizadas existe ansiedad ante el acto sexual en sí, en cualquiera de sus manifestaciones. En las Fobias Sexuales Específicas se trata de una conducta o situación puntual como por ejemplo la penetración, el sexo oral, los genitales u otras partes del cuerpo, la masturbación, los olores, etc.

El origen de las Fobias Sexuales puede estar relacionado con una situación traumática particular o con una educación sexual represiva.

Vaginismo:

Es la contracción involuntaria de los músculos que rodean la entrada de la Vagina y que impide la penetración. Se produce cuando el Pene o algún objeto intentan ingresar en la Vagina, dando lugar a un reflejo condicionado (respuesta automática aprendida) que la mujer no puede controlar.

Habitualmente se trata de un trastorno presente desde el inicio de la actividad sexual. En algunos casos es síntoma de una Fobia Sexual (general o a la penetración), y en otros una respuesta aprendida producto de la falta de información, el temor al dolor, inexperiencia sexual o un inicio sexual insatisfactorio. A veces (aunque de modo poco frecuente) se presenta luego de un período de tiempo de actividad sexual satisfactoria como consecuencia de dolores por causas médicas, situaciones traumáticas, trastornos psicológicos o del vínculo de pareja.

Las mujeres con Vaginismo tienen una buena capacidad sexual para excitarse e incluso alcanzar el orgasmo. Su problema es específicamente la penetración.

El Vaginismo es la causa principal de los Matrimonios No Consumados.

TRASTORNOS SEXUALES QUE NO ESTÁN EN LOS MANUALES

Incompatibilidad sexual:

La pareja no coincide con las expectativas sexuales (el llamado “mapa de amor”) de la persona. Por lo tanto el deseo sexual y la respuesta sexual se ven comprometidos al no resultar el otro atractivo para uno. Para ser claro, no coinciden las preferencias sexuales (características físicas, personalidad, comportamiento sexual) con las particularidades del compañero/a. Suele ser común en las parejas que no se eligieron por la atracción sexual sino por otros factores: seguridad afectiva, deseo de formar una familia, presiones externas, etc.

Discronaxias sexuales:

Hay un desacuerdo entre las necesidades de frecuencia sexual entre los miembros de la pareja. Uno de ellos desea una frecuencia más alta y el otro más baja. Si no hay una modalidad funcional de comunicación esta discrepancia puede conducir a acusaciones mutuas de ser enfermo (por falta o por exceso) y así el alejamiento es cada vez mayor. En general encontramos que ninguno de los dos es “enfermo”, sino que se encuentran ubicados en los dos polos opuestos del deseo sexual normal: uno en el “normal alto” (deseo sexual alto, buena respuesta sexual y búsqueda de estímulos sexuales) y otro en el “normal bajo” (buena respuesta sexual, presencia de fantasías sexuales aunque menos frecuentes y no búsqueda de relación sexual pero sí respuesta ante el estímulo sexual).

En la terapia psicológica se trabaja para esclarecer criterios de normalidad y anormalidad, y en el búsqueda de un acuerdo que concilie las diferencias entre los miembros de la pareja.

Síndrome del viudo:

Situación característica de varones que luego de enviudar retoman su actividad sexual topándose con dificultades que en general involucran a la capacidad para lograr o mantener una erección. La angustia, tristeza, sentimientos de culpa o duelos no elaborados son causa de este trastorno, aunque llama la atención que estos varones no suelen darse cuenta de la relación entre sus sentimientos y la dificultad sexual. Parten de la premisa de que “El varón debe funcionar siempre, en cualquier situación y con cualquier mujer” de modo tal que no hay chance de fracasar aunque racionalmente lo esperable es exactamente lo

contrario. Incluso conocemos casos en los cuales el intento de relación sexual se produce casi inmediatamente después del fallecimiento de la mujer.

