

REVISIONES

Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexológica

Ana Alexandra Carvalheira

Instituto Superior de Psicología Aplicada. Lisboa. Portugal.

RESUMEN

En este trabajo pretendemos discutir las razones de la no existencia de protocolos terapéuticos para las disfunciones sexuales femeninas, y presentar las intervenciones clínicas de que disponemos.

La larga negligencia del estudio de la sexualidad femenina ha tenido importantes consecuencias: la dificultad en conceptualizar la respuesta sexual femenina y crear un modelo teórico; la falta de medidas estandarizadas, y la falta de consenso en la definición de criterios de diagnóstico y clasificación de las disfunciones sexuales femeninas. Por consiguiente, no es posible tener intervenciones terapéuticas estructuradas. Subyacente al tópico “problema frente a disfunción”, está el reconocimiento del modelo biopsicosocial para la comprensión de la función sexual femenina. En este escenario, ¿cómo hacemos terapia sexual en las disfunciones femeninas? Presentamos los objetivos de la terapia sexual y las técnicas terapéuticas de las que disponemos en el abordaje clínico de los problemas y disfunciones femeninas en una perspectiva psicosexológica.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina. Terapia sexual. Abordaje clínico.

ABSTRACT

The clinical management of female sexual dysfunctions: the psico-sexological perspective

We intend to discuss the main reasons to the non-existence of therapeutic protocols for FSD, and to examine the clinical interventions available at the present time.

The long negligence on the study of female sexuality had significant consequences: difficulty on conceptualizing women's sexual response and to create a theoretical model; the lack of standardized measures; the lack of consensus regarding diagnostic definitions and classification of sub-types of FSD; consequently it is not possible to have structured therapeutic interventions. Underlying the subject “problem vs. dysfunction”, there is also the recognition of the biopsicosocial complex model to the understanding of the female sexual function.

We examine the reasons underlying the difficulty of doing clinical research: the absence of a universally accepted method for defining the FSD population; the difficulty defining end points in clinical trials and; the difficulty on achievement an integrated and multidisciplinary work of different specialists.

On this scenario, and regarding the actual context of social change, how are we doing sex therapy on the female dysfunctions? Finally, we present the objectives of sex therapy and the available methods and therapeutic interventions to the clinical management of the female problems and dysfunctions in a psico-sexological perspective.

Key words: Female sexual dysfunction. Sexual therapy. Clinical management.

Correspondencia: Dra. A.A. Carvalheira.
Avda. Estados Unidos da América, 94, 1.º D. 1700-178 Lisboa. Portugal.
Correo electrónico: ana.carvalheira@clix.pt 60. Fax 93 581 22 95.

INTRODUCCIÓN

La publicación de Masters y Jonson, en 1966, constituye un marco importante en el reciente campo de la sexología clínica. El modelo de terapia sexual propuesto por los autores ha permitido el desarrollo del abordaje clínico de las disfunciones sexuales y ha abierto camino a nuevos modelos para la comprensión de la sexualidad humana. El mejor conocimiento de la función sexual ha permitido establecer un sistema de clasificación con criterios de diagnóstico de las disfunciones sexuales y, por consiguiente, la definición de métodos y técnicas para la intervención terapéutica. No obstante, a lo largo de las 3 décadas siguientes a la obra de Masters y Jonson, la sexualidad femenina ha estado medio relegada, quizás debido a la falta de conocimiento de la respuesta sexual femenina y a la idea largamente asumida de su complejidad.

La historia así lo demuestra. La década de los ochenta ha estado enfocada en el estudio del varón: los efectos vasoactivos de la papavrina en 1982 y el ascenso de la andrología¹. En el año 1998 sale al mercado el primer fármaco para el tratamiento de la disfunción eréctil. Sabemos que este hecho constituye otro marco importante, no solamente para el abordaje clínico de una disfunción masculina, sino también para el enfoque en el estudio de la sexualidad femenina. En el mismo año, 1998, se reúnen en Boston los más grandes especialistas para realizar la primera “Reunión internacional de consenso de la disfunción sexual femenina”. El informe de dicho encuentro científico se publicó en el *Journal of Urology* en 2000. Dicho informe suscita una crítica en la comunidad científica internacional, suficiente para la publicación de un suplemento del *Journal of Sex & Marital Therapy* con 36 artículos, en 2001. El interés de la industria farmacéutica contribuye indudablemente al desarrollo de la investigación de la sexualidad femenina. A partir de ahí, surgen nuevas conceptualizaciones y emergen modelos sobre la respuesta sexual femenina²⁻⁷.

