

Artículo Algoritmo de atención

Trastorno orgásmico femenino. Protocolo asistencial

Female orgasmic disorder. Assistance protocol

Dra. C. María del Carmen Vizcaíno Alonso

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de 1 y 2do grado en Psiquiatría. Profesora Consultante Titular de la Facultad Victoria de Girón. Investigadora Titular. Máster en Pedagogía de la Sexualidad. Diplomada en Dirección en Salud. Sexóloga Clínica acreditada.

Centro de Salud Mental

maryvizcaino@infomed.sld.cu

RESUMEN

El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por la dificultad en experimentar orgasmo y/o notable intensidad reducida de las sensaciones orgásmicas, después de una fase de excitación sexual normal. Pueden imbricarse factores que perturban la calidad de vida de las mujeres; entre estos se destacan factores educativos y psicológicos, el uso drogas y psicofármacos. El presente trabajo tuvo como objetivo proyectar una protocolización de la atención del trastorno orgásmico femenino desde la atención primaria de salud hasta niveles especializados. Se realizó una revisión del tema y se sometió el proyecto a análisis de expertos del Centro Nacional de Educación Sexual. Se destacaron como instrumentos la historia clínica, con exploración psicosexual, y el examen ginecológico, así como la evaluación de la relación de pareja. Se consideraron cruciales la educación y la orientación sexual, al igual que las medidas de promoción de salud y el empleo de técnicas como la focalización sensorial y el entrenamiento en la masturbación.

Palabras claves: disfunciones sexuales femeninas, anorgasmia, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Female orgasmic disorder is characterized by the difficulty in experiencing orgasm and/or a marked reduced intensity of orgasmic sensations, after a phase of normal sexual arousal. Factors disturbing the quality of women's life (educational, psychological, use of drugs and psychotropic drugs, among them) can be involved. This paper aims to project a protocol of the attention of female orgasmic disorder from primary health care to specialized levels. A review of the topic was carried out and the project was submitted to expert analysis in the National Center for Sexual Education. The medical history, with psychosexual exploration and gynecological examination, as well as the evaluation of the relationship, were highlighted as instruments. Education and sexual orientation, the measures of health promotion, and the use of techniques such as sensory focalization and masturbation training were considered crucial.

Key words: female sexual dysfunctions, anorgasm, primary health care.

Conceptualización

Orgasmo: su definición es vaga, matizada por la subjetividad de cada persona entre otros factores individuales, culturales y biológicos, por lo que en la clínica se dificulta con frecuencia determinar el diagnóstico. Esta opinión es compartida por Burri (1,2) y hace referencia a la conceptualización realizada en 2003 por expertos de la Asociación Mundial de Medicina Sexual y Urología, en la cual por consenso señalan el orgasmo como una sensación variable, máxima y momentánea de intenso placer, que crea un estado de turbación de la conciencia, acompañado por contracciones rítmicas involuntarias de la musculatura pelviana estriada que rodea la vagina; a menudo se presentan contracciones uterinas y anales concomitantes con miotonía, que se solucionan con la vasocongestión sexualmente inducida (a veces solo de forma parcial) de manera normal con un influjo de bienestar.

El *trastorno orgásmico femenino* (TOF) se caracteriza por la dificultad en experimentar orgasmo y/o una intensidad marcadamente reducida de las sensaciones orgásmicas (3), después de una fase de excitación sexual normal (3-7). Se presenta con más frecuencia en las mujeres, y también se le denomina *disfunción orgásmica*, *anorgasmia psicógena*, *excitación sexual inhibida* e *inhibición orgásmica* (3,5,7,8). En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (9) se dice: «cuando se presenta este trastorno, el orgasmo no se produce o se retrasa excesivamente». De acuerdo con el momento y las circunstancias de su aparición, puede ser clasificado (1,3,7-11) de:

- *primario*: si la mujer nunca ha obtenido el orgasmo ni a través del *coito* ni por *masturbación*;
- *secundario o adquirido*: se presenta en aquella mujer que, tras una época de haber tenido orgasmos, deja de experimentarlos de forma sistemática;
- *generalizado*: cuando la fémina no es capaz de alcanzar el orgasmo mediante ningún procedimiento (autoestimulación, heteromasturbación y otros);
- *situacional*: cuando alcanza el orgasmo solo en circunstancias específicas.

Epidemiología

Se reconoce en estudios internacionales que más de un tercio de las mujeres no tiene deseo sexual y que una de cada cuatro no puede conseguir el orgasmo (12). Sin embargo, se ha estimado un porcentaje mayor afectado, pero la mayoría no acude a consulta y pueden imbricarse diferentes factores que perturban la calidad de vida de las mismas. Se ha considerado que un porcentaje bastante mínimo de mujeres 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» (13). Se plantea que las lesbianas tienen un amplio rango de estilos de vida sexual, como la población general (14).

En los Estados Unidos, Australia, Canadá y Suecia, el predominio de trastorno orgásmico es aproximadamente 16-25 % en edades entre 18-74 años en las mujeres (3,15). En España se estima que entre 40-50 % de mujeres sufren de algún tipo de este trastorno y es la segunda queja más frecuente entre las mujeres que acuden a consulta (16). En otra población femenina de Ecuador la cifra fue de 51.4 % (17).

Burri reporta estimados de prevalencia de TOF entre 16-39 % en la población y entre 16-48 % de los casos atendidos por disfunciones sexuales (1).

