

Evaluación y tratamiento de la anorgasmia femenina

Francisco Cabello Santamaría

Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga. España.

RESUMEN

En "The Second International Consultation on Sexual Medicine" se definió el trastorno del orgasmo como "a pesar de una adecuada excitación hay ausencia, notable disminución de la intensidad o retraso del orgasmo, con cualquier tipo de estimulación". En una reciente revisión de 34 estudios, las cifras de anorgasmia oscilan entre el 20 y el 50%. En mujeres españolas se estima una incidencia de entre un 5 y un 40%, y después del deseo sexual hipoactivo es la segunda causa de consulta entre las pacientes que acuden al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP).

Pero, a pesar de la alta incidencia, no hay medidas farmacológicas específicas y se han usado con poco éxito la mirtazapina y la yohimbina, inhibidores de la fosfodiesterasa cinco y apomorfina.

En los últimos años se ha prodigado mucho el uso de geles clitorídeos y del Eros device®. Para Billups et al con el Eros® mejora el 42% de las mujeres que presentan alguna disfunción sexual; sin embargo, en el IASP sólo el 1,25% encontró satisfacción con el aparato. En cuanto a los geles clitorídeos, como el Viacrem®, Donacreme®, etc., en el IASP se puso de manifiesto una eficacia del 6,25%.

En definitiva, no se dispone de ningún fármaco que haya demostrado ser claramente eficaz, como ocurre en la disfunción eréctil del varón, por lo que la estrategia terapéutica más efectiva en la actualidad sigue siendo la terapia sexual.

Palabras clave: Anorgasmia. Disfunción orgásmica. Eros device®. Gel clitorídeo. Terapia sexual.

ABSTRACT

Evaluation and treatment of female anorgasmia

In the "Second International Consultation on Sexual Medicine" orgasmic dysfunction was defined as "Despite high sexual arousal/excitement there is either lack of orgasm, markedly diminished intensity of orgasmic sensations or marked delay of orgasm from any kind of stimulation". In a recent review of 34 studies, the figures of anorgasmia ranged between 20% and 50%. In Spanish women the estimated rate is between 5% and 40%. In the Instituto Andaluz de Sexología y Psicología orgasmic dysfunction is the 2nd cause of consultations by female patients, after hypoactive sexual desire disorder.

In spite of these data, there is no specific pharmacological approach, mirtazapine, yohimbine, IPDE5 and apomorphine having been used without much success.

In the last years clitoris gels have been used and also vacuum devices such as Eros®. According to Billups et al., 42% of women with any sexual dysfunction improved with Eros. However in IASP only 1.25% claimed to be satisfied with the device. Likewise, only 6.25% improved using gels such as Viacrem® or Donacrem®.

In short there is no specific pharmacological therapy, unlike in male erectile dysfunction, that has proved to be adequate in orgasmic disorder and the best therapeutical approach is still sexual therapy.

Key words: Anorgasmia. Orgasmic dysfunction. Eros device®. Clitorideal gel. Sexual therapy.

Correspondencia: Dr. F. Cabello Santamaría.
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.
Alameda Principal, 21, 2.º. 29001 Málaga. España.
Correo electrónico: fcabello@iasexologia.com

INTRODUCCIÓN

La décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), se refiere a los trastornos sexuales en su capítulo 5 y establece la disfunción orgásmica (F52.3) cuando “el orgasmo no ocurre o está notablemente retrasado”¹. Más completa es la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR)²: “Inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo”.

En “The Second International Consultation on Sexual Medicine” se definió el trastorno del orgasmo cuando “a pesar de una adecuada excitación hay ausencia, notable disminución de la intensidad o retraso del orgasmo, con cualquier tipo de estimulación”³.

