

Trastorno orgásmico femenino.

FUENTE: PSIQUIATRÍA NOTICIAS. 2005; 7(3)

Yolanda Navarro Abal*; **Esperanza Torrico Linares****.

*Profesora de la Universidad de Huelva

**Profesora Titular de la Universidad de Huelva

Resumen

Las disfunciones sexuales son problemas frecuentes que pueden presentarse en la vida de las personas, y que provocan conflictos y problemas emocionales en las personas que las padecen así como a sus parejas. La mayoría de éstas disfunciones no tienen una causa física, sino que son debidas a factores psicológicos en los que intervienen la historia de aprendizaje, la cultura, la autoestima, la postura hacia las relaciones sexuales, etc.

El trastorno orgásmico femenino es una de las disfunciones que aparecen con mayor frecuencia en la población femenina. En la actualidad se llevan a cabo diferentes técnicas de intervención para paliar esta disfunción. En este trabajo se realiza una descripción del trastorno y diferentes pautas de intervención.

Definición

Antes de la década de los años setenta, se utilizaba de manera generalizada el término frigidez para referirse a diversos trastornos sexuales de la mujer. El término incluía desde la falta de orgasmos hasta el desinterés por el sexo y la inhibición de la excitación sexual. A partir de los libros de William Masters y Virginia Johnson (Insuficiencia Sexual Humana, 1970) y de Helen Kaplan (La Nueva Terapia Sexual, 1974), para referirse y aludir a las mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo, se comenzó a utilizar el término "disfunción orgásmica" o "anorgasmia" (actualmente existen algunos autores que dicen que sería más propio hablar de "inhibición orgásmica femenina").

El significado de la palabra anorgasmia proviene de la unión del prefijo an que proviene del griego y es la forma que toma el prefijo a , denotando privación o negación y del término orgasmo que proviene del griego orgasmos que significa "la culminación del placer sexual o la exaltación de la vitalidad de un órgano".

Etimológicamente, la "disfunción orgásmica", está compuesta de la combinación de las palabras "disfunción" y "orgasmo". La primera de ellas, a su vez está compuesta de la unión de la palabra griega "dis", "que indica "actos defectuosos"; con la palabra latina functio que significa "cumplimiento,

ejecución (de algo), pago (de un tributo), derivado de fungi "cumplir (con un deber, una función)". En tanto que "orgasmo" es un derivado culto del griego organ "desear ardientemente", derivado de orgh "agitación, irritación".

Todos los autores revisados concuerdan al definir anorgasmia como un bloqueo, imposibilidad o incapacidad para alcanzar un orgasmo tras una respuesta excitatoria normal. De esa manera, para Masters y Johnson (1), la anorgasmia es la "incapacidad de una mujer para alcanzar el orgasmo".

Helen Kaplan (2) define el término disfunción orgásmica como "una inhibición específica del componente orgásmico de la respuesta sexual". Para dicha autora, las mujeres que sufren sólo de un bloqueo del componente orgásmico de la respuesta sexual poseen a menudo un intenso impulso sexual. Puede que no muestren ninguna inhibición importante de los sentimientos eróticos ni del componente vasocongestivo de la respuesta sexual; no tienen por qué tener una falta de deseo sexual. Sin embargo, las mujeres anorgásmicas "se bloquean" en la fase de meseta de la respuesta sexual, o cerca de ella.

A la anorgasmia o disfunción orgásmica, la American Psychiatric Association (APA) la denomina en el manual DSM-III "Orgasmo femenino inhibido". En la actualidad la definición más aceptada y utilizada por diversos autores es la ofrecida por la APA en el manual DSM-IV-R que lo llama "Trastorno orgásmico femenino", para cuyo diagnóstico aporta tres criterios fundamentales: La característica principal viene recogida en el criterio A como "una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal". Naturalmente el orgasmo debe ir precedido de una fase de excitación sexual anterior que desencadene en el orgasmo ya que de otro modo podría tratarse de un trastorno de excitación y no de orgasmo. Además, en dicho criterio se especifica 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. Este criterio prioritario debe ser complementado por otros dos criterios secundarios, el criterio B según el cual dicha alteración provoque malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y el criterio C en el que se especifica que el trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Epidemiología

La anorgasmia, en sus diferentes tipos, es el trastorno sexual femenino más ampliamente difundido, constituyendo en estudios de Masters, Johnson y Kolodny (3) hasta el 90% de la muestra de pacientes estudiadas. Estas mujeres logran un cierto nivel de excitación sexual, pero, a pesar de recibir un fuerte estímulo clitoridiano, tienen problemas para llegar al orgasmo.

Los resultados de las investigaciones (4) con respecto a la prevalencia de esta disfunción han variado de acuerdo a la definición base que se ha utilizado. Entre un 6 y un 11% de las mujeres nunca han tenido un orgasmo, entre un 7 y un 22% no alcanzan el orgasmo por medio del coito, pero sí por otros medios, y entre un 10 y un 22% tienen orgasmos coitales pero de manera irregular.

A todo lo anterior, hay que agregar que es un porcentaje bastante mínimo de mujeres el que experimenta orgasmos durante las primeras relaciones sexuales, y que sobre el 50% lo logran hacia

el fin del primer mes de relación y el 80% hacia el final del primer año.

Es importante realizar algunas precisiones para asegurar un buen diagnóstico diferencial. Por un lado, es importante resaltar el hecho de que frecuentemente el problema se presenta sólo durante el coito (la anorgasmia coital es la queja más comúnmente presentada por las mujeres, pudiendo alcanzar hasta el 75% de las mujeres normales, según Kaplan (2), pero no otras formas de estimulación, más concretamente la auto o heteroestimulación del clítoris en cuya situación lo puede aparentemente alcanzar la inmensa mayoría (entre 90 y 95%) de las mujeres.

En cuanto a la aparición y curso del trastorno orgásmico el problema suele manifestarse tempranamente a través de las primeras relaciones coitales disminuyendo la prevalencia del mismo con el incremento de la edad hasta alrededor de los cuarenta años en que suele alcanzarse un cierto techo en la experiencia orgásmica de la mujer. No parece que esto sea debido a la simple maduración de la mujer si no, más bien, al resultado de la propia experiencia sexual (5).

Tipos

Para la mayoría de los autores, existirían distintos tipos o clases de anorgasmia. La distinción que más comúnmente se utiliza es entre anorgasmia primaria y secundaria. La diferencia radica en el momento en el cual surge el problema. Hablaríamos de anorgasmia primaria si la mujer nunca ha experimentado un orgasmo a lo largo de su vida. Estaríamos ante una anorgasmia secundaria en el caso de mujeres que han sido anteriormente orgásmicas y a partir de un momento determinado de su vida han dejado de serlo. A diferencia de lo anterior, para LoPiccolo (6) la disfunción orgásmica secundaria describe a una mujer que, por lo general, no puede experimentar un orgasmo durante el coito, pero que sí puede ser capaz de obtenerlo a través de la masturbación o mediante la estimulación tanto manual como oral de sus genitales provocada por su pareja. La American Psychiatric Association (APA) en el manual DSM-IV-R utiliza los términos trastorno orgásmico de toda la vida y adquirido para referirse a la anorgasmia primaria y secundaria respectivamente.

