

Los desórdenes en el deseo sexual, así como en la respuesta sexual, son las causas más frecuentes de consulta de la mujer. Sin embargo, ella se queja más de los conflictos vinculados con la afectividad y la comunicación con su pareja que de los problemas que la aquejan a nivel individual relacionados con su sexualidad.

disfunciones sexuales

SEXUALES FEMENINAS

Las disfunciones sexuales son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que usualmente impiden el desarrollo de una vida sexual plena. Sus determinantes pueden encontrarse en una variedad de niveles de la naturaleza humana, desde la constitución biológica, con las consecuencias que sobre la misma producen muchas enfermedades; la naturaleza psicológica, que reclama la integración armónica de las potencialidades eróticas dentro de la totalidad de nuestro ser; la naturaleza del vínculo de pareja, el ambiente social y cultural ante el erotismo, los aprendizajes y las vivencias de la sexualidad y la afectividad desde los inicios de la vida de las personas.

Enumerar una serie de condiciones que convencionalmente se clasifican como disfunciones sexuales requiere una reflexión previa.

Muchas han sido las definiciones y las conceptualizaciones que se han usado para describirlas, (Rubio, 1982) usó la siguiente definición para abordar las disfunciones sexuales: la alteración, más o menos persistente, de alguno o de todos los eventos que conforman el ciclo de la respuesta sexual humana.

En realidad la gran mayoría de estas definiciones que han sido utilizadas tienen un común denominador: la suposición de que existe una forma de funcionamiento estándar, o cuando menos no alterada en la respuesta sexual de las personas.

Mediante el estudio de este modelo de comportamiento, se facilita la comprensión de los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen durante la actividad sexual y que las diversas fases del ciclo de respuesta sexual están definidas arbitrariamente, que no siempre quedan

nítidamente delimitadas, que pueden diferir considerablemente en la misma persona en distintas ocasiones y entre distintos individuos, así como que estas no reflejan los estados emocionales, los vínculos afectivos y la respuesta armónica de la persona. Las consecuencias clínicas de las irregularidades de estos modelos clásicos de respuesta son los que determinan las diferentes patologías, tanto en el hombre como en la mujer.

FASE DE EXCITACIÓN

La excitación tiene lugar como resultado de la estimulación sexual que puede ser a raíz de una variedad de estímulos, de origen físico o psíquico. Cuando hacemos referencia a los estímulos físicos, abarcamos a todos los procedentes de los órganos de los sentidos, fundamentalmente los que provienen de la vista, del oído, del olfato, del gusto, y del tacto. Cuando nos referimos a los estímulos

psíquicos, señalamos todo aquello que es la imaginación, el pensamiento, las diferentes escenas tanto actuales como pasadas, e inclusive las inventadas que habitan nuestro psiquismo. Esta división de estímulos es totalmente arbitraria ya que se supone que todos los estímulos, tanto imaginarios como sensoriales actúan de manera conjunta.

La estimulación tanto física como psíquica, en una determinada situación produce una serie de reacciones.

La fase de excitación es a veces de corta duración y avanza muy rápidamente a la fase subsiguiente, llamada de sostenimiento o meseta, en cambio en otras ocasiones, la fase de excitación sexual puede comenzar muy lentamente y avanzar de modo gradual en un largo intervalo de tiempo, hasta alcanzar niveles, de sostenimiento o meseta.

La velocidad y la graduación con que la excitación avanza, es sumamente variable de persona a persona, y de situación a situación; es también modificada por diversos factores de origen neuro-químico, también depende del grado de estimulación, de la preparación para la respuesta.

En el caso de la mujer, la excitación se caracteriza por la aparición de una sustancia líquida capaz de lubricar la entrada del conducto vagi-



nal, que es producida por la dilatación de las pequeñas arterias de las paredes de la vagina. Es importante señalar que es un trasudado y no una secreción, porque las glándulas que podrían provocar la salida de este líquido no existen, es decir la lubricación vaginal es producto de

la vasodilatación y por lo tanto indicativa de que la excitación ha comenzado.

Esta lubricación vaginal tiene dos objetivos:

1.- Advertir a la mujer, y a quien está produciendo la estimulación, que la fase de excitación ha comenzado.

2.- Advertir que la vagina ha comenzado a estar dispuesta a ser ocupada, que está preparada para la penetración.

Existen otros cambios provocados por la fase de excitación en los genitales, como la expansión, la apertura del fondo vaginal, un movi-

SEXOLOGIA Y SOCIEDAD • 11

miento hacia arriba del útero que se acomodará para recibir los espermatozoides, en el caso que estos se depositen en el fondo vaginal, alargamiento de la vagina, separación y elevación de los labios mayores, aumento de tamaño de los labios menores.