Sería conveniente establecer un período concreto durante el cual, si la anorgasmia se mantiene, otorgarle una entidad clínica, ya que a lo largo de la vida de la mujer son muchas las ocasiones en que la respuesta sexual no va a culminar con la sensación orgásmica, sin que se pueda considerar por ello patológico. Habría también que fijar un tiempo de aprendizaje, a partir del cual determinar que existe disfunción orgásmica porque para la mayoría de las mujeres; dicho aprendizaje acontece después de un tiempo de iniciadas las relaciones sexuales. Son las mujeres con experiencia en masturbación las que más fácilmente responden de forma satisfactoria. Así, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), casi el 98% de las mujeres que acuden a consulta quejándose de anorgasmia primaria, no se han masturbado con anterioridad⁴. Se puede afirmar, por tanto, que la forma más fácil de experimentar el orgasmo es por autoestimulación, especialmente del clitoris, método utilizado por el 95,2% de las mujeres que se masturban. La inserción digital es una de las formas menos facilitadoras de la respuesta y conduce al orgasmo sólo al 0,9% de las mujeres⁵. Otras fórmulas útiles para algunas mujeres pueden ser la simple presión de las piernas (2,7%), acariciándose los pechos (1,2%) o fantaseando exclusivamente.

Entre las mujeres que acuden al IASP, la forma más fácil de acceder al orgasmo, después de la estimulación manual, es a través de la estimulación bucal, a continuación la penetración en cabalgada con estimulación manual al mismo tiempo, le sigue la penetración *a tergo* (ella tendida boca abajo y él penetrando por detrás) con estimulación clitorídea, posteriormente la penetración en cabalgada sin estimulación y, por último, la

TABLA 1. Variabilidad de demandas en el IASP

Nunca ha habido orgasmo bajo ninguna circunstancia
Anorgasmia salvo en sueños
Orgasmo sólo con autoestimulación
Sólo por presión del chorro de agua de la ducha
Sólo apretando las piernas
Sólo con estimulación manual propia
Sólo por estimulación manual propia y de la pareja
Sólo con estimulación oral
Sólo por estimulación manual de la pareja pero no con autoestimulación
Orgasmo con penetración y estimulación clitorídea al mismo tiempo
Con unas parejas pero no con otras
Unas pocas veces en su vida
Orgasmo de baja intensidad
Quieren tener más de un orgasmo seguido
No están seguras de tener orgasmos

postura del misionero. Las demandas por anorgasmia se distribuyen tal como se especifica en la tabla 1.

La fisiología del orgasmo es bastante compleja, de forma que cualquier alteración orgánica o funcional que interfiera con alguno de los múltiples mecanismos implicados, puede ocasionar la inhibición de la respuesta. No obstante, parece que sólo en el 5% de las anorgasmias aparecen factores de carácter orgánico, el resto se debería a causas psicológicas⁶.

EPIDEMIOLOGÍA

Kinsey et al⁷ señalaron que un 10% de las mujeres casadas no tenían orgasmo; el mismo porcentaje apuntó Chesser⁸, y para Hite⁹ éste sería del 11,6%. En una reciente revisión de 34 estudios, las cifras de anorgasmia oscilan entre el 20 y el 50%¹⁰. En mujeres españolas se estima una incidencia de entre un 5 y un 40%¹¹, mientras que entre las mujeres mexicanas la cifra sólo alcanza el 6,8%¹². Dentro de la consulta general de ginecología, el nivel de anorgasmia detectado en mujeres españolas es de alrededor del 8%¹³.

Algunos estudios se han centrado en la anorgasmia coital poniendo de manifiesto que entre el 50 y el 75% de las mujeres no tienen orgasmo durante el coito, pero sí en otras circunstancias¹⁴.

EVALUACIÓN

Historia clínica

Se debe hacer una exhaustiva historia clínica, precisando con exactitud si se trata de un trastorno del orgasmo primario, secundario, situacional o generaliza-

do. Es muy importante revisar en profundidad la historia psicosexual: inicio de la atracción sexual, juegos eróticos infantiles, descubrimiento del placer sexual, inicio y evolución de las fantasías, inicio y evolución de la masturbación, circunstancias y respuesta de la primera relación sexual, tiempo transcurrido hasta alcanzar el orgasmo, relaciones con las distintas parejas, motivos de separación, etc.

Exploración neurofisiológica

Salvo experimentalmente, todavía no se ha extendido el uso en consulta de la tecnología que se puede emplear para medir distintos parámetros de la respuesta sexual femenina. Las pruebas fisiológicas han avanzado mucho en los últimos años. Hoon et al¹⁵ comprobaron que la forma más precisa de medir la excitación de la mujer consiste en el uso de un fotopletismógrafo más un termistor. Posteriormente se emplearon electrodos de oxígeno calentados unidos a la pared vaginal¹⁶. Otros autores han medido potenciales evocados de clitoris¹⁷.