Otra clasificación de la anorgasmia es de acuerdo al contexto en el cual se presenta. La anorgasmia puede dividirse por un lado en anorgasmia global, general o absoluta, que es la que se presenta en todas las situaciones, contextos, estímulos, procedimientos y compañeros; y por otro en anorgasmia situacional, la cual consiste en mujeres que han tenido orgasmos, pero sólo bajo determinadas situaciones o circunstancias (por ejemplo, mujeres que tienen orgasmos mientras se masturban y anorgásmicas al ser estimuladas por su pareja, o parejas que tienen orgasmos con unos compañeros sexuales y no con otros). Constituyendo un subtipo dentro de ésta, se encuentra la llamada anorgasmia coital, término que se utiliza para denominar a mujeres que nunca son orgásmicas durante el coito y pueden ser orgásmicas ante diferentes estímulos.

El término anorgasmia fortuita se aplica a mujeres que han tenido orgasmos con distintos métodos, actividades o estimulaciones, pero de manera infrecuente.

Únicamente la APA recurre a la clasificación de la anorgasmia de acuerdo a factores etiológicos (causales). De esa manera, en el manual DSM-IV-R, se encuentra la distinción entre anorgasmia debida a factores psicológicos y debida a factores combinados (orgánicos y psicológicos).

Para Kusnetzoff (7) la anorgasmia puede "ser total o parcial"; en este último caso, de mucho mejor pronóstico; se la suele denominar pre-orgásmica, porque están presentes la afectividad, la sensibilidad y la excitación características, pero falta la culminación orgásmica de placer. Se conoce

con el inadecuado nombre de frigidez.

En opinión de LoPiccolo (6), y en adición a la distinción entre orgasmo primario y secundario, existe otra distinción entre mujeres anorgásmicas por inhibición y mujeres anorgásmicas por ansiedad a la ejecución. Las mujeres inhibidas se aproximan más al estereotipo de la "mujer frígida". Tales mujeres tienen una historia de educación sexual negativo por parte de los padres o en la escuela. Presentan una gran influencia religiosa o moral considerando el sexo como algo repulsivo, no llegando a alcanzar la excitación. Habitualmente llegan a terapia preocupadas y con el objetivo de no ser abandonadas por sus parejas. Las mujeres con ansiedad ante la ejecución, por otra parte, por lo general tienen una historia parental y religiosa poco notable, a veces inexistente, disfrutaban del sexo, alcanzan la excitación y llegan a terapia deseosas de la experiencia del orgasmo para su propia satisfacción. Estas pacientes generalmente han estado expuestas y han sido influenciadas por los medios masivos que les demandan ser multiorgásmicas y supersexuadas si quieren llegar a ser unas "supermujeres".

Etiología

En cuanto a la etiología se pueden distinguir dos tipos de causas: orgánicas-fisiológicas y psicosociales:

*** Causas orgánicas**

Para Masters, Johnson y Kolodny (3), la disfunción orgásmica se encuentra relacionada con factores orgánicos en menos del 5% de los casos. De acuerdo a la mayoría de los autores, esta porción de casos de anorgasmia se asociaría con trastornos circulatorios de la región pélvica y las condiciones que afectan los nervios de la misma (como la esclerosis múltiple, los tumores o traumas de la médula espinal, o la neuropatía diabética); sin embargo estos problemas no son muy frecuentes. Los factores ginecológicos que pueden conducir a disfunciones orgásmicas serían las anomalías anatómicas de la vagina, del útero o de las estructuras de soporte de la pelvis, así como también la vaginitis recurrente grave. Los trastornos endocrinos más comunes que causan dificultades orgásmicas son la diabetes y la deficiencia de estrógenos (carencia hormonal). Otras causas orgánicas incluyen las enfermedades graves crónicas, el alcoholismo, la adicción a narcóticos, además de muchas otras sustancias o drogas empleadas en el tratamiento de la hipertensión y la depresión que pueden interferir en la respuesta sexual normal femenina. También se incluyen las infecciones, traumatismos o desgarros de origen quirúrgico. Sin embargo, para la APA, enfermedades crónicas como la diabetes o el cáncer pélvico suelen alterar fundamentalmente la fase de excitación sexual, pero mantienen intacta la capacidad para experimentar orgasmo.

De acuerdo a algunos investigadores, pareciera haber quedado establecido que en la mayoría de las mujeres el fortalecimiento de los músculos pubococígeos aumenta la capacidad y la intensidad de los orgasmos. Sin embargo, y a pesar de las investigaciones de Kegel y sus partidarios, según Heiman y LoPiccolo (8) no todas las mujeres que no alcanzan el orgasmo tienen debilitados estos músculos. En conclusión, se podría decir que debido a que las causas orgánicas o biológicas aparecen en una proporción pequeña de casos, algunos autores dudan de la importancia del papel que juegan en el trastorno orgásmico, notándose una mayor influencia en los trastornos de la excitación.

*** Factores Psicosociales**

Los problemas emocionales y psicológicos pueden predisponer a la persona para el establecimiento de trastornos sexuales que le impidan el desarrollo de una sexualidad plena y saludable. Entre los

factores psicosociales analizados por diversos autores cabe destacar una inadecuada educación sexual, rigidez moral o puritanismo, primeras experiencias traumáticas, relaciones parentales o vínculos de apego establecidos durante la infancia, falta de información, o ciertos aspectos culturales en los que se enfatiza que en una relación es la mujer la que debe satisfacer al hombre, e incluso se niega que la mujer pueda tener interés o deseos sexuales.

Una ansiedad adquirida que bloquea o inhibe la natural consecución del orgasmo. Otro factor puede ser el temor por parte de la mujer a perder el control (a gritar descontroladamente, a desmayarse, o a perder el control de algunas de sus funciones corporales). Entre las causas también se analizan el trastorno de anorgasmia producido dentro de un conflicto de pareja. Finalmente, hay que tener en cuenta que la anorgasmia en la mujer tiene que ver con una estimulación inadecuada (5). A continuación profundizaremos un poco más en ellos:

Relaciones parentales y vínculos de apego

Las relaciones parentales y los vínculos de apego establecidos tienen una estrecha relación con las relaciones interpersonales establecidas con los amigos, compañeros, las parejas y los hijos. Existen estudios que profundizan en la importancia de la relación establecida por la mujer con anorgasmia y sus lazos parentales: así, Reibstein y Richards (9) afirman que a pesar de la importancia de las madres en el cuidado de los niños, no se ha demostrado que la calidad de la relación de una hija con su madre afecte su desarrollo sexual. Sin embargo, estos mismos autores concluyen que una buena relación con el padre, contribuye al desarrollo de la sexualidad de la hija, y que en general una buena relación durante la niñez puede ayudar a construir la autoestima y la confianza que necesita para estar bien consigo misma y con su cuerpo.