En Cuba, se halló este tipo de trastorno, en féminas que asistieron a consultas de terapia sexual, entre 25 % y 43.7 % (18,19). Además, Real Cancio comprobó que es un fenómeno altamente prevalente en la población femenina, pues en un estudio sobre 845 mujeres obtuvo cifras de 26.98 % en un municipio de la capital (3).

En 209 mujeres supuestamente sanas, entre 19 y 64 años de edad, procedentes de centros laborales de varias provincias del país, estudiadas en el periodo 2001-2014, Vizcaíno y Montero encontraron que 16.7 % refirieron alguna disfunción sexual, la cual se presentó en todos los grupos de edades, fundamentalmente entre los 21-50 años. Prevalcieron el deseo sexual hipoactivo con 9.1 % y el TOF con 3.8 %. Es de notar que la cifra de estos trastornos se considera mayor si se tiene en cuenta que se obtuvo otro 37.3 % de mujeres con insatisfacciones en su funcionamiento sexual, sin identificar por ellas como disfunción sexual. Ninguna de las femeninas acudió a consultas médicas o psicológicas por las manifestaciones mencionadas. Todo lo cual indica la existencia de demanda oculta de disfunciones sexuales y malestares de la sexualidad en mujeres supuestamente sanas (20).

Etiología

El orgasmo femenino es un proceso complejo que tiene componentes biológicos, psicológicos y sociales (7). Se ha planteado un origen multifactorial (21,22). Cabello reporta que parece que solo en 5 % de los TOF surgen factores de carácter orgánico; el resto se debería a causas psicológicas (23).

Los factores físicos se recogen como muy pocos frecuentes. No obstante, en el orgasmo juegan un papel importante los siguientes sistemas: el hormonal (las hormonas serían las mensajeras del estímulo), el nervioso (la activación del simpático permite la contracción del útero y de la vagina), el vascular (la circulación fomenta la irrigación de la zona en el momento del clímax), el muscular (la musculatura del suelo pélvico sustenta el orgasmo) y el sexual (los órganos sexuales participan lógicamente en todo el proceso). Cualquier desbalance que afecte a uno de estos sistemas o bien de forma general al organismo, puede originar un TOF (24).

Tiene vital valor indagar sobre su sexualidad, en los portadores de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), dada la alta frecuencia de estas en la población y la particular posibilidad de que aquella se encuentre afectada. Santos ha considerado, que entre las entidades crónicas que padecen los adultos mayores y que han podido afectarles su sexualidad, se encuentra la hipertensión arterial, la artrosis y la diabetes mellitus (25). Puentes y et al. manifiestan que con frecuencia los trastornos sexuales constituyen el primer síntoma (síntoma centinela) de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que comprometen la vida del paciente de no actuar a tiempo; constituyendo su atención una manera de prevenir complicaciones clínicas mayores (26). Torres y Gutiérrez han señalado el incremento de la ECNT en Cuba y la necesidad de indagar en estos casos en la esfera sexual y sus trastornos (27).

Entre las causas orgánicas, se señalan enfermedades como hipotiroidismo, diabetes, deficiencia de estrógenos, paraplejias, esclerosis múltiple, hernia discal, tumores o lesiones medulares, así como insuficiencia cardíaca y anomalías anatómicas de la vagina, del útero o de las estructuras de soporte de la pelvis, además de la vaginitis recurrente grave. Por otra parte, tienen relevancia el consumo de drogas y fármacos, como antipsicóticos, antidepresivos, sedantes y antihipertensivos (1,7,22,24-33) .

La hiperprolactinemia se asocia con los trastornos del deseo; sin embargo, se ha planteado que pueden inhibir la cascada de eventos que condicionan la respuesta sexual

(34). Por tanto, pudiera afectarse la fase orgásmica. También hay que tener en cuenta que la disfunción sexual es el trastorno más reportado por mujeres con patología de suelo pélvico, ya que cuatro de cada cinco de ellas reportan anorgasmia (TOF), dolor y sequedad vaginal debida a falta de tono muscular, alteraciones anatómicas o incontinencia de esfínteres (35). No obstante, autores cubanos han encontrado la presencia de otros trastornos sexuales femeninos en la disfunción del suelo pélvico (36).

En el I Consenso Cubano de Enfermedades Cardiovasculares y Sexualidad, se enfatizó en el papel de la hipertensión arterial en la sexualidad. Se señala como causa directa del compromiso en la irrigación arterial de la vagina y del clítoris, lo que afecta la lubricación, produce dispareunia, disminuye la sensibilidad vaginal y ocurren dificultades para alcanzar el orgasmo en la mujer (37).

En las causas fisiológicas de disfunciones sexuales se menciona la edad de la mujer (38). En el TOF debe tenerse en cuenta esta variable, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida por la mujer (38). La capacidad orgásmica aumenta con la edad, con los años de práctica sexual (7,39). Se ha apreciado en grupos de jóvenes una proporción más baja de orgasmos que en los de mujeres de mayor edad, lo cual se relaciona con las diferencias de experiencia sexual entre los grupos (1,40).

También se ha planteado que en las edades extremas de la vida sexual es más frecuente que existan problemas relacionados con cualquiera de los grupos de disfunción sexual, incluyendo el orgasmo, aunque por motivos diferentes. En la juventud usualmente por temor, además de la inexperiencia sexual y en otras etapas más avanzadas de la vida por la alteración del tejido, isquemia o fibrosis (41).

En la sociedad cubana, que está envejeciendo y en la que muchos adultos mayores se mantienen activos, el disfrute de una sexualidad placentera no escapa a las posibilidades de la tercera edad. Se trata de un tema que ha ido adquiriendo importancia. Cedeño y colaboradores hacen referencia que para 2025 Cuba, con casi un cuarto de su población de sesenta años y más, será el país más envejecido de América Latina y en 2050 ya no solo será el más envejecido del continente americano, sino uno de los más avejentados a escala mundial (41).