Actualmente se han perfeccionado los fotopletismógrafos vaginales y a la técnica se ha incorporado el láser Doppler. Se está usando la medición de la diferencia de potenciales transvaginales, la medición de reflejos vaginales (especialmente en medicina forense), la medición de la respuesta vaginal y clitorídea a la vibración, y la sensación al tacto con monofilamentos. No obstante, parece ser que la prueba genital de mayor interés está resultando ser la medición del flujo sanguíneo clitorídeo.

Otra línea de investigación muy interesante, actualmente en marcha, es el estudio fisiológico de la sexualidad a través de la imagen. Heiman¹⁸ ha revisado los cambios radiológicos en los genitales femeninos durante la respuesta sexual mediante un tomógrafo axial computarizado. A escala cerebral se está empleando la resonancia magnética, la emisión de positrones y el flujo sanguíneo regional cerebral, lo que está permitiendo aportar datos acerca de las zonas que intervienen en los distintos procesos de la respuesta orgásmica. Así, recientemente se ha puesto de manifiesto mediante resonancia magnética-escáner que la respuesta orgásmica se correlaciona con un alto grado de actividad en la región insular anterior izquierda¹⁹.

No obstante, en la actualidad estas pruebas no tienen utilidad clínica, si bien son de suma importancia en el campo de la investigación.

Cuestionarios

Los más prácticos desde el punto de vista clínico son el SAI-E¹⁵, el GRISS²⁰ y el IIS²¹. Ocasionalmente,

pueden servir sobre todo con fines experimentales el FSDS²², el FSFI²³ y el CSFQ²⁴.

Autorregistros

En el IASP, con las mujeres que presentan anorgasmia, no se emplean los clásicos registros descritos por otros autores referentes a la determinación del lugar, el tiempo, el grado de excitabilidad y la satisfacción con la relación sexual. Sí es de suma utilidad hacer registros cuando se está trabajando con las fantasías sexuales y en algunos casos para determinar la evolución de la terapia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad no se dispone de ningún fármaco cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica. Bien es cierto que algunos principios activos facilitan la desinhibición y otros mejoran el deseo. Así, parece que el bupropión mejora todas las fases de la respuesta sexual y facilita la aparición del orgasmo²⁵.

En la práctica clínica es muy común el uso de mirtazapina y yohimbina, pero varios estudios doble ciego han puesto de manifiesto que no mejoran la respuesta orgásmica inhibida previamente por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina²⁶. También se han usado los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, pero sólo un estudio, llevado a cabo por Caruso et al²⁷, ha verificado diferencias significativas con el uso de sildenafil; mejores resultados parecen obtenerse con el empleo de 3 mg de apomorfina sublingual²⁸. Sin duda, los compuestos dietéticos como el ArginMax (*Ginkgo biloba*, *Damiana*, etc.) son los más usados en el tratamiento de la anorgasmia, pero es dudoso que la respuesta sea mayor que con placebo.

En los últimos años se ha prodigado mucho el uso de geles clitorídeos y del vacío genital Eros device® (vibrador con forma de ratón de computadora al que se inserta un capuchón del tamaño adecuado para cubrir el clitoris que produce una succión de éste). Para algunos²⁹, la efectividad de Eros device® es sorprendente y mejora al menos el 42% de las mujeres que presentan alguna disfunción sexual; sin embargo, en el IASP llevamos a cabo 80 pruebas en 16 mujeres con trastorno del orgasmo y sólo el 1,25% encontró satisfacción con el aparato. En el grupo control formado por 12 mujeres sin ningún tipo de disfunción sexual, se realizaron 60 pruebas, y resultó satisfactorio para el 16,6%³⁰. En vista de los resultados se debe deducir que hay algún sesgo en los estudios o que las mujeres españolas (concretamente andaluzas) reaccionan de manera distinta a las mujeres americanas del norte.