Analizan dos aspectos relevantes de la relación del padre con las hijas y sus consecuencias en la posterior sexualidad de las mismas: la cercanía o lejanía del mismo en la educación y el rol que éste ocupa en el hogar y la forma de relacionarse con la hija. En cuanto al papel del padre está demostrado que es fundamental en este aspecto: “las mujeres que manifiestan haber tenido mala relación con sus padres, o cuya relación es escasa habiéndose interrumpido durante la infancia porque el padre se ausentaba durante largos períodos a causa del trabajo o de un divorcio, son las más proclives a tener dificultades para alcanzar orgasmos” (9). Sin embargo, las hijas que tienen recuerdos felices del padre durante la infancia se sienten más cómodas y menos ansiosas frente a los hombres que aquellas cuyas relaciones tempranas fueron tensas o se vieron interrumpidas. Estos mismos autores afirman que la atmósfera general del hogar durante la niñez también parece jugar un papel importante: “las mujeres que informan que sus padres tuvieron un buen matrimonio y que el sexo no era un tema tabú en las conversaciones familiares, tienen más posibilidades de establecer buenas relaciones sexuales” (11). Por el contrario, también se han analizado casos en que la atmósfera reinante ha afectado negativamente la capacidad orgásmica. Una parte importante de mujeres anorgásmicas “ha percibido sus objetos masculinos sexuales, en particular el padre, como ausentes o inconstantes; también tenían más recuerdos infantiles con ideas de separación y pérdida que las mujeres que alcanzan el orgasmo con facilidad” (9). Es indudable la importancia de la figura paterna en estos casos. No sólo la ausencia o lejanía del padre debe considerarse. El rol que éste ocupa en el hogar y la forma de relacionarse con la hija juegan un papel relevante. Un padre dominante “puede inhibir el orgasmo femenino inculcando remordimientos de fuerza considerable” (9) Estos padres influyen con su imagen de sobreprotectores, prohíben la actividad sexual a sus hijas, les advierten los males que de ella derivan, insisten a sus hijas que vistan con recato y procuran

ahuyentar a todos los jóvenes que muestran el menor indicio de interés erótico en ellas. "Al condenar la 'obscenidad', demuestran un interés excesivo por lo mismo que están tratando de superar. Prestar tanta atención al cuerpo de su hija equivale a estar obsesionado por la conciencia del mismo" (9) Cuando estas mujeres logran tener una relación de pareja, no pueden desechar la vigilancia y censura del padre, lo cual les dificulta alcanzar el orgasmo.

En desacuerdo con Reibstein y Richards, Offit (10) sostiene que "la presencia de la madre puede perpetuarse en la alcoba cuando hace ya mucho tiempo que se ha alejado de la mente de la mayoría de las hijas". (10). Uno de los análisis llevados cabo por este autor consiste en la madre que no disfrutó ni obtuvo placer con su sexualidad y se entregó a ésta en cumplimiento de un deber ("débito conyugal), como sacrificio. La imagen de dicha madre estará presente en los pensamientos de la hija como diciéndole "yo fracasé y tu también debes fracasar" (10) "me utilizó y me arrojó como un pañuelo desechable.

No seas el pañuelo de ningún hombre" (10) o, "guárdate de los hombres, nadie lo hará por ti" (10). La causa general de los casos de anorgasmia, con sus diversos grados de intensidad, se encuentra en una educación de la niña en la cual se establece una asociación entre sexualidad y peligro. Así, cuando es adulta no puede disociar ambos conceptos y ve la sexualidad como peligrosa, por lo cual le cuesta vivirla plenamente sin temores. Es frecuente que la mujer tenga pocos desarrollado su deseo sexual e inhibida su capacidad de placer sexual, pues muy a menudo la educación recibida consiste en prepararla para su desarrollo sexual, su función de madre e integrarla adecuadamente a la pareja matrimonial sufriendo desde la niñez el peso de los tabúes que tanto el hombre como ella misma tienen acerca de la función sexual. Por lo común se la mantiene, durante el mayor tiempo posible, en la ignorancia en todos los temas relacionados con su sexualidad y, finalmente, cuando se le permite adquirir un conocimiento acerca de la misma, se le hace vivir que, en su condición de mujer, esos aspectos son vergonzosos, peligrosos, degradantes; que debe ocultarlos lo más profundamente posible, pues ninguna mujer "decente" tiene semejantes deseos, pues conducen a una conducta reprobada por la sociedad. De este modo, se hipertrofian fantasías preexistentes y se afianzan conductas ambivalentes que no pueden integrarse y que provocan en algunas mujeres disonancias cognitivas y conflictos psicológicos difíciles de superar.

Educación rígida moral o religiosa

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (3), en muchos casos de mujeres que nunca han tenido orgasmos (anorgasmia primaria) parece haber implicada una educación religiosa o moral severamente negativa respecto del sexo, ello no implica que este tipo de educación negativa se encuentre asociada únicamente a familias religiosas. De acuerdo a los datos obtenidos por los autores, resalta el hecho de que un alto porcentaje (no especificado) de las mujeres que sufren de anorgasmia o disfunción orgásmica primaria fueron educadas con la idea de que la sexualidad y el sexo son inherentemente malos y pecaminosos, sus genitales son a su vez algo sucio, y la masturbación es maligna, perversa y acarrea peligrosas consecuencias. No establecen una relación causal inevitable entre este tipo de educación con disfunciones sexuales, conflictos, o culpabilidad sexual en la vida adulta. No hay forma, dicen los autores, de establecer el porcentaje (que suponen alto) de mujeres que habiendo sido educadas en familias con esta visión negativa del sexo, han llevado una vida sexual plena y satisfactoria en la vida adulta. "Aunque la educación negativa respecto al sexo no predestina a los problemas sexuales de la edad adulta, tampoco facilita las cosas" (3).

Experiencias sexuales traumáticas

Es habitual que con frecuencia las mujeres que padecen algún trastorno orgásmico tengan algún antecedente de experiencia sexual traumática, tanto física como psicológica. Existe un sentimiento de miedo en la mujer que le lleva a la evitación de relaciones sexuales, y en muchos casos incluso a la evitación de cualquier contacto íntimo o bien que el acercamiento sexual le desencadene sentimientos de culpa.