Disfunción Eréctil por uso de preservativo:

Hay varones que tienen una disfunción eréctil selectiva, se produce solamente cuando utilizan preservativo. Por supuesto que no se trata de un problema menor, ya que el uso de preservativo es parte fundamental del cuidado propio y de la pareja tanto como método anticonceptivo como para prevenir el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual. Al colocárselo, o luego de los primeros movimientos coitales, pierden erección porque “se corta el clima” o “no tengo sensaciones”.

Hay una relación todavía conflictiva entre el preservativo y el placer, lo que genera una resistencia para su utilización efectiva (en todas las relaciones sexuales y desde el comienzo de la penetración vaginal o anal). En el consultorio sexológico los pacientes preocupados porque pierden la erección al colocarse el preservativo son muchos, y por supuesto que la alternativa que encuentran habitualmente es no usarlo o sino la abstinencia sexual.

¿Qué posibilidades tenemos para resolver este dilema?

Una muy interesante es la que los sexólogos proponemos desde hace tiempo: erotizar el condón. Esto es, que el acto de colocarlo no implique un corte del acto sexual, un antes y un después, sino una continuidad, en la cual incluso tenga un papel erotizante.

También aprender a descentrar el erotismo de la zona genital y erotizar otras zonas erógenas y otros sentidos, de modo tal de que no sean los genitales la única fuente de placer y excitación.

Matrimonios no consumados:

Por diferentes motivos la pareja no logra consumar el acto sexual. Las causas de Matrimonios no consumados son Vaginismo, Fobias Sexuales, Deseo Sexual Hipoactivo Grave, y en menos medida Eyaculación Ultraprecoz y Disfunción Eréctil Grave.

Los matrimonios con este problema consultan en algunos casos cuando recién perciben la presencia de un trastorno, y en otros mucho tiempo después (por ejemplo cuando quieren ser padres). El tratamiento se diseña de acuerdo a la causa diagnosticada por el especialista.

Trastornos del cortejo:

Se trata de la dificultad para seducir a la persona deseada, ya sea por ausencia de habilidades para el cortejo o por timidez y ansiedad ante la situación

de acercamiento erótico. A veces es una de las manifestaciones de un trastorno psicológico frecuente, la Fobia Social.

El tratamiento puede ser individual o grupal, y el objetivo es transmitir habilidades prácticas para el acercamiento y la seducción, y métodos para el control de la ansiedad.

Algunas clasificaciones para tener en cuenta

¿Primario o secundario?

Éste ítem hace referencia al momento de inicio de la Disfunción Sexual. Si la persona la padece desde el inicio de la actividad sexual entonces se trata de un trastorno “primario”. Si al contrario aparece luego de un período de actividad sexual satisfactoria es “secundario”.

¿Generalizado o situacional?

Un trastorno “generalizado” se manifiesta en todas las situaciones de relación sexual. Un trastorno “situacional” es específico a una situación determinada y el funcionamiento sexual es satisfactorio en otras situaciones. Por ejemplo el problema se presenta en la pareja estable y no en la relación paralela; o se produce en situaciones predecibles y no en actos espontáneos, etc.

Gravedad del trastorno

La gravedad del trastorno depende de la frecuencia con que se presenta. Si aparece una de cada cuatro veces (25%) es “leve”; dos de cada cuatro veces (50%) “moderado”; tres de cada cuatro veces (75%) grave; cuatro de cada cuatro veces (100%) “severo”.

También debemos considerar el tiempo de evolución del trastorno. En general para diagnosticar una Disfunción Sexual como tal la dificultad debe aparecer durante un período de tres a seis meses como mínimo.

¿Psicológico u orgánico?

Aquí entramos en terreno de polémicas. Hoy la mayoría de los expertos pensamos que los trastornos no son totalmente psicológicos o físicos. Nos referimos en términos de “predominantemente psicológicos” o “predominantemente orgánicos”. Los conocimientos del profesional, su experiencia y las diferentes pruebas diagnósticas que implementa son las herramientas para precisar el diagnóstico y planificar la intervención.