En cuanto a los geles clitorídeos, como Viacrem®, Donacreme®, etc., se presentan generalmente en forma de gel para aplicar en el clítoris y los labios menores, y suelen llevar en su composición L-arginina, con la pretensión de que la supuesta absorción del aminoácido, precursor del óxido nítrico, permita favorecer la erección clitorídea. Además, el gel suele estar aderezado con mentol, que implica un cambio de temperatura vulvar y, por tanto, un estímulo a la sensibilidad del clítoris. En el IASP se administró en fórmula galénica (arginina al 0,1% y mentol al 0,5%) a 16 mujeres con trastorno del orgasmo (80 intentos), y se encontró una eficacia del 6,25% frente a un 25% en el grupo control (60 pruebas en 12 mujeres sin trastorno del orgasmo)³⁰.

En definitiva, para la anorgasmia, de forma específica, no hay ningún fármaco que haya demostrado ser claramente eficaz, como ocurre en la disfunción eréctil del varón.

TRATAMIENTO SEXOLÓGICO

Existen distintos modelos terapéuticos, de los cuales los más utilizados y reseñados son los siguientes: modelos de Heiman y LoPiccolo³¹, Kaplan³², Graber y Graber³³, y Masters y Johnson⁶. No hay grandes diferencias entre ellos y sus autores manifiestan un notable optimismo en cuanto a los resultados, a pesar de no haber apenas estudios bien diseñados que evalúen la eficacia terapéutica de éstos. Por ejemplo, Kaplan afirma: “A menos que se den enfermedades físicas o mentales graves, o se interponga un conflicto conyugal insuperable, todas las mujeres son capaces de tener orgasmos. Apenas hemos encontrado a una mujer que no sea capaz de aprender cómo conseguir el clímax”³².

Todos los modelos citados incluyen entrenamiento en masturbación y mecanismos para inhibir la ansiedad, y se ha puesto de manifiesto que la masturbación es sumamente eficaz para el tratamiento³⁴. Sin embargo, no hay evidencia científica de que las diferentes técnicas empleadas para inhibir la ansiedad contribuyan a la experimentación del orgasmo, lo que ha llevado a algunos autores a suponer que la ansiedad no tenga un papel relevante en la disfunción orgásmica³⁵. También casi todos los modelos incluyen los ejercicios de Kegel³⁶; sin embargo, se ha verificado que no existen diferencias significativas en cuanto al orgasmo por el uso de los ejercicios³⁷.

En el IASP, se lleva a cabo una estrategia que recoge elementos de todos los modelos mencionados y consta de los siguientes pasos³⁸:

Potenciación de la erotofilia

En primer lugar se trabaja en el sentido de eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. En este apartado se dedica tiempo a explicar la respuesta sexual femenina, combatir las creencias erróneas y comentar las distintas formas de expresar la sexualidad por parte de otras parejas y diferentes culturas. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas eróticas y visualización de pornografía.

Autoestimulación

Desde el principio se enseñan técnicas de relajación, que en nuestro caso será una modificación de la sistemática de Shoultz y los ejercicios de Kegel³⁶. Así, la mujer aprende a concentrarse en las distintas partes de su cuerpo, a sentirlo y, acto seguido, puede comenzar a explorarlo.

Las mujeres con una anorgasmia de toda la vida deben comenzar con la exposición de los genitales al espejo y exploración manual de los mismos sin intencionalidad respecto a la excitación. Después iniciará la autoestimulación con el chorro de agua de la ducha, lo que en nuestra experiencia es la manera más fácil para iniciar una respuesta orgásmica. La mujer debe dirigir, con una presión consistente, el agua hacia el clítoris dedicándole un tiempo mínimo de 5 min.

De no haberse presentado dificultades pasaremos a lo que denominamos “extensión sensorial”, es decir a trasladar el orgasmo desde la ducha a las manos o a un vibrador (hace unos años costaba que las pacientes los usaran, pero en la actualidad no suele haber ninguna dificultad). Al aconsejar el vibrador, se resalta que lo interesante es el uso externo, es decir, su aplicación sobre el clítoris, aunque se puede jugar con la introducción vaginal. En la actualidad están resultando de suma utilidad los vibradores digitales. Se recomienda a la mujer que practique para obtener el orgasmo de las formas, posturas y situaciones más diversas.

En pareja se dedica una parte de la terapia a mejorar la comunicación, para ello se puede emplear un paquete del tipo “The Minnesota couple communication program”³⁹, al mismo tiempo se comienza con la erotización sensual y la erotización genital.