Según Reibstein y Richards (9), "Las mujeres que tuvieron una o más relaciones sexuales satisfactorias antes del matrimonio, y en particular aquellas que comenzaron a masturbarse antes o en las primeras etapas del matrimonio, pueden experimentar orgasmos regulares con su esposo"(9). Las mujeres necesitan oportunidades para aprender a ser sexuales. Para alcanzar una plena satisfacción sexual es importante el número de experiencias sexuales positivas que ha tenido con o sin compañero.

Educación inadecuada y falta de información

Una de las causas que más anorgasmia genera en la población femenina es el desconocimiento, la falta de información de su propia anatomía y fisiología. No hay una educación/información sexual suficiente para que las mujeres sean conscientes de que el reflejo del orgasmo es un proceso que se produce a partir de una serie de condiciones y aprendizajes previos. El desconocimiento de la respuesta sexual humana junto a la creencia de que este reflejo es una experiencia que se produce espontáneamente (milagro) y que no depende de un aprendizaje previo, dificulta en gran medida la consecución de un orgasmo en las mujeres ya que a causa de esa desinformación muchas mujeres desconocen estas condiciones y no han podido aprender ni saben cómo hacer para alcanzar y posibilitar la consecución del reflejo orgásmico. La prohibición del aprendizaje a través de la masturbación ha sido un hecho constante en la vida de las mujeres. Con la pareja, el aprendizaje se hace casi imposible sobre todo si las relaciones sexuales carecen de estímulos sexuales suficientes y adecuados, poca seducción, caricias, o centrándose éstas básicamente en la realización del coito, técnica que dificulta la consecución del orgasmo en una gran mayoría de mujeres ya que la vagina es un zona que físicamente tiene pocas terminaciones nerviosas en conexión con la zona sacro-lumbar de la médula espinal donde se produce el reflejo.

La bizantina discusión sobre la existencia de orgasmo clitoridiano y vaginal que tanto preocupó en círculos feministas y que tanto influyó en la Psicología de Freud y seguidores, se sabe hoy que es un mito. Los estudios de Masters y Johnson (1) han demostrado que la respuesta orgásmica surge siempre del mismo centro neurovegetativo sacrolumbar y que lo que pueden ser diferentes son las fuentes de estimulación o excitación que pueden provenir del clítoris, de la vagina, de cualquier zona erógena e, incluso, ser producido por la simple estimulación de las fantasías sexuales.

Mitos culturales y prejuicios sociales

Dentro de las anomalías sexuales más comunes que limitan el placer sexual se encuentran: las inhibiciones y el sentimiento de culpa, la ansiedad ante el desempeño sexual, la inapetencia erótica y la aceptación no razonada de los tópicos o la información errónea sobre la sexualidad humana. Factores como la falta de información acerca de ciertos tópicos sexuales, o la aceptación irracional de mitos culturales, pueden desempeñar un papel de gran importancia en lo que se refiere a las disfunciones sexuales. En el caso de la anorgasmia, el simple hecho de no conocer la ubicación del clítoris, o los diferentes tiempos de excitación, entre otros, pueden estar al trasfondo de la disfunción.

Hoy en día existe mayor franqueza al abordar los temas relacionados con la sexualidad, sin embargo, siguen existiendo inhibiciones. Éstas y los sentimientos de culpa continúan dándose en un alto grado, afectando la vida sexual de los que las presentan. Las inhibiciones surgen desde distintos ámbitos. Pueden surgir de religiones o creencias que establezcan una visión de la sexualidad como algo pecaminoso y sólo destinado para la procreación, por lo cual el realizar el acto sexual con fines de placer es algo que genera mucha culpa y que es visto como un acto penado.

Educación rígida moral o religiosa

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (3), en muchos casos de mujeres que nunca han tenido orgasmos (anorgasmia primaria) parece haber implicada una educación religiosa o moral severamente negativa respecto del sexo, ello no implica que este tipo de educación negativa se encuentre asociada únicamente a familias religiosas. De acuerdo a los datos obtenidos por los autores, resalta el hecho de que un alto porcentaje (no especificado) de las mujeres que sufren de anorgasmia o disfunción orgásmica primaria fueron educadas con la idea de que la sexualidad y el sexo son inherentemente malos y pecaminosas, sus genitales son a su vez algo sucio, y la masturbación es maligna, perversa y acarrea peligrosas consecuencias. No establecen una relación causal inevitable entre este tipo de educación con disfunciones sexuales, conflictos, o culpabilidad sexual en la vida adulta. No hay forma, dicen los autores, de establecer el porcentaje (que suponen alto) de mujeres que habiendo sido educadas en familias con esta visión negativa del sexo, han llevado una vida sexual plena y satisfactoria en la vida adulta. "Aunque la educación negativa respecto al sexo no predestina a los problemas sexuales de la edad adulta, tampoco facilita las cosas" (3).

Experiencias sexuales traumáticas

Es habitual que con frecuencia las mujeres que padecen algún trastorno orgásmico tengan algún antecedente de experiencia sexual traumática, tanto física como psicológica. Existe un sentimiento de miedo en la mujer que le lleva a la evitación de relaciones sexuales, y en muchos casos incluso a la evitación de cualquier contacto íntimo o bien que el acercamiento sexual le desencadene sentimientos de culpa.

Según Reibstein y Richards (9), "Las mujeres que tuvieron una o más relaciones sexuales satisfactorias antes del matrimonio, y en particular aquellas que comenzaron a masturbarse antes o en las primeras etapas del matrimonio, pueden experimentar orgasmos regulares con su esposo" (9). Las mujeres necesitan oportunidades para aprender a ser sexuales. Para alcanzar una plena satisfacción sexual es importante el número de experiencias sexuales positivas que ha tenido con o sin compañero.

Educación inadecuada y falta de información

Una de las causas que más anorgasmia genera en la población femenina es el desconocimiento, la falta de información de su propia anatomía y fisiología. No hay una educación/información sexual suficiente para que las mujeres sean conscientes de que el reflejo del orgasmo es un proceso que se produce a partir de una serie de condiciones y aprendizajes previos. El desconocimiento de la respuesta sexual humana junto a la creencia de que este reflejo es una experiencia que se produce espontáneamente (milagro) y que no depende de un aprendizaje previo, dificulta en gran medida la consecución de un orgasmo en las mujeres ya que a causa de esa desinformación muchas mujeres

desconocen estas condiciones y no han podido aprender ni saben cómo hacer para alcanzar y posibilitar la consecución del reflejo orgásmico. La prohibición del aprendizaje a través de la masturbación ha sido un hecho constante en la vida de las mujeres. Con la pareja, el aprendizaje se hace casi imposible sobre todo si las relaciones sexuales carecen de estímulos sexuales suficientes y adecuados, poca seducción, caricias, o centrándose éstas básicamente en la realización del coito, técnica que dificulta la consecución del orgasmo en una gran mayoría de mujeres ya que la vagina es un zona que físicamente tiene pocas terminaciones nerviosas en conexión con la zona sacro-lumbar de la médula espinal donde se produce el reflejo.