Toda la estructura del clítoris aumenta de tamaño como resultado de la afluencia sanguínea, de la vasodilatación. El clítoris no sólo se reduce simplemente a la pequeña estructura que asoma en la parte superior de los órganos genitales femeninos.

Se sabe que el clítoris es una estructura sumamente compleja, que penetra en su estructura, profundamente, sobre el techo del conducto vaginal y se abre en dos ramas, abrazando la entrada del conducto vaginal, formando parte de la composición de los labios menores. Por lo tanto, da lo mismo tocar la estructura visible y externa del clítoris, como estimular la parte más externa de la vagina, o acariciar la estructura de los labios mayores y menores de la vulva, en realidad, un estímulo apropiado tendría que proporcionar en grado diverso, una caricia de diferente intensidad, en todo momento y en toda la estructura vulvar, tanto la visible como aquella que asoma o se halla escondida en la entrada del conducto vaginal.

Otra modificación que se produce en la mujer en la fase de excitación es la erección de los pezones, que es característica, aunque a veces puede no notarse, si la fase de excitación es sumamente intensa y la piel de la mujer es blanca, puede notarse que la circulación venosa mamaria aumenta y que se produce un aumento del tamaño de ambas mamas.

Ni en los hombres, ni en las mujeres estos cambios producidos en la fase de excitación sexual son constantes y ascendentes. Hay múltiples causas que pueden incidir en la afectación de esta fase, por ejemplo, las distracciones, tanto psíquicas como físicas, la falta de motivación suficiente, todos los factores que producen estrés, tensión, ruidos, sustos, una posición determinada, dolor, calambres musculares, un comentario inapropiado, uno o varios pensamientos que, a manera de escenas vividas se cruzan en la mente, pueden disminuir o anular esta fase de excitación, produciendo cortes o disminución en cualquiera de las manifestaciones de la excitación, o sea la no aparición de la lubricación vaginal o que sea muy escasa.

FASE DE MASETA

Es denominada así, porque en la curva que se dibuja para graficar los diferentes períodos del ciclo sexual, la figura que aparece es similar

al accidente geográfico llamado meseta.

En realidad es una fase de sostenimiento progresivo de excitación; representa una nivelación del incremento de la tensión sexual, aunque se registra un nuevo aumento de esa excitación si se mantiene una estimulación efectiva.

Significa un sostenimiento, un llegar a determinado nivel de la excitación. Los niveles alcanzados varían de persona a persona, y la duración de esa fase cambia con mucha amplitud, si es breve tendremos a un hombre eyaculador precoz, o con eyaculaciones rápidas. En la mujer, se esta fase se interrumpe, la fase orgásmica puede quedar trunca.

Los cambios observados en la vagina, particularmente en el tercio externo, son de una permanente vasodilatación. Esta reacción es llamada "plataforma orgásmica", que traduce la presencia de abundantes cantidades de sangre, inundando no sólo las paredes del conducto vaginal, de la zona clitorideana, y de la zona vulvar, sino también de algunos órganos que están contiguos a ella, como la vejiga y el recto.

Como resultado de esta vasodilatación la entrada de la vagina tiende a estrecharse, este efecto de estrechamiento favorece en forma notable el contacto con el pene al introducirse, ya que lo cen-

tral y lo más importante de este hecho es el contacto que el órgano sexual masculino pueda hacer sobre las paredes vaginales, y no la profundidad que pueda alcanzar.

La zona clitorideana, juntamente con su expansión sobre la zona de los labios menores y mayores, aumenta la posibilidad de que estos sean excitados por un proporcional aumento de la sensibilidad.

En lo que respecta a las glándulas mamarias, los pezones y el tejido que lo rodea, llamados areolas, comienzan a hacerse prominentes y se colorean de un tono más oscuro.

Es tan importante la vasodilatación, es decir el aumento del flujo sanguíneo, que en muchas mujeres se puede observar una especie de coloración rojiza en la piel, parecida al sarampión, en muchos varones también aparece, aunque en menor intensidad. La localización de esta reacción es variable; aparece habitualmente a nivel del abdomen, pero también puede aparecer en la parte superior del tórax, cerca del cuello.

Acompañando todas estas reacciones de la fase de meseta, tanto en varones como en mujeres, se produce un aumento de la sensibilidad muscular, de tal manera que las contracciones son muy fáciles de producirse.