Erotización sensual y orgásmica

Una vez que la mujer ha conseguido el orgasmo con la autoestimulación y ha practicado con éxito en distintas circunstancias, se intenta la extensión sensorial

en pareja, es decir, practicar el orgasmo por autoestimulación delante de él, para progresivamente pasar a que sea el compañero quien con las caricias, dirigidas por ella, provoque el orgasmo.

Capacitación orgásmica

Penetración con autoestimulación clitorídea

Tras haber superado con éxito la erotización orgásmica se le recomienda a ella que practique la autoestimulación tendida boca abajo y cuando domine la técnica, su pareja pasará a la penetración en la postura *a tergo* (penetración vaginal por detrás). En una primera fase ella estimulará su clitoris durante la penetración hasta conseguir el orgasmo con el pene dentro.

Penetración con heteroestimulación clitorídea

El paso siguiente, si ha progresado satisfactoriamente en la fase anterior, consiste en entrenar la consecución del orgasmo con la penetración posterior mientras el compañero le estimula el clitoris. En esta fase resulta de suma utilidad que él utilice un vibrador digital.

Penetración sin estimulación clitorídea

Si se ha superado la fase anterior, se puede dar por concluida con éxito la terapia. No obstante, muchas parejas en nuestro medio desvalorizan el orgasmo conseguido con estimulación clitorídea concomitante y no se conforman con la situación. En estos casos, se intenta que la mujer se estimule hasta estar cerca del “punto de no retorno”, mientras que el varón mantiene un ritmo lento de empujes vaginales. Una vez ahí, la mujer avisará y el compañero acelerará el ritmo, dejando ella de acariciar el clitoris y manteniendo la mente ocupada en la elaboración de fantasías eróticas.

Cuando se consigue el orgasmo se instruye a ambos miembros de la pareja en la *coital alignment technique* (CAT) propuesta por Eichel y Nobile⁴⁰, que según algunos autores incrementa de forma notable la habilidad para obtener el orgasmo⁴¹.

La bibliografía disponible defiende la postura en cabalgada mientras ella se acaricia el clitoris y empleando además los ejercicios vaginales de Kegel³⁶ durante la posición en cabalgada. Sin embargo, en el IASP no se han visto beneficios con las contracciones de Kegel en esta postura. Por el contrario, se constató que las mujeres pierden la concentración en las fantasías cuando están haciendo las contracciones vaginales. Además, cuando alcanzan el orgasmo por autoestimulación clitorídea durante la penetración en cabalgada, rara vez se consigue la extensión orgásmica a otras posturas o la consecución del orgasmo sin estimulación. En suma, la posición *a tergo* aporta mejores resultados.

Llegados aquí se recomienda, al igual que en otras disfunciones, dejar un número de posibles encuentros eróticos para repasar ejercicios, como la masturbación de ella sola delante de la pareja y alcanzar el orgasmo por estimulación de él sin penetración.

Cuando se trata de un trastorno del orgasmo secundario, si se ha descartado que sea a consecuencia de la ingesta de medicamentos o de una enfermedad orgánica, el pronóstico será por lo general muy pobre. En estos casos la estrategia terapéutica que más resultado da a largo plazo es generar habilidades de comunicación en pareja⁴², haciendo una terapia similar a la que se emplea para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo.