La bizantina discusión sobre la existencia de orgasmo clitoridiano y vaginal que tanto preocupó en círculos feministas y que tanto influyó en la Psicología de Freud y seguidores, se sabe hoy que es un mito. Los estudios de Masters y Johnson (1) han demostrado que la respuesta orgásmica surge siempre del mismo centro neurovegetativo sacrolumbar y que lo que pueden ser diferentes son las fuentes de estimulación o excitación que pueden provenir del clítoris, de la vagina, de cualquier zona erógena e, incluso, ser producido por la simple estimulación de las fantasías sexuales.

Mitos culturales y prejuicios sociales

Dentro de las anomalías sexuales más comunes que limitan el placer sexual se encuentran: las inhibiciones y el sentimiento de culpa, la ansiedad ante el desempeño sexual, la inapetencia erótica y la aceptación no razonada de los tópicos o la información errónea sobre la sexualidad humana. Factores como la falta de información acerca de ciertos tópicos sexuales, o la aceptación irracional de mitos culturales, pueden desempeñar un papel de gran importancia en lo que se refiere a las disfunciones sexuales. En el caso de la anorgasmia, el simple hecho de no conocer la ubicación del clítoris, o los diferentes tiempos de excitación, entre otros, pueden estar al trasfondo de la disfunción.

Hoy en día existe mayor franqueza al abordar los temas relacionados con la sexualidad, sin embargo, siguen existiendo inhibiciones. Éstas y los sentimientos de culpa continúan dándose en un alto grado, afectando la vida sexual de los que las presentan. Las inhibiciones surgen desde distintos ámbitos. Pueden surgir de religiones o creencias que establezcan una visión de la sexualidad como algo pecaminoso y sólo destinado para la procreación, por lo cual el realizar el acto sexual con fines de placer es algo que genera mucha culpa y que es visto como un acto penado.

Existen además otra serie de mitos culturales y prejuicios sociales que potencian y favorecen que las mujeres tengan una dependencia de sus vivencias sexuales en pareja y que su sexualidad tenga sentido si se comparte y no como valor individual que puede ser compartido o no, dificultándose así el aprendizaje de su propia respuesta. Algunos de estos mitos son:

- Todo hombre debe saber como satisfacer a una mujer. "No hay mujer frígida sino hombre inexperto", dato donde se destaca que la responsabilidad de la sexualidad femenina corresponde al hombre.
- Si no hay coito la sexualidad está incompleta. Sexo y relaciones quieren decir coito. Lo demás son conductas sustitutivas . Cualquier otra cosa que no sea coito no cuenta. "El coito como el culmen de una relación completa".
- No existe un verdadero orgasmo si no es a través de las relaciones coitales.
- Las mujeres siempre esperan que el hombre cada vez que tenga una erección le desencadene un

orgasmo. "El pene es el desencadenante del placer y del orgasmo".

- Se dignifica la sexualidad a través del amor, si no hay amor no hay sexo. Si el sexo funciona bien la relación también funcionará bien. "El sexo sólo tiene valor si hay amor". El sexo sólo es realmente bueno si los dos llegan al orgasmo de forma simultánea

- La masturbación es dañina e inmoral y destructora para quien la practica.

Todas estas ideas determinan muchos de los comportamientos sexuales de las mujeres quitándole el valor a la sexualidad como condición del ser humano si no es compartida, magnificando el coito como pilar básico para la obtención del orgasmo dificultando así el proceso de aprendizaje de la respuesta sexual y el orgasmo en las mujeres.

Ansiedad e hipercontrol

Otras de las causas psicológicas que son relevantes en la formación de un trastorno de anorgasmia es la ansiedad y el hipercontrol generado por la mujer ante una situación sexual. El orgasmo puede ser inhibido por haber adquirido un significado simbólico, o porque su intensidad aterra a la mujer. La ambivalencia de la paciente respecto a su compromiso de cara a la relación conyugal, el temor a ser abandonada, el temor a afirmar su independencia, el sentimiento de culpabilidad sexual y la hostilidad hacia su compañero pueden también jugar un papel en la angustia generada y en la formación de ese hipercontrol involuntario del reflejo orgásmico que, en último término, produce una disfunción orgásmica.

El orgasmo puede ser inhibido a causa de la ansiedad generada por diversas vivencias con respecto al orgasmo desarrollándose en el inconsciente de la paciente un mecanismo de defensa contra dicha ansiedad, que consiste en un hipercontrol sobre su respuesta sexual por temor a las conductas propias suscitadas, miedo por el abandono a sus sensaciones, sentimientos de culpa, remordimientos, desvalorización personal e, incluso, en casos más patológicos, como de destrucción y muerte. Esta es la causa inmediata específica de algunas disfunciones: el hipercontrol y la contención de su propia respuesta sexual como mecanismo de defensa frente a la angustia. Algunas situaciones productoras de ansiedad pueden ser:

- Sentimiento de culpa ante el placer
- Vergüenza y miedo ante las relaciones sexuales
- Pensar que la obtención del placer mediante el sexo es sinónimo de prostitución
- Miedo al descontrol (pérdida de conciencia)
- Ansiedad ante la imposibilidad de no satisfacer las exigencias del compañero
- Aspectos religiosos que determinan la sexualidad como pecaminosa fuera del ámbito conyugal y cuyo objetivo prioritario es la reproducción
- Vivencias traumáticas sexuales

Según Kusnetzoff (7), el primer fantasma que la mujer debe ahuyentar es el temor a ser tildada de 'frígida'; ello la lleva a poner toda su voluntad en alcanzar el orgasmo, con lo cual se impide a sí

misma el indispensable abandono a las sensaciones gozosas, o bien a simular el clímax para satisfacer a su compañero y evitar el supuesto ridículo. Cualquiera de estas dos actitudes la dejarán frustrada e insatisfecha, e iniciarán un círculo vicioso muy difícil de romper” (7).

Afirma que muchas mujeres se sienten presionadas y fingen tener orgasmo. “Algunas piensan -porque lo han oído alguna vez, o han sido educadas así- que los varones abandonan a las compañeras que no alcanzan el orgasmo, o por lo menos las agreden o humillan” (9). Para este autor, son dos los factores que siguen liderando la lista de las causas de este problema: la ignorancia y la culpa o vergüenza. De más está decir que ambos factores tienen en común el origen: la educación recibida, la cultura donde esta educación se dio, el medio y el conjunto de creencias. Existen miedos de carácter personal que pueden bloquear la respuesta sexual. Entre éstos se encuentran: miedo al embarazo, a contraer una enfermedad venérea, miedo a que la excitación sea tal que se pierda el control, miedo a que la relación sexual resulte dolorosa, miedo a la intimidad o incluso miedo al éxito.