La capacidad y el desempeño sexual son influenciados por: el propio efecto del envejecimiento, enfermedades físicas, factores psicológicos, e imperativos socioculturales y familiares a los que están expuestas las personas de edad avanzada (42, 43,44). Además de lo anterior, se destaca la afectación en la actividad sexual por la frecuencia de medicación en esa etapa de la vida, lo que provoca trastornos del deseo, dificultades en la lubricación vaginal y TOF (39). Los problemas sexuales son capaces de producir empobrecimiento emocional y, por tanto, empeorar la calidad de vida de las ancianas (45).

Gratacos considera que el embarazo, el climaterio, la andropausia, la menopausia o la vejez pueden originar TOF debido a las fluctuaciones de los niveles hormonales (32). Según Real Cancio, el déficit estrogénico y de testosterona que se produce, se relaciona con trastornos en la excitación, la lubricación y el deseo sexual (3). Castroviejo coincide en los síntomas anteriores como los más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de estrógenos, pero incluye coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital (8). En la menopausia, los niveles de estradiol en declive dejan de ejercer su función vasodilatadora

y de protección de la circulación clitoridiana, uretral y vaginal (37). De lo señalado deriva la aparición de ciertas disfunciones sexuales, como TOF, dispareunia y vaginismo (46).

Entre las causas de las disfunciones sexuales, se encuentran los factores psicosociales en el que intervienen aspectos psicológicos, interpersonales, ambientales, culturales y educativos (12,47,48). En el TOF se han identificado: la ansiedad asociada a la expectativa del orgasmo y el intento de controlarlo, la vergüenza, la autovigilancia durante la relación sexual, el estrés, la personalidad, el estado civil y la religiosidad. La educación sexual deficiente, con el desconocimiento de la propia anatomía y la función genital (en particular, del clítoris y de la eficacia de la estimulación directa de esta zona erógena), puede crear dificultades en alcanzar orgasmos, así como mitos y prejuicios en torno a la sexualidad. Otras causas se articulan a la baja autoestima, inconformidad con la imagen corporal, falta de confianza con la pareja y experiencias traumáticas como el abuso y la violencia sexual (7,32).

Las condiciones inapropiadas de hábitat, problemas socioeconómicos, problemas de relación con la sociedad, interpersonales y de pareja, pueden influir en la presencia de las disfunciones sexuales en la mujer (3). Se ha comprobado la presencia de factores psicosociales vinculados al comportamiento sexo-erótico y las disfunciones sexuales femeninas, tales como problemas laborales y de pareja, falta de privacidad en la relación íntima, dificultades familiares, falta de información sexual y preocupaciones de salud (20,49).

En la vejez, algunas circunstancias tienen una significación negativa especial en la sexualidad femenina como la falta de pareja, pues al perderla, se encuentra con que la sociedad actual no aprueba que trate de buscar una nueva pareja, por lo que el entorno social coloca a la mujer fuera del juego. Otras problemáticas en los adultos mayores son la monotonía en las relaciones sexuales, la violencia en la relación de pareja, las condiciones de vivienda y la falta de privacidad —pues generalmente comparten sus habitaciones con otras personas—, así como la desinformación y la creencia de que la práctica de la sexualidad es exclusiva de la población joven y desaparece en la senectud (25,44).

A mucha gente se le hace difícil pensar que las mujeres de la tercera edad tengan todavía sentimientos, necesidades y relaciones de tipo sexual, lo que viene dado por los estereotipos sexuales existentes (50). Además, se hacen evidentes las desigualdades entre los géneros, que llevan a limitar o negar a la mujer el ejercicio de sus derechos y necesidades sexuales, en función de llevar la sobrecarga de cuidadora de los familiares y de tareas domésticas.

Caracterización clínica (se incluyen las preguntas que no deben faltar para su evaluación)

Para el diagnóstico de TOF se considera la presencia de los síntomas por una duración mínima de aproximadamente seis meses, experimentado en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual (aproximadamente 75 %) que cause distress o discapacidad clínicamente significativa (1,2).

Se debe descartar que la disfunción sexual no sea atribuible a un trastorno psiquiátrico no sexual, a los efectos de una sustancia/medicación, a otra condición médica, a un severo distress en las relaciones (por ejemplo, la violencia de la pareja) u otros factores estresantes significativos. En estos casos se remitirán a los especialistas pertinentes (psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, endocrinos, neurólogos,...) y se valorará la supresión

de medicación que pueda causar el trastorno, teniendo en cuenta el costo-beneficio para la paciente.

Otro aspecto a considerar son algunos *malestares sexuales* dados por quejas e insatisfacción de las mujeres relacionadas con sus dificultades para alcanzar el orgasmo y el incumplimiento de los criterios diagnósticos señalados antes, especialmente la forma reiterada y persistente, los cuales se suceden ante una experiencia negativa eventual, solamente ante determinada actividad sexual específica y no en otras (dígase en el coito vaginal y no en la masturbación, o viceversa) (50-52). También puede analizarse la inclusión de algunos casos de jóvenes que no han tenido una vida sexual activa, pues en las primeras prácticas sexuales pueden presentarse demora o ausencia de orgasmo.

Tiene importancia clínica el hecho de que, con el incremento de la edad, en las mujeres aumente la capacidad orgásmica, lo que puede darse por la experiencia sexual y por los resultados encontrados en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología: casi 98 % de las mujeres que acuden a consulta quejándose de TOF primario, no se han masturbado con anterioridad (7,23).