De acuerdo con Bancroft et al⁸, una de las consecuencias de la larga negligencia de la sexualidad femenina fue no haber intentado conceptualizar los problemas sexuales de las mujeres, de una forma relevante para las mujeres. El modelo de la sexualidad masculina no sirve para la compresión de la sexualidad femenina, pues existen importantes diferencias en cuanto al sexo en la experiencia sexual. Encontramos los siguientes factores determinantes de la función sexual femenina: dentro de una infraestructura biológica se inscriben procesos de elaboración psicológica (el rol de las emociones y cogniciones; el contexto relacional y los factores interpersonales son

fundamentales; el fuerte impacto de los factores contextuales, y la influencia de los factores socioculturales). La práctica clínica demuestra que estos son los principales factores determinantes de la función/disfunción sexual.

La respuesta sexual femenina encierra un conjunto de especificidades que se deben tener en cuenta: *a)* la sexualidad femenina es fuertemente contextual: el contexto emocional o relacional puede ser un factor determinante en la respuesta sexual; *b)* la diferencia entre excitación genital y excitación subjetiva, ya demostrada por diversos estudios⁹⁻¹²; se interpone un proceso de modulación cognitiva: la experiencia de la excitación es determinada más por la intensidad y apreciación de los estímulos sexuales y menos por el *feedback* de los genitales; *c)* la excitación subjetiva es fuertemente modulada por las emociones y las cogniciones; *d)* la diversidad de razones/motivaciones de las mujeres para la actividad sexual, y *e)* el deseo puede aparecer una vez después el estímulo haya producido la excitación, o sea, deseo y excitación se refuerzan mutuamente.

Así, las dificultades en conceptualizar y construir un modelo comprensivo de la respuesta sexual femenina implica la dificultad en el diagnóstico de las disfunciones. El diagnóstico de las disfunciones sexuales femeninas es todavía un reto, por su naturaleza compleja, que incluye diversos aspectos subjetivos y factores contextuales.

El diagnóstico de las disfunciones sexuales femeninas se hace a través de la entrevista clínica, pues no hay instrumentos estandarizados. Todavía hace falta un método de diagnóstico estandarizado. Con todo, disponemos de una clasificación de las disfunciones sexuales femeninas, de acuerdo con el 2nd International Consultation on Sexual Medicine (2004)¹³: trastorno del deseo/interés sexual; trastorno de la excitación sexual subjetiva; trastorno de la excitación genital y subjetiva; trastorno de la excitación persistente; trastorno del orgasmo; vaginismo; disparesunia¹³.

Atendiendo a que la función sexual femenina es consecuencia del contexto interpersonal y psicosocial, y está determinada, hasta cierto punto, por la historia sexual e historia médica, el Comité Internacional recomienda a los clínicos que, aparte de los aspectos disfuncionales de la respuesta sexual, consideren: *a)* los factores de predisposición que puedan haber afectado al desarrollo psicosexual de la mujer; *b)* los factores precipitantes y de mantenimiento de las dificultades sexuales, y *c)* las situaciones medicoquirúrgicas en el pasado y presente¹³.

Creemos que las disfunciones sexuales femeninas constituyen un espectro diversificado de dificultades.

Por eso, y aparte de esas recomendaciones, consideramos que la evaluación de las disfunciones sexuales femeninas debe incluir otros aspectos: comprender las quejas sexuales enfocando los componentes deseo y excitación en un modelo circular; evaluar la excitación genital y la excitación subjetiva, bien como la calidad de la estimulación sexual (contexto, duración y tipo de estímulos); el desarrollo psicossexual; el contexto relacional, la intimidad emocional de la pareja; las variables contextuales (p. ej., la rutina sexual, las condiciones de vida las agendas cargadas...) y muy importante es evaluar los *scripts* sexuales.

Los factores psicológicos e interpersonales son determinantes en la salud sexual y, por consiguiente, en la etiología y el mantenimiento de las disfunciones: la falta de atracción por la pareja, las emociones negativas y los sentimientos predadores, como la culpa, la vergüenza o la ansiedad, la falta de atención/concentración en el contexto sexual (distracción) y posibles aptitudes sexuales negativas, como el miedo a “perder el control” o resistir a permitirse tener placer.

Hemos enfocado la importancia de la evaluación porque no disponemos todavía de intervenciones terapéuticas estructuradas en las disfunciones sexuales femeninas. Por consiguiente, en la terapia sexual, una buena evaluación es la garantía de la mejor estrategia terapéutica. Por otra parte, tampoco disponemos de tratamientos farmacológicos aprobados para la disfunciones sexuales femeninas¹⁴.