Hay aumento de los latidos cardíacos y de la respiración.

FASE DE ORGASMO

Los mecanismos neurofisiológicos íntimos del orgasmo aún se desconocen, sin embargo podemos mencionar algunos hechos; el orgasmo es un reflejo que se desencadena una vez alcanzado determinado tipo de nivel de excitación.

El orgasmo femenino está marcado por contracciones rítmicas y simultáneas del útero y de toda la plataforma orgásmica (tercio externo de la vagina, labios mayores y menores de la vulva y otros órganos anexos), y las contracciones del esfínter externo del ano, que se inician a intervalos de 0,8 seg. Y disminuyen a partir de ahí en intensidad, duración y regularidad. Sin embargo, el orgasmo es una respuesta total del organismo, no una mera respuesta localizada en la pelvis, ni una respuesta músculo mucosa de la pelvis.

Los electroencefalogramas realizados durante el orgasmo muestran cambios significativos en la lateralidad hemisférica, así como en los índices y tipos de actividad de las ondas cerebrales, también se han medido con detalle las contracciones de los grupos de músculos periféricos, así como los ritmos respiratorios y cardíacos.

En esta fase es donde se produce la mayor entrega, por ambos miembros de la pareja, es el momento de comunicación y expresión máxima de las emociones, de los sentimientos, del afecto, este es el momento cumbre de la relación entre dos personas que mantienen un vínculo afectivo, por eso la importancia de satisfacer las necesidades y expresiones de ambas.

FASE DE RESOLUCIÓN

Existe una particularidad femenina necesaria de ser destacada: las mujeres tienen la capacidad potencial de ser multiorgásmicas, esto significa que pueden tener una serie de respuestas orgásmicas sin descender el nivel de excitación más bajo que el nivel de meseta, los hombres son uniorgásmicos, no tienen esta capacidad.

Inmediatamente después de la eyacuación el hombre entra en un período refractario, durante el cual es imposible otra eyacuación, aunque en ocasiones puede mantenerse una erección parcial o completa. Este período refractario puede durar algunos minutos o varias horas.

La duración del período refractario varía mucho entre distintas personas, como en la misma persona, e incluso se halla fuertemente influido por factores emo-

cionales, por la ansiedad, por depresiones, y por factores estresantes.

La capacidad multiorgásmica de la mujer, es una capacidad y no una obligatoriedad, ninguna mujer es inferior a otra porque tenga un solo orgasmo y otra tenga más de uno. Toda mujer tiene la capacidad de llegar a niveles más altos de excitación y tener más de un orgasmo con cierto entrenamiento y una pareja con habilidades.

Los cambios anatómofisiológicos producidos durante esta fase de resolución son una desaparición progresiva de la plataforma orgásmica, con una fuga de los líquidos sanguíneos que se han acumulado en estas zonas. El útero vuelve a su posición normal, en tanto la vagina comienza a acortarse y, el clítoris vuelve a su posición normal.

Después de haber descrito las respuestas del organismo femenino ante un estímulo crónico sexual, pasaremos a comentar los resultados de un estudio piloto.

RESULTADOS

Se realiza un estudio piloto acerca del comportamiento sexual con 250 mujeres chilenas en tres regiones del país.

Las mujeres fueron entrevistadas por profesionales capacitados en afectividad y sexualidad (Diplomados de

la Universidad de Santiago de Chile), en consultorios, de la Clínica Androsex, y hospitales, las que concurrían a consulta por motivos relacionados con su salud sexual o controles anuales.

En 250 mujeres encuestadas se detectaron con entrevista en profundidad que 74 (29.6%) de ellas padecían de una disfunción sexual, que no se trataba.

La frecuencia de las disfunciones es de un 50% de anorgasmias, un 35.7% de trastornos del deseo, o deseo hipoaactivo, y un 14.2% de dispareunia.

Las características generales de este grupo son: media de la edad, 48,5 años, con un rango entre 26 y 69 años. Las mujeres más jóvenes que se trataron no tenían interés en continuar se procreación. Todas tenían una pareja estable, con más de tres años de relaciones, el 95.2% estaba casada, y el 4.7 vivía en unión consensual estable.

En esta ocasión, se presenta un corte de la investigación, con 42 mujeres que terminaron los talleres educativos de afectividad y sexualidad y completaron el primer ciclo de tratamiento con SILDENAFIL, 25 Mg. Por dosis, durante tres meses.