Bianco ha considerado los diagnósticos de disfunción orgásmica coital y masturbatoria: la primera, en «individuos que refieren la incapacidad de obtener orgasmo durante el ejercicio coital, no así de otra forma»; y para la segunda, cuando no se alcanza durante la «manipulación de sus genitales, por parte de su pareja, no así de otras formas» (53).

No obstante, en el presente texto se califica de TOF cuando existe la dificultad o imposibilidad de lograr el orgasmo y no se hace la diferenciación de las vías para conseguirlo, lo cual coincide con el criterio de otros autores (4,9,11).

Evaluación

A partir de la experiencia clínica, para la correcta evaluación de las mujeres es aconsejable atender en el interrogatorio a un grupo de preguntas sobre las cuestiones siguientes.

Guía para las preguntas a realizar en la entrevista diagnóstica

1. Definir motivo de consulta y descripción breve del problema.
2. Indagar cómo la mujer imagina que es un orgasmo, si se da tiempo para reconocer su cuerpo, tanto con espejos como cámaras, y si se toca para conocer las sensaciones eróticas que emanan de cada zona.
3. Precisar características del trastorno referido en cuanto al tiempo (en meses y años), el comienzo (brusco o insidioso), las circunstancias de aparición, con qué lo asocia y su evolución (continua, intermitente, progresiva y en remisión).
4. Sondear si la mujer establece relación entre la aparición del TOF con su vida reproductiva, especialmente problemas en los embarazos, partos y con la menopausia.
5. Explorar si ha llegado al orgasmo, de qué formas (en el coito, por masturbación, fantasías, caricias y con el uso de vibradores u otros juguetes sexuales) y la frecuencia con que alcanza los mismos (siempre, a veces, casi siempre o nunca).

6. Investigar en los antecedentes: el empleo de medicamentos, de qué tipo y tiempo, así como la presencia de otras condiciones médicas como endocrinopatías y lesiones medulares y vaginales.
7. Averiguar cómo fue su primera experiencia sexual y la ocurrencia de situaciones sexuales traumáticas en su vida, como el abuso y la violencia sexuales.
8. Profundizar en su relación de pareja actual. Si considera que su pareja es la responsable de que ella llegue al orgasmo.
9. Expectativas de la persona en relación con el trastorno y lo que desea cambiar en su funcionamiento sexual.

Instrumentos a utilizar

Es importante la aplicación del método clínico para el diagnóstico de este trastorno y sus raíces. Se valoran los factores psicosociales y se descartan causas orgánicas; asimismo, se analizan las enfermedades que coexisten con la disfunción sexual, que se requieren conocer y tener en cuenta en la estrategia de tratamiento.

Los resultados de exámenes complementarios con frecuencia son normales (5). Se aconseja en la evaluación el empleo de los instrumentos y técnicas siguientes:

- *Historia clínica*: es necesario elaborar una historia clínica completa y exhaustiva, que incluya llevar a cabo un examen físico con exploración ginecológica (4,23,54). También hay que prestar atención al reconocimiento cardiovascular, pélvico y neurológico, así como descartar cualquier enfermedad o condición médica de base (1).
- *Entrevista médica a la paciente y a su pareja*: en el caso de que la mujer que demanda atención no tenga pareja, se evaluaría esta solamente. Se hace necesario profundizar en los datos personales, edad, sexo, ocupación, estado civil, localidad de procedencia, nivel escolar, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos tóxicos, personalidad previa y ajuste al medio, examen físico, condiciones de vida, religión y nivel de información sexual y en la relación de pareja, y formas de comunicación entre ambos (11).

En la historia psicosexual se profundiza en los juegos eróticos infantiles; el descubrimiento del placer sexual; la atracción sexual; el inicio y evolución de las fantasías eróticas y de la masturbación; circunstancias, satisfacción y respuesta de la primera relación sexual; tiempo transcurrido hasta alcanzar el orgasmo; relaciones con las distintas parejas y motivos de separación, entre otros aspectos de interés (23).

- *Entrevista psicológica*: con una anamnesis detallada, estudio de perfil de personalidad clínico y valoración de conflictos, motivaciones, inteligencia y de síntomas psíquicos. Se puede considerar por los especialistas de salud mental la aplicación de tests psicológicos, sobre todo de tipo proyectivos, de acuerdo con la clínica de cada caso. Es conveniente, si tiene pareja, realizar el estudio de la misma, profundizando en la dinámica de la relación dual y las características del vínculo amoroso en las áreas afectiva, de intimidad, de compromiso y comunicación con la pareja (11).

Se han evaluado la percepción de los miembros de la pareja en relación con la calidad, así como la comunicación de la misma. Tonatiuh y colaboradores exploran la comunicación, las barreras y los facilitadores de la misma, así como la interacción de los miembros, que puede ser equitativa, de complementariedad (uno prefiere actuar como el otro desea para evitar conflictos) y de manera competitiva negativa (55). Gottman elaboró un cuestionario para medir la calidad de la relación percibida por un miembro de la pareja (56). Este instrumento puede ser útil y de fácil aplicación (ver anexo1).