Es necesario aclarar que no todas las inhibiciones o sentimientos de culpa impiden un adecuado desempeño sexual, sin embargo lo común es que reduzcan de forma notable las posibilidades de disfrute erótico. A su vez, la inhibición puede presentarse en sujetos que padecen una ansiedad prematura sobre la calidad de las relaciones sexuales que van a llevar a cabo. Esta ansiedad patológica de rendir como es debido termina por desviar la atención del individuo y bloquear el fluir espontáneo de las sensaciones y emociones en el momento de realizar algún tipo de acto sexual. Esta ansiedad no se traduce sólo en dificultades en el ámbito orgánico sino que se extiende a la totalidad de la respuesta del individuo, es decir no hay una pasión, ternura, intimidad ni sensibilidad al momento de compartir con su pareja. Esto se debe a que el individuo al darse cuenta que está ansioso, se obsesiona de tal manera con su ansiedad, trata de controlarla y al no poder hacerlo se pone aún más ansioso hasta participar en menor grado de la interacción sexual y por ende disfrutar muy poco. Cuando la persona ansiosa se esfuerza por mostrarse espontánea y receptiva, termina concentrándose en todos los pormenores del juego erótico provocando una verdadera disección del acto de tal forma que resulta prácticamente imposible disfrutarlo. Sin embargo, en ciertas ocasiones la ansiedad no inhibe el incentivo sexual o incluso lo estimula aún más (por ejemplo realizar el coito en lugares prohibidos), pero cuando la ansiedad transforma su participación en el acto sexual en un constante cuestionamiento acerca de si su ejecución es o no la adecuada, sin lugar a dudas se produce un bloqueo de la respuesta erótica.

Imagen corporal

También pueden surgir inhibiciones en las personas que presentan inseguridad con respecto a su atractivo físico, lo cual se ve acrecentado en la cultura actual que bombardea por los medios de comunicación un ideal de prototipo estético casi perfecto. Por otro lado hay una verdadera obsesión en nuestra sociedad por los atractivos físicos de los sujetos. De este modo los hombres y mujeres que no cumplen con este patrón perfeccionista de atributos físicos, tienden a juzgarse con gran severidad en lo relacionado a su atractivo erótico, sienten que son poco deseables a nivel sexual y a veces esta inseguridad es perceptible en su comportamiento sexual mostrándose con inhibiciones y vergüenza frente a su cuerpo. Así, del mismo modo que el hombre se subestima al creer que tiene un pene muy pequeño, lo que le acarrea inseguridad y a proceder sexualmente con dubitaciones, así también la mujer que considera que su cuerpo no es atractivo y que es poco deseable, tiende a retraerse ante las situaciones eróticas, lo cual disminuye su goce.

Masters, Johnson y Kolodny (3) afirman que los problemas de imagen son otra causa común de la disfunción orgásmica primaria, aunque éstos parecen ser menos problemáticos en las mujeres que tienen orgasmos en otras actividades sexuales con un compañero (anorgasmia secundaria). Por otra parte, es frecuente encontrarse con que las mujeres que tienen orgasmos durante la masturbación solitaria pero no con un compañero, se sienten perturbadas por cuestiones de atractivo personal y propia valía sexual, y al mismo tiempo tienen conflictos respecto de la relación en sí.

Relaciones con la pareja

Como cualquier disfunción, la anorgasmia puede ser el resultado o emergente de un conflicto afectivo y de pareja (hostilidad, agresión, lucha de poder, falta de comunicación, frustración por incumplimiento de expectativas...). En estos casos lo primordial es trabajar, desde la terapia, la situación de pareja y una vez resuelta posiblemente remita la disfunción. Si no fuese así, una vez establecido el clima emocional adecuado con la terapia de pareja se comenzaría el proceso terapéutico de la anorgasmia interviniendo en las otras posibles causas.

En ocasiones el temor a no desempeñarse la interacción sexual de la forma adecuada, lleva a evitar cualquier tipo de contacto sexual o a disminuir su frecuencia. Esto hace que en ocasiones la pareja interprete en forma errónea la situación y se sienta rechazada o piense que se le es infiel. Indudablemente esto repercute en la relación y ésta puede volverse muy problemática. La apatía sexual también acarrea grandes inhibiciones. Ha sido muy discutido si una larga convivencia acarrea necesariamente, en un mayor o menor grado, una reducción del erotismo. En el caso de las mujeres, no se quejan mayormente de hastío de su vida sexual, lo cual es explicado por sus expectativas más realistas con relación a ésta. En cambio, su queja es mayor en relación con la falta de intimidad y comunicación. La vida sexual exige un aprendizaje de la pareja como unidad. La falta de conocimientos y de habilidades en la ejecución del acto sexual puede desfavorecer a la pareja, y por lo tanto hacer que ésta, y no sólo uno de los cónyuges, deba ser tratada. En este caso, lo que se requiere es una gran comunicación acerca de lo que le agrada y le desagrade a cada uno, una educación mutua, una adaptación de ambos cónyuges para la integración y obtención del logro sexual como pareja más que individualmente.

Muchas veces la pareja no comunica sus necesidades, por lo cual resulta casi imposible que se pongan de acuerdo con respecto a los tiempos requeridos por cada miembro. Según LoPiccolo (6), el rol del esposo (o pareja masculina) como un efectivo y no-demandante compañero sexual para la mujer es, obviamente, crucial en la disfunción orgásmica, especialmente en la disfunción secundaria.

Una pareja que no posea una comunicación eficiente no sólo en el tema relacionado con la sexualidad, sino en todos los aspectos de la vida tanto personal, de los hijos, de la relación misma, determinan que dentro de la pareja se vayan fortaleciendo una serie de hostilidades que repercuten en todos los ámbitos, incluyendo el sexual.

Asimismo, las luchas de poder dentro de la pareja o la desconfianza pueden traspasarse al ámbito sexual, cayendo en una relación más bien insana que podría conllevar a una disfunción. También contribuyen a la creación de un clima no propicio para el pleno disfrute de la sexualidad, los antagonismos en los esquemas de valores o una gran diferencia en cuanto a las preferencias sexuales. Es necesario dejar en claro que estos factores pueden no relacionarse con disfunciones sexuales, sin embargo no pueden dejar de mencionarse en el momento de hablar de éstas (11).