Los principales objetivos de la terapia sexual incluyen: enfocar las quejas sexuales y el logro de la satisfacción sexual en la perspectiva de la propia mujer; mejorar el conocimiento sexual; cambiar actitudes y creencias disfuncionales; mejorar la comunicación e intimidad sexual, y reducir la ansiedad. Las intervenciones terapéuticas incluyen técnicas específicas como los ejercicios de focalización sensorial, la reestructuración cognitiva y determinados métodos conductuales. La terapia sexual involucra a ambos miembros de la pareja. Cada caso es único, cada pareja es única con sus dinámicas, y por consiguiente, la intervención terapéutica deriva del proceso de evaluación y es diferente en cada caso.

Presentamos a continuación los procedimientos y las técnicas de la terapia sexual para las diferentes disfunciones sexuales femeninas. El trastorno del deseo/excitación puede requerir las siguientes intervenciones: explorar inhibiciones individuales y factores interpersonales; crear situaciones no exigentes en las cuales puede ocurrir la excitación sexual; facilitar la excitación a través del uso de “erótica” o fantasías; ejercicios de autoestimulación/fantasías eróticas; ampliar el repertorio de habilidades sexuales; en algunos

casos puede justificarse una psicoterapia individual, por ejemplo en el manejo de inhibiciones resultantes del miedo al abandono, miedo a perder el control, personalidades controladoras y obsesivas, o sentimientos de no ser merecedor del placer. En el diagnóstico del trastorno del orgasmo, las técnicas terapéuticas incluyen facilitar información, discutir creencias y actitudes; identificar y manejar pensamientos automáticos disfuncionales; analizar el miedo a “perder el control”; prescribir ejercicios de autoestimulación/fantasías eróticas y masturbación (también para que la mujer descubra el tipo de estimulación de que necesita para aumentar la excitación); la técnica CAT (coital alignment technique) consiste en una postura que permite el contacto directo de la base del pene con el clítoris, para maximizar la estimulación; disminuir la ansiedad y cambiar del rol de observador al de participante; ejercicios de focalización sensorial creando una situación no exigente (quitar el orgasmo como objetivo final puede reducir la ansiedad); prescribir los ejercicios de Kegel, o simplemente facilitar conocimientos en los contextos de ignorancia (educación sexual) sobre “el proceso de descubrimiento de la sexualidad” sobre todo del tipo de estimulación que cada mujer necesita.

Las intervenciones terapéuticas no son en su mayoría específicas para determinada disfunción, lo que también demuestra el carácter circular y la sobre posición del deseo, excitación y orgasmo. Las intervenciones terapéuticas consisten en la combinación más adecuada de estas técnicas para cada caso.

El los casos de dispareunia y vaginismo se recomienda un enfoque multidisciplinar para el dolor sexual. Es importante analizar la experiencia del dolor (el cuando y el cómo, el tipo de dolor...). Explorar creencias, aptitudes y miedos y evaluar el perfil emocional/psicológico. Una técnica muy usada es recurrir a los dilatadores para relajar la musculatura vaginal.

Como recomendaciones finales, y desde el punto de vista de la terapia sexual, proponemos:

1. Una buena evaluación es la garantía de la mejor intervención terapéutica, con especial enfoque en los factores psicológicos e interpersonales que son determinantes en la salud sexual y por consiguiente, en la etiología y mantenimiento de las disfunciones.

2. Es absolutamente necesaria la colaboración entre las varias ciencias en la evaluación, tratamiento e investigación clínica.

3. La investigación clínica es urgente.

4. La salud sexual es un campo multidisciplinario. La mejor forma de afrontar los problemas sexuales es disponer de un equipo de profesionales de diferentes campos con formación sexológica.

Bibliografía

1. Gomes FA. Paixão, amor e sexo. Lisboa: Dom Quixote; 2004.
2. Tiefer L. A new view of women's sexual problems: why new? Why now? *J Sex Res.* 2001;38:89-96.
3. Leiblum S. Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *J Sex & Marital Therapy.* 2001;27:159-68.
4. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Therapy.* 2000;26:51-65.
5. Basson R. Human sex response cycles. *J Sex & Marital Therapy.* 2001;27:33-43.
6. Basson R. A model of women's sexual arousal. *J Sex & Marital Therapy.* 2002;28:1-10.
7. Laan E, Everaerd W. Physiological measures of vaginal vasocongestion. *Int J Imp Res.* 1998;10 Suppl 2:5107-10.
8. Bancroft J, Loftus J, Long J. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sexual Behavior.* 2003;32:193-208.
9. Heiman J. Female sexual response patterns: Interactions of physiological, affective and contextual cues. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37:1311-6.
10. Laan H, Everaerd W, Van der Velde J, Geer J. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology.* 1995;32:444-51.
11. Meston C, Gorzalka B. The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behav Res Ther.* 1995;33:651-64.
12. Meston C, Heiman J. Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:652-6.
13. Lue T, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions. Paris: Health Publications Edition; 2004.
14. Althof S, Leiblum S, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine S, McCabe M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sexual Med.* 2005;2:793-800.