- *Dinámica de pareja para evaluar la relación dual* (por personal especializado). Cabe recordar que a veces vienen mujeres solas a consulta aunque tengan parejas, las cuales no concurren por disímiles causas, que deben ser motivo de examen y podría requerir de la valoración por separado de los miembros de la misma o de la atención individual de la paciente. Esto requiere de un análisis personalizado por la importancia diagnóstica de la dinámica vincular y su papel en la estrategia terapéutica. Otro aspecto a tener en cuenta, es la amplia gama de mujeres que demandan atención, con diversos modos de vivir su sexualidad, con diferentes orientaciones sexuales y formas de relaciones de pareja.
- *Cuestionarios* (opcional): sobre la función sexual, la calidad de la relación de pareja y los mitos sexuales. Entre los que aparecen difundidos en la literatura internacional se encuentran: Índice de Función Sexual Femenina, Cuestionario de Calidad de la Relación de Pareja y Cuestionario de Mitos y Falacias Sexuales (56-59) (ver anexos 1, 2 y 3).
- *Autorregistros y autoinformes*: son recomendables, pues mediante estos se pueden conocer frecuencia, antecedentes y consecuencias derivados de la conducta problema, así como de la existencia o no de determinados comportamientos, fantasías, falta de información, mitos y actitudes negativas, entre otros aspectos (29). Tienen particular interés los autorregistros cuando se está trabajando con las fantasías sexuales y, en algunos casos, para determinar la evolución de la terapia (23).
- *Exámenes complementarios*: de acuerdo con el cuadro clínico. Es conveniente la indicación de pruebas fundamentales como hemograma, perfil lipídico, glucemia, enzimas hepáticas, creatinina y valoración hormonal ante la sospecha de alteraciones (29). Se podría requerir de una evaluación endocrinológica y de los niveles de hormona estimulante del tiroides (TSH), de prolactina, estrógenos y testosterona libre; raramente se necesitan otros estudios hormonales. Puede analizarse la necesidad de una exploración neurofisiológica, que estaría en un nivel especializado. Las mediciones del flujo sanguíneo genital y de resonancia magnética funcional están limitadas al contexto de la investigación (1,7,22,39,54).

Tratamiento

Aspectos generales

Existen diferentes modelos para afrontar la terapia de los problemas sexuales, tanto psicológicos como clínicos. Entre estos se encuentran el psicodinámico, el conductista y el cognitivo-conductual. Además, es muy conveniente seguir un método de aproximación e intervención terapéutica: el modelo EPITEX (acrónimo de **E**ducación, **P**ermiso, **I**ndicaciones específicas y **T**erapia **s**exual) (60).

Primera fase: Educación. Fase inicial del abordaje terapéutico. Es frecuente la presencia de lagunas informativas y múltiples mitos. Su objetivo es adquirir un adecuado y suficiente nivel de información sexual para entender qué les ocurre. En esta fase se resuelven el 50 % de los problemas. Parte del re-etiquetado del problema, explicación que tiene la persona acerca del origen de su problema, responsabilidad sobre el problema y solución, y la génesis de estilos de vida constructivos. Puede y debe abordarse desde los dispositivos de la Atención Primaria de Salud.

Segunda fase: Permiso. Normalización, desculpabilización. Se les da permiso para realizar actividades que solo constituyen un problema en la medida que el sujeto lo vive como prejuicios y actitudes negativas.

Tercera fase: Indicaciones específicas. Primer nivel de terapia sexual. Intervención a través de indicaciones e instrucciones específicas acerca de determinadas actividades erótico-terapéuticas: focalización sensorial (erotización) y programa masturbatorio de Lo Piccolo, entre otras.

Cuarta fase: Terapia sexual. Se resuelven problemas más complejos: causas psicológicas profundas, dificultades orgánicas y mixtas, trastornos psicológicos y psiquiátricos profundos, entre otras molestias que afectan la salud sexual.

En la práctica clínica es útil considerar cuatro niveles de tratamiento psicoterapéutico, según el grado de afectación sexual y psicológica del individuo; sigue un fundamento similar al anterior. Ha sido preconizado por varios autores internacionales: L. Aresín (Conferencias de terapia sexual, 1983) y M. Granero (Curso de terapia cognitiva en las disfunciones sexuales, 19 al 22 de abril, 2006) (11). Los niveles se describen brevemente a continuación.

1. *Permisividad.* Cuando existen dudas y preocupaciones sexuales, que pueden esclarecerse por el terapeuta en consulta.
2. *Información limitada.* Se brinda información sobre anatomía, fisiología y otras condiciones físicas, psicológicas y ambientales que pueden intervenir en la aparición de la disfunción sexual.
3. *Sugerencias específicas.* De acuerdo con el tipo de trastorno, se aplican técnicas de terapia sexual específicas, las cuales se indican a las parejas, con frecuencia algunas como tareas para el hogar y como apoyo individual y de pareja, con el objetivo de brindar confianza y seguridad.
4. *Terapia intensiva.* Debe trabajarse la pareja como una unidad. Es importante la creatividad del terapeuta. El tratamiento se encamina al entrenamiento sexual, control de la ansiedad, asertividad y estrategias de afrontamiento.

En los niveles 1 y 2 se manejan recursos educativos, esclarecimientos de interés, sugerencias de cambios de ambientes generadores de tensión y frustraciones sexuales; se brindan confianza y seguridad. En los grados 3 y 4 se pueden utilizar, de acuerdo con las características de las parejas, los modelos de programas y técnicas psicológicas descritas, pero pueden incluirse tratamientos biológicos y sociales (11).

El tratamiento del TOF depende en gran medida de las causas del trastorno e implica modificaciones educativas. Para optimizar la asistencia a las mujeres con trastorno orgásmico y buscar herramientas de trabajo que garanticen una adecuada prestación de servicios de salud sexual, se han revisado protocolos de actuación y algoritmos de la salud

(61-64). En los mismos se pone de manifiesto, en primer lugar, la necesidad de aplicar el método clínico como vía fundamental para una actuación de calidad y científica.