Intervención en el trastorno orgásmico femenino

Objetivos de la intervención

A la hora de abordar cualquier tipo de disfunción sexual es importante tener en cuenta los siguientes puntos básicos (4):

1. El objetivo de una intervención no debe estar exclusivamente orientado en uno de los miembros de la pareja. Es necesario el compromiso por parte de ambos miembros de la pareja.
2. En algunos casos simplemente la obtención de información elimina las dudas y puede ser la única intervención necesaria en una disfunción. Se debe en primer lugar en cualquier programa de intervención específico comenzar por aportar información y educación sexual a ambos miembros de la pareja.
3. En la mayor parte de los casos es importante el control de la ansiedad, es importante orientar a la paciente sobre técnicas de control de la ansiedad.
4. Para obtener resultados satisfactorios es necesario trabajar la comunicación con los miembros de la pareja.
5. Los tratamientos deben incluir una parte de entrenamiento para desarrollar las nuevas conductas sexuales más adecuadas. A la vez, es importante trabajar habilidades sociales sobre todo las relacionadas con la interacción con el otro sexo.

Estructura y Componentes de la terapia

Seguendo a Labrador (4) la mayoría de las terapias sexuales suelen estructurarse en torno a cinco fases fundamentales:

Fase I. Evaluación y diagnóstico de la disfunción.

Uso de distintos instrumentos y técnicas para identificar el problema o problemas y las posibles causas que lo originan. A partir de esta fase se elaboran los objetivos terapéuticos a trabajar.

Fase II. Educación e información sobre la sexualidad.

En el caso de que el paciente tuviera los conocimientos necesarios no sería imprescindible llevar a cabo esta fase aunque si es conveniente interaccionar con el mismo para ver no sólo los conocimientos sino también las actitudes del mismo. En caso contrario se trabajará con el paciente ideas erróneas, conocimientos tanto de anatomía como de fisiología, actitudes, etc.

Fase III. Focalización sensorial.

Tras la educación, la focalización sensorial es el eje central de cualquier terapia sexual. Su objetivo es conseguir que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales (sensoriales y sexuales). Con la focalización sensorial se pretende conseguir que aprendan a desarrollar la propia sensibilidad en torno a la relación de pareja realizando exploraciones alternativas del cuerpo de la pareja y caricias mutuas. En primer lugar los episodios de exploración se reducen a todas las zonas del cuerpo exceptuando las zonas genitales y los senos.

Posteriormente se permite la exploración de todas las zonas del cuerpo incluidos los senos y los

genitales pero no se le permite el coito. De esta forma se intenta eliminar las resistencias que provoca la ansiedad ante la actuación. Finalmente se les permite el coito sin exigencias sólo en el caso de haber superado las fases anteriores.

Fase IV. Desarrollo de técnicas específicas para cada uno de los trastornos.

Esta fase se centra en los objetivos más estrictamente sexuales, como nuevas formas de aproximación, uso de fantasías, reducción de la ansiedad, control de respuestas sexuales específicas. También implica a veces la intervención sobre objetivos no estrictamente sexuales sino relacionados con la pareja, como mejora de la comunicación, preparación del ambiente, etc.

Fase V. Evaluación de los resultados.

Una vez llevada a cabo la intervención terapéutica se valoran los resultados y en caso necesario se modifican los objetivos establecidos anteriormente.

Carrobbles y Sanz (5) propone un programa de intervención para las disfunciones sexuales, basado en la actuación directa sobre las posibles causas analizadas en los apartados anteriores. Dicho programa se irá desarrollando según la disfunción que se esté trabajando. En este caso concreto vamos a exponer una adaptación del programa al trastorno que nos ocupa, que se encuentra estructurado en los siguientes apartados:

Información (I): Educación sexual

El objetivo básico de este primer nivel es facilitar la información sobre los distintos aspectos de la sexualidad donde muestren deficiencias. En nuestro caso concreto se trabajará:

- Fisiología, anatomía y Respuesta sexual humana, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, fantasías sexuales, etc.
- Actividades sexuales
- Mitos y prejuicios sociales. Análisis de los estereotipos sociales.
- Información sobre la historia de la sexualidad femenina. Análisis del aspecto social del rol femenino
- Diferenciar entre relaciones sexuales y afectivas.
- Categorizar la experiencia sexual con los mismos valores por los que se rigen otros aspectos relacionales (alimentación, vida social, amistad, trabajo, etc.).
- Otros temas que se consideren importantes para el objetivo terapéutico.

Técnicas posibles a utilizar:

Lecturas, películas, videos, gráficos, modelos, entrevistas, discusiones personales, etc.

Permiso (P): Modificación de actitudes negativas, prejuicios y errores hacia el sexo

En este nivel se incluye la modificación de las actitudes negativas, prejuicios, e ideas erróneas en torno a la sexualidad existente en las mujeres y que pudieran estar a la base de sus problemas sexuales actuales. Uno de los objetivos de este apartado es dar permiso a la mujer para ser sexual.

La cultura del género y la moral religiosa puritana han fomentado durante siglos el prejuicio de la mujer asexuada como sinónimo de decente. El ideal femenino es la Virgen María (virgen, casta, pura y madre cuidadora) que ha sido un modelo educativo de muchas mujeres. Se han cultivado en la mujer valores como la generosidad, los cuidados hacia los demás, el no preocuparse de sí misma, valores que en muchos casos han fomentado actitudes ajenas a la sexualidad. Por lo tanto, darle permiso terapéutico a la mujer para que piense en sí misma, que fomente un egoísmo sano, que se dé permiso para vivir y cultivar su propia sexualidad, es muy importante en este tipo de disfunciones. Posibilitar situaciones para vivir la sexualidad y favorecer el aprendizaje del placer y del orgasmo.

Cuando las mujeres anorgásmicas llevan una vida de pareja varios años, sus relaciones suelen ser rutinarias, clásicas y pobres. La iniciativa la suele tomar el compañero que sólo desea realizar el coito y poco más. Además, el prejuicio de la espontaneidad genera que las relaciones se desarrollen siempre en la misma situación, en el mismo lugar y en los momentos menos adecuados (cansada, por la noche, con sueño, etc.). Es importante introducirle propuestas de placereado, que al principio pueden resultar difíciles de realizar, pero, después, cuando se dan permiso para tomar iniciativas, expresar sus deseos, decir sí y no según sus estados de ánimo, planificar nuevas situaciones, lugares y momentos en los que mantener las relaciones, les resultan de lo más gratificantes.