En suma, hasta ahora la terapia sexual en pareja y más concretamente el entrenamiento en autoestimulación que conforma parte de la misma, sigue siendo la estrategia más efectiva y la única empíricamente validada para la resolución de la disfunción orgásmica.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. ICD 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR. Washington: APA; 2000.
3. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24:221-9.
4. Cabello-Santamaría F. Disfunciones sexuales femeninas. En: Cabello F, Lucas M, editores. *Manual médico de terapia sexual*. Madrid: Psimática; 2002.
5. Elberdin L. La polémica clitoris-vagina. *Orereta: Xenpelar*; 1999.
6. Masters W, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Intermédica; 1970.
7. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martín CE, Gebhard P. *Sexual behaviour in the human female*. Filadelfia: WB Saunders; 1953.
8. Chesser E. *The sexual marital and family relationships of the english woman*. London: Hutchinson's Medical Publications; 1956.
9. Hite S. *El informe Hite*. Barcelona: Plaza y Janés; 1976.
10. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:40-172.
11. Vázquez C, Graña JL, Ochoa EFL. Trastornos sexuales. En: Fuentenebro F, Vázquez C, editores. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill; 1991.
12. Castañeda Sánchez O, Flores García E, López del Castillo Sánchez D, Cortés Gil H. Anorgasmia prevalence in women attended at familiar medicine unit no. 1 in Obregon, Sonora, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73:525-30.
13. La Calle P, Martín O, Rincón P, Zamora A, Diab Z, Soler P, et al. Dificultades sexuales en la práctica ginecológica. *Sexología Integral*. 2006;3:204-9.
14. Reinisch JM. *The Kinsey Institute: New Report on Sex*. New York: St. Martin's; 1991.
15. Hoon EF, Hoon PW, Wicze J. An inventory for the measurement of female sexual arousal. *Arch Sex Behav*. 1976; 5: 208-15.
16. Amberson JL, Hoon PW. Hemodynamics of Sequential Orgasm. *Arch Sex Behav*. 1985;14:351-60.
17. Morais M, Figueredo P, Leal J. RBC y PESS de Clitoris en Mujeres. Comunicación presentada al VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. La Habana, Cuba; 1994.
18. Heiman JR. Recent progress in the measurement of female sexual response. XV World Congress of Sexology. París, Francia; junio de 2001.

19. Ortiguea S, Graftona SG, Bianchi-Demichelic F. Correlation between insula activation and self-reported quality of orgasm in women. *NeuroImage*. 2007;37:551-60.
20. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. 1986;2:157-65.
21. Lopiccolo J, Steger JC. The sexual interaction inventory: a new instrument for assesment of sexual behavior. *Arch Sex Behav*. 1974;3:585-95.
22. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther*. 2002;28:317-30.
23. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208.
24. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther*. 2006;32:43-52.
25. Modell JG, May RS, Katholi CR. Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:231-40.
26. Michelson D, Kociban K, Tamura R, Morrison MF. Mirtazapine, yohimbine or olanzapine augmentation therapy for serotonin reuptake-associated female sexual dysfunction: a randomized, placebo controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2002;36:147-52.
27. Caruso S, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Agnello C. The function of sildenafil on female sexual pathways: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;110:201-6.
28. Bechara A, Bertolino MV, Casabé A, Fredotovich N. A double-blind randomized placebo control study comparing the objective and subjective changes in female sexual response using sublingual apomorphine. *J Sex Med*. 2004;1:209-14.
29. Billups KL, Berman L, Berman J, Metz ME, Glennon ME, Goldstein I. A new non-pharmacological vacuum therapy for female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:435-41.
30. Cabello-Santamaría F. El futuro incierto de la investigación en sexualidad femenina. *Sexología Integral*. 2005;1:12-6.
31. Heiman JR, LoPiccolo J. *Becoming orgasmic*. New York: Prentice Hall Press; 1976.
32. Kaplan HS. *The new sex therapy – Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Times Book; 1974.
33. Graber G, Graber B. *Woman's orgasm*. New York: Books Merril; 1975.
34. Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49:568-70.
35. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:173-257.
36. Kegel A. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *West J Surg Obstet Gynecol*. 1952;60:521-4.
37. Fichten CS, Libman E, Brender W. Methodological issues in the study of sex therapy: effective components in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1983;9:191-202.
38. Cabello-Santamaría F. Disfunciones sexuales femenina. En: Lucas Matheu M, Cabello-Santamaría F, editores. *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Doyma Elsevier; 2007.
39. Miller S, Nunnally E, Wackman D. *The Minnesota couples communication training program*. Bloomington: Instructor's Manual; 1971.
40. Eichel E, Nobile P. *CAT la fórmula perfecta*. Barcelona: Ediciones B; 1993.
41. Hurlbert DF, Apt C. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *J Sex Marital Ther*. 1995;21:21-9.
42. Milan RJ, Kilmann PR, Boland JP. Treatment outcome of secondary orgasmic dysfunction: a two- to six-year follow-up. *Arch Sex Behav*. 1988;17:463-80.