Atención multidisciplinaria

El TOF demanda una atención multidisciplinaria, especialmente de sexólogos clínicos acreditados de las especialidades de Psicología, Medicina Interna, Psiquiatría, Ginecología, Endocrinología y de Medicina Física y Rehabilitación. De este modo se comprende la necesidad de una asistencia protocolizada, que permita una prestación médica integral de calidad y optimización de los recursos humanos y materiales.

Se decidió organizar la atención presentando algoritmos de trabajo y una propuesta de protocolo de actuación sometida a criterio de expertos, guía de acción diagnóstica y terapéutica, como una herramienta de trabajo que ayude a evaluar algunos de los resultados del Programa Cubano de Educación y Salud Sexual, y que en el quehacer cotidiano sirva para la solución de los trastornos orgásmicos de la mujer y el bienestar de su vida en pareja. Este proyecto posee una visión integradora y escalonada, que tiene en cuenta los recursos de cada nivel y espera la atención de las personas en forma continua y calificada. Se presenta de la forma siguiente:

Nivel comunitario. Consultorio del Médico de Familia (CMF).

I. Tareas del Médico de Familia

El médico general integral es un especialista de amplio perfil, capaz de garantizar la atención a la población asignada sin distinciones de edad o género, con un enfoque integrador de los aspectos biológicos, sociales, psíquicos y ambientales, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (65).

A la población general se dirigen: a) actividades de promoción de salud sexual en la comunidad, que se centran en la educación sexual con enfoque de género y se basan en los derechos sexuales de esta población, especialmente grupos vulnerables, maestros y padres adolescentes, y profesionales y técnicos de la salud; b) la identificación de factores de riesgo para las disfunciones sexuales femeninas, entre los que se encuentran: edad, nivel hormonal, depresión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, abuso de alcohol, y uso de medicación y tabaco (4,10,18,66,67).

- Identificación de los casos de TOF y su remisión a los grupos especializados de su municipio.
- Educación y orientación de mujeres con malestares sexuales relacionados con el orgasmo y a sus parejas.
- Interconsultas con Psicología y Ginecología.
- Tratamiento educativo y de orientación sexual: elementos de anatomía y fisiología sexual, autoerotismo, comunicación y relaciones saludables. Se insistirá en la atención y prevención de la violencia sexual, así como en el uso indiscriminado de medicamentos y consumo de drogas.
- Orientación de medidas para mantener la salud general y particularmente la salud sexual (65,68-72):

- *dieta*: los alimentos bajos en grasas pueden preparar para el orgasmo (70,71);

o *ejercicios físicos*: los niveles de testosterona crecen, se dilatan los vasos sanguíneos y aumenta el volumen de sangre, sensibilizando más el tejido vaginal. Se ha demostrado que treinta minutos, tres o cuatro veces por semana, elevan la capacidad para alcanzar el orgasmo (70,71).

II. Indicaciones de referencia a nivel superior de atención (23)

- Necesidad de una intervención especializada por un urólogo o ginecólogo y/o una terapéutica quirúrgica.
- Los casos en que se vislumbra una terapia hormonal.
- Cuando la disfunción está asociada a un cuadro que requiere de atención de un/a psicoterapeuta.

III. Consultas y grupos especializados de nivel municipal

- Actividades de promoción de salud sexual a su alcance.
- Educación y orientación sexual a las mujeres con TOF y a sus parejas. Debatir las creencias erróneas y comentar las distintas formas de expresar la sexualidad.
- Evaluación por Ginecología y por especialista de Salud Mental.
- Relajación individual o colectiva: pueden emplearse diferentes modalidades que permitan disminuir tensiones y angustias.
- Técnicas específicas:
 - o focalización sensorial I y II (73-75)
 - o ejercicios de Kegel (30,75-77)
 - o movimientos pélvicos (78)
 - o masturbación (individual hasta el orgasmo y luego en pareja) (23,33,68)
 - o visualización (23,79)
 - o psicoterapia individual, de pareja y grupal por psicólogos y psiquiatras especializados (80).

La terapia comienza a menudo con sesiones de educación sexual para la pareja, que es instruida en los mecanismos de excitación sexual de la mujer; sobre todo se les muestra las diferencias en los ciclos de la respuesta sexual masculina y femenina (81). Luego, de acuerdo con los aspectos clínicos y etiológicos del TOF de las pacientes atendidas, se aplican las técnicas enunciadas más arriba y cuyas características básicas se describen a continuación.

En la *focalización sensorial* el elemento principal es enseñar a las personas a usar el contacto físico como una forma de comunicación, entrenarlas a enfocarse en las sensaciones placenteras del cuerpo a través del contacto físico de este y excluir el énfasis en el rendimiento (73-75). Las etapas que se enseñan son:

1. *Focalización sensorial no genital*. Se introduce el placer sin incluir los genitales, a través de caricias y toques, mientras la pareja está vestida con ropa cómoda. Los primeros roces pueden ser masajes en la espalda o darse las manos. No importa si la pareja alcanzó orgasmos, pues lo esencial es si pudieron concentrarse en el placer que daban y recibían.

2. *Focalización sensorial genital*. La pareja tiene permiso para acariciar genitales y senos. Se les aconseja que se toquen por turnos. En este estadio se resta importancia a los «logros»: erecciones y orgasmos.
3. *Contención vaginal*. Aproximación corporal hasta alcanzar el orgasmo, la penetración y el coito propiamente dicho. Se recomienda que la pareja receptora sea la que inicie el movimiento y que estos sean lentos y graduales. Es aconsejable seguir concentrándose en las sensaciones de placer y no preocuparse por el orgasmo (75).