Los valores culturales de género y la educación moral puritana recibida influyen en las resistencias para intentar llevar a cabo un cambio de actitud en torno a la propia sexualidad. Las ideas erróneas de que todo se palia con el amor, junto con la desvalorización del sexo, llevan en muchas ocasiones a la falta de interés por parte de las mujeres con anorgasmia a llevar a cabo una terapia que solucione su trastorno. Por ello es importante motivar para el aprendizaje, para que consideren que la terapia es muy importante para su bienestar y su felicidad. Nadie nace enseñado y también la sexualidad necesita ser aprendida y cultivada para que funcione adecuadamente.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las anorgasmias tienen causas sociales debida a los prejuicios culturales que han influido en el troquelado emocional y en la generación de actitudes, el análisis de las resistencias en la terapia se convierte en fundamental. Es importante analizar los conceptos y actitudes que imposibilitan el orgasmo. El/la terapeuta ha de ser muy paciente y repetir los conceptos todas las veces que sean necesarias, tratar de explicarlos con sencillez y corregir todos los errores en la realización de los ejercicios, hasta que la persona los tenga bien asimilados.

Técnicas: Entre las técnicas utilizadas para modificar estas actitudes se cuentan, además de la facilitación de la información, las técnicas desarrolladas por la terapia de conducta cognitiva:

Terapia racional emotiva, Reetiquetado, Parada de pensamiento y Biblioterapia.

Indicaciones específicas (I): Tratamiento de las disfunciones específicas de la pareja

Este nivel constituye la parte más específica de la intervención terapéutica en las disfunciones sexuales e incluye una amplia variedad de técnicas de intervención, según los diferentes componentes o problemas sexuales considerado. Estas técnicas pueden agruparse, según las conductas problema a modificar, en las siguientes cuatro categorías:

1. Habilidades sexuales específicas, entre las que se incluyen:

Conciencia sensorial , la estimulación sexual de la pareja , la autoestimulación o masturbación ,el entrenamiento muscular vaginal.

2. Técnicas para la reducción de la ansiedad ante la ejecución sexual asociada habitualmente a las disfunciones sexuales:

Desensibilización sistemática, in vivo y en video o diapositiva , imaginación dirigida , el programa de desensibilización o de actividades sexuales graduadas , terapia de grupo, terapias cognitivas diversas, modificación del medio estimular .

3. Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, tales como:

Comunicación y expresión de sentimientos y deseos sexuales y no sexuales, capacidad para iniciar o rechazar contactos sexuales , facilitación del <<feedback>> durante la actividad sexual y petición de ciertos tipos de actividades sexuales y rechazo de otras.

4. Técnicas diversas de modificación de conducta:

Auto-registro, técnicas operantes diversas, como el refuerzo positivo o el moldeamiento de conducta, la planificación y encargo de asignaciones o tareas para casa, los contratos, los depósitos monetarios recuperables, modificación del medio estimular, etc.

Terapia (T) de otros problemas o patologías psicológicas presentes en la pareja

Con cierta frecuencia, los problemas sexuales están relacionados o son consecuencia de otras patologías psicológicas, de éstas, una de las más obvias son los conflictos o problemas de relación marital o de pareja que pueden requerir de una terapia marital o de pareja previa a la resolución de los problemas sexuales. Otros problemas psicológicos asociados a disfunciones sexuales son, asimismo, la depresión, los trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivo, el alcoholismo, o la psicosis, entre otros.

A modo de síntesis se podría establecer la intervención del siguiente modo:

a) Si el diagnóstico es una anorgasmia producida por un desconocimiento de la respuesta sexual, el proceso terapéutico irá dirigido a establecer un proceso de aprendizaje que permita a la persona conocer y aprender de forma adecuada lo que no ha podido realizar anteriormente. En estos casos las técnicas más apropiadas son las descritas por Heiman y Lopiccolo (método de Heiman-Lopiccolo) .

b) Si el diagnóstico es una anorgasmia en pareja pero no con la automasturbación, el proceso terapéutico irá encaminado al aprendizaje por su pareja de las técnicas adecuadas a través de placereados y heteromasturbación en el caso de que ésta desconozca dichas fórmulas. A la vez la

mujer aprenderá a "abandonarse" en pareja, si esta fuera una de las causas que impiden el orgasmo en compañía.

c) Si la causa de la anorgasmia es la ansiedad generada por determinadas situaciones, vivencias o ideas sobre sexualidad impidiendo éstas el abandono y produciendo un hipercontrol de la respuesta, se tendría que trabajar el cambio de actitud para eliminar la angustia haciéndole consciente que con el pensamiento que relaciona el orgasmo con algo negativo o peligroso imposibilita la concentración y el abandono, condiciones básicas para desencadenar el reflejo.

d) Si la causa de la anorgasmia está relacionada con un conflicto de pareja, bien por una inadecuada comunicación, hostilidad de la pareja, por conflictos en la convivencia, falta de valoración del rol femenino, incumplimiento de las expectativas con respecto al rol masculino y todas aquellas situaciones que puedan crear desajustes, la terapéutica irá dirigida primeramente a dar solución al problema de pareja ya que el problema sexual, en este caso, la anorgasmia, es un emergente del conflicto previo de convivencia. Es una forma de expresar que la relación no funciona adecuadamente y, por lo tanto, no permite el clima adecuado (amor y sexo) para que la mujer se exprese sexualmente teniendo en cuenta la dependencia afectiva que muchas mujeres necesitan para que su sexualidad se manifieste adecuadamente.

e) Si el diagnóstico encuentra como causa de la anorgasmia un trauma psicológico grave o problemas de personalidad o psicológicos se derivará al experto que corresponda.

Referencias bibliográficas

- (1) MASTERS, W.; JOHNSON, V. (1966) "Respuesta Sexual Humana". Inter-Médica. 1ª reimpresión, 1978.
- (2) KAPLAN, H. (1974) "La Nueva Terapia Sexual". Alianza, 7ª reimpresión 1986.
- (3) MASTERS, W.; JOHNSON, V.; KOLODNY, R. (1994) "Eros. Los Mundos de la Sexualidad". Grijalbo. 1ª edición, 1996.
- (4) LABRADOR, F. (1994) "Disfunciones Sexuales". Universidad-Empresa, 1ª edición.
- (5) CARROBLES, J; SANZ, A. (1991) "Terapia Sexual". Fundación Universidad-Empresa, 1ª edición.
- (6) LOPICCOLO (1978). Handbook of Sex Therapy (pp. 373- 386). New York: Plenum Press.
- (7) KUSNETZOFF, J. (1990). "La Mujer Sexualmente Feliz". Javier Vergara, 1ª edición.
- (8) HEIMAN, J.; LOPICCOLO, J. (1976) "Para Alcanzar el Orgasmo". Grijalbo, 1ª edición, 1990.
- (9) REIBSTEIN, J; RICHARDS, M. (1993). "Acuerdos sexuales". Javier Vergara
- (10) OFFIT, A. (1975) " El Yo Sexual". Grijalbo. 2ª edición, 1979.
- (11) Cáceres, J. (1996). Manual de terapia de pareja. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.