Todas las mujeres participaron en 6 talleres educativos de Afectividad y

Sexualidad, con temas propuestos por ellas mismas, coordinados y orientados por profesionales capacitados, orientados por el Diplomado de Afectividad y Sexualidad de la Universidad de Santiago de Chile.

En esta propuesta pedagógica de intervención en Afectividad y Sexualidad prevalece el saber, las inquietudes, y las necesidades individuales y personales, de los y las participantes. En esta estrategia educativa se han integrado niños, padres, profesores, apoderados, mujeres, adolescentes, adultos mayores, etc.

Los temas más solicitados y que se trataron fueron; Educación Sexual, relación de pareja en todas las edades, comunicación interpersonal, afectividad, manejo de las relaciones con los hijos, y con los padres, disfunciones sexuales, climaterio, entre otros.

La experiencia ha sido muy enriquecedora tanto para las mujeres como para los profesionales que trabajamos el tema.

Se logró la reintegración e incorporación de una nueva imagen de su propio cuerpo, de su vida, a través de la vivencia de este ciclo educativo, combinado con el tratamiento de Sildenafil.

Entre las características más relevantes del estudio encontramos que un 45.2% tomaban antidepresivos, un 30% anticonceptivos orales, y tenían estrés, un 28%.

Indagamos acerca de la información sexual que habían recibido en la infancia o adolescencia y encontramos que un 69.1% no había recibido ningún tipo de información, del 30.9% que recibió, el 14% fue por su mamá y un 7.1% de los amigos.

La edad media del inicio de las relaciones sexuales para este grupo es de 16.8 años, y su primera experiencia sexual, fue regular en un 30% y mal en un 21.4%.

Se encontró que un 28.6% tenía deseo sexual 1-2 veces en los tres meses anteriores a la entrevista; un 40.5% 3-4 veces, sin embargo la frecuencia de las relaciones sexuales por mes era para un 45.2% de 1-2 veces en los tres meses anteriores a la entrevista, y para un 38% de 3-4 veces.

Esto se explica porque la mujer acude a las relaciones para mantener a su pareja y para recibir el afecto que en ese momento le otorga su pareja. Cuando ellas valoraron su propio desempeño sexual no estaban conforme con el mismo un 95.2%, y consideraban que su relación era disfuncional un 90.5%, y el 64.2% informó encontrarse

inconforme con la relación sexual que practicaban.

Pudo comprobarse en los talleres de afectividad y sexualidad que la autoestima de estas mujeres era muy baja. Vinculaban la disfunción a una falta de estímulo físico, a falta de atractivo personal, gordura, rutina, cansancio, síntomas del climaterio, y a mitos con su cuerpo y la práctica de la sexualidad propia.

En este grupo de mujeres que usó voluntariamente 25 mg. de Sildenafil, por dosis, pudo comprobarse que aumenta el deseo sexual, la disposición a iniciar relaciones sexuales y también la vivencia del placer en la relación sexual.

Mejora la respuesta sexual completa, el orgasmo, y por tanto la satisfacción sexual de la pareja.

El 88% no tuvo efectos colaterales o adversos. Los más reportados se relacionan con reacciones vasomotoras momentáneas.

CONCLUSIONES

- 1.- La disfunción sexual femenina más frecuente en este grupo de mujeres es la anorgasmia, (50%) el deseo hipoactivo, (35.7%) y dolor o dispareunia, (14.2%)
- 2.- La información sexual de estas mujeres es escasa o nula, en un 69.1%
- 3.- La edad media del inicio de las relaciones sexuales

en este grupo es de 16.8 años.

- 4.- Las primeras experiencias sexuales fueron malas o regulares en un 52.3%
- 5.- El deseo sexual y la valoración de su desempeño sexual fue bajo antes del tratamiento, y consideraban que la relación sexual era disfuncional en un 90.5%, sin embargo mantenían una frecuencia de relaciones sexuales alta.
- 6.- El Sildenafil mejora la disposición de la mujer al inicio de las relaciones sexuales.
- 7.- El Sildenafil aumenta la frecuencia de relaciones sexuales, la respuesta sexual completa, la satisfacción sexual de la pareja.
- 8.- El Sildenafil aumenta el deseo sexual, la vivencia del placer y el orgasmo.
- 9.- La educación en sexualidad y afectividad eleva la autoestima de la mujer, y le permite la reevaluación, el aprendizaje e integración de su cuerpo a la vida sexual íntima □

Ilustración: Luis Ulises García

* **Clínica Androsex**
Facultad de Ciencias Médicas
Eseuela de obstetricia y puericultura
Diplomado en Afectividad y Sexualidad
Universidad de Santiago de Chile