En los *ejercicios de Kegel* se aprende a controlar el músculo pubocoxígeo, el cual se relaciona directamente con la duración y profundidad de los orgasmos (75). Se indica ir al baño e intentar detener bruscamente el flujo de la orina, procurando orinar en chorros intermitentes. Para su instrucción se le pide a la paciente que contraiga el ano durante unos segundos y que luego lo vaya relajando. Se recomienda realizar los ejercicios con la vejiga vacía, contrayendo los músculos y manteniendo la contracción por diez segundos; se debe repetir este procedimiento cincuenta veces, alrededor de tres veces al día (26,74). Puede llegarse a la frecuencia requerida gradualmente comenzando con diez repeticiones (77).

Movimientos pélvicos: Ortega hace referencia a esta técnica para enriquecer la sexualidad. Consiste en coordinar la inspiración y expiración con el movimiento de la pelvis hacia atrás y hacia delante (78). En Curso-Taller de Terapia Sexual (2010) y en Curso de Validación Práctica del Manual Diagnóstico de Enfermedades en Sexología (FLASSES, 2011), señaló la utilidad de esta técnica en el TOF. Se aconseja repeticiones progresivas de veinte y más.

En la *masturbación* se pueden seguir las pautas señaladas por Lo Piccolo en su programa, descritas más adelante.

En la *visualización* o uso de imágenes se ha sugerido la visualización de pornografía (23).

También puede utilizarse la *psicoterapia*, sobre todo la cognitivo-conductual, que tiene en sus técnicas el uso de imágenes, que permiten el acercamiento a circunstancias adversas o agradables mediante la imaginación, de acuerdo con el objetivo terapéutico. Pueden usarse para que la persona afectada modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo, pueden manejarse cuando el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas (79).

Psicoterapia individual, de pareja y grupal. Hasta la década de los setenta del siglo pasado los modelos teóricos más influyentes en el campo sexológico fueron el psicodinámico (por ejemplo, Kaplan, 1974), el psicofisiológico (por ejemplo, Masters y Johnson, 1970) y el conductual (por ejemplo, Wolpe y Lazarus, 1966). A medida que la psicología clínica y la psicología experimental se volvían más cognitivas, los modelos terapéuticos en el campo sexológico incorporaban el peso de las variables cognitivas como factor influyente en las disfunciones sexuales (82).

En el campo de la modificación de conducta y la sexología se considera que los factores cognitivos tienen una importancia capital en las disfunciones sexuales. Lo Piccolo y Friedman (1989) proponen un modelo integrador de terapia sexual centrado en cuatro causas, interrelacionadas, para explicar las disfunciones sexuales: la historia de aprendizaje (experiencias negativas de la niñez y adolescencia); factores físicos (enfermedades y consumos de drogas); factores de relación de pareja y cognitivos (el

nivel de conocimiento sobre la sexualidad, actitudes, creencias y pensamientos en la disfunción sexual) (82).

Wolfe y Walen (1990) plantean que las principales cogniciones implicadas en las disfunciones sexuales son: errores perceptuales (distorsiones cognitivas) y errores evaluativos (creencias irracionales o supuestos personales disfuncionales). Los errores evaluativos se suelen relacionar con las principales creencias irracionales o supuestos disfuncionales y sus consecuencias de autoevaluación negativa y dramatización de la situación-problema. Los objetivos de la psicoterapia cognitiva (o cognitivo-conductual) en el tratamiento de las disfunciones sexuales serían (82):

- modificación del trastorno disfuncional, de modo que se logre una conducta sexual satisfactoria para la pareja;
- colaboración (cuando sea posible) y participación de los miembros de la pareja en el tratamiento;
- información sexual sobre aspectos deficitarios o erróneos;
- modificación de actitudes y cogniciones disfuncionales que intervienen en el trastorno;
- desarrollo de habilidades relacionales y sexuales coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones funcionales, de modo que aumente la satisfacción sexual mutua.

Las intervenciones básicas en la terapia sexual son (82):

- responsabilidad mutua compartida por ambos miembros de la pareja;
- información y educación sexual;
- cambio de actitudes negativas hacia el sexo, sí mismo/a y el compañero/a;
- entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación;
- eliminación de la ansiedad ante la relación sexual;
- indicaciones o entrenamiento de habilidades sexuales específicas;
- tratamiento previo, si aparece un trastorno psicopatológico o una relación de pareja perturbada;
- tratamiento de trastornos somáticos asociados.

En la intervención psicoterapéutica se pueden considerar variantes, que fundamentalmente son (80):

- Intervención con el paciente. Se utiliza la reestructuración cognitiva, la terapia de *insight* y otras modalidades, según la orientación clínica del terapeuta.
- Intervención en la relación de pareja y con la misma. Se analizan los problemas de relación y se busca mejorar la comunicación de la pareja, identificar y trabajar en los mecanismos sabotadores y otros que afecten el funcionamiento de la pareja y la relación íntima.
- Terapia grupal. Se emplean diferentes modalidades como las psicopedagógicas, la cognitivo-conductual y otras, según la orientación del terapeuta y los objetivos de

la terapia. Además, pueden crearse grupos de parejas y de mujeres con trastornos orgásmicos.

IV. Tratamiento intensivo (nivel municipal y provincial por grupos especializados)

En casos en que persistan los síntomas, se puede requerir de una reevaluación y de un tratamiento intensivo como al que se somete, o incorporar otras orientaciones terapéuticas. Estas son:

- Programa de autoayuda para reducir ansiedad a la hora del coito, desarrollado por Lo Piccolo y Lobitz (1972) (7,72,73,83), que consiste en asociar la masturbación con la focalización sensorial (entrenamiento en la masturbación). Se pueden unir a los ejercicios del músculo pubocoxígeo para mejorar la tonicidad de la musculatura pélvica (7,73,79). Consta de las siguientes fases:
 - autoobservación del cuerpo y los genitales,
 - autoexploración de los genitales,
 - localización de las áreas más placenteras,
 - autoestimulación y fantasías eróticas,
 - masturbación con vibrador,
 - focalización sensorial no genital,
 - masturbación en presencia de la pareja,
 - focalización sensorial genital,
 - coito.
- La maniobra «del puente» consiste en la estimulación concomitante del clítoris con la introducción vaginal. En el momento de la penetración, la misma mujer o la pareja deben estimular de forma simultánea el clítoris. Conviene retrasar el momento de la penetración hasta que la mujer presente una elevada excitación, entonces se da fin a la estimulación del clítoris para alcanzar el orgasmo sin necesidad de esta (7,32,83,84). Puede preferirse la mujer encima de su pareja sexual, en la que la fémina debe iniciar un lento movimiento estando en la posición superior (75). Por otro lado, se ha señalado que existen diferentes posturas cómodas para la técnica. Lo importante es el libre acceso de la mano que estimula el clítoris y la posibilidad de que las caderas de la mujer puedan moverse contra la sínfisis púbica de su pareja (84).
- Cuando se asocia el trastorno del orgasmo a problemas de tensión o ansiedad, es importante realizar respiraciones profundas o ejercicios de relajación antes de la práctica coital. Asimismo, en el caso de que exista alguna causa claramente identificable, debe trabajarse en el aspecto en concreto (85).
- Se procede a identificar, analizar y modificar las interpretaciones o pensamientos erróneos (proceso denominado de reestructuración cognitiva), cuando existen, por ejemplo, elevadas expectativas de la relación sexual, culpabilización y responsabilización (como si la mujer fuera la única responsable del placer sexual) (7,8).

- Frecuencia de consultas: diaria, semanal, quincenal o mensual, de acuerdo con el programa terapéutico. Se señalan tratamientos que duran entre ocho y diez semanas (16,73,86).

Tratamiento farmacológico

Sería una línea terapéutica a nivel especializado. En el ámbito internacional, para el TOF no se dispone de ningún fármaco que haya demostrado ser claramente eficaz y cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica (23). Actualmente, con muy poca eficacia se están utilizando prostaglandinas, bupropión o apomorfina (60).

La prostaglandina E1 (alprostadil) se ha usado, en forma de supositorio vaginal o gel local, para estimular el flujo de sangre a los genitales femeninos. El objetivo de la terapia local es una transferencia consistente, a través de las capas vaginales hasta alcanzar niveles terapéuticos. Se considera que aumentaría el flujo de sangre capilarmente dentro del tejido clitorideo y vaginal, estimulando las terminaciones nerviosas para aumentar la sensibilidad y facilitar la lubricación vaginal, lo que permite una satisfacción sexual mayor y más posibilidades de alcanzar un orgasmo. Bartlik ha practicado en mujeres con trastornos de excitación el supositorio uretral de alprostadil (500 mg). Todas las mujeres notaron una mayor congestión vaginal, una cálida sensación de «hormigueo» y un aumento de las sensaciones placenteras durante las relaciones sexuales (87).

El bupropión es un antidepresivo no convencional con acciones principalmente de recaptación de dopamina y, en segundo lugar, de recaptación de noradrenalina, pero sin ningún efecto sobre la recaptación de serotonina ni sobre la actividad de los receptores de serotonina. La dosis adecuada para mujeres tratadas por una disfunción sexual, una depresión o por ambas es de 225 a 300 mg/d. Los efectos colaterales problemáticos debidos al bupropión son nerviosismo, insomnio, pequeños temblores y, en raras ocasiones, convulsiones. Sus acciones se sienten a los 10-14 días de comenzar su ingesta (87). Se señala el empleo del bupropión para mejorar todas las fases de la respuesta sexual y facilitar la aparición del orgasmo (23).

Apomorfina (agonista de la recepción directa de dopamina). Una forma oral (sublingual) se ha ensayado clínicamente para el tratamiento de trastornos eréctiles, ya que estimula de modo directo el óxido nítrico (87). Podría ser eficaz para facilitar el orgasmo femenino por tener un efecto de vasodilatación genital local y una acción central en áreas cerebrales que inducen la respuesta sexual. No se han encontrado investigaciones sobre efectos de la apomorfina oral en mujeres (87). Se ha considerado la utilización de 3 mg de apomorfina (23).

También se ha reportado el empleo de mirtazapina (antidepresivo oral) 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 serotonina. Además, los compuestos dietéticos, como el ArginMax (ginkgo biloba y damiana), se han planteado como los más usados en el tratamiento del TOF, pero es dudoso que la respuesta sea mayor que con placebo (23).

El ginkgo biloba, antigua medicina china derivada del árbol ginkgo, revierte la disfunción sexual provocada por antidepresivos. El mecanismo de acción puede relacionarse con: a) incremento del flujo vascular a los genitales a través de la estimulación colinérgica y de la inhibición del factor activador de la plaqueta, de modo similar al mecanismo por el cual se incrementa la sangre al cerebro; b) incremento de la prostaglandina, que a su vez mejora la función erectiva y la vasodilatación; c) cambios sobre los receptores de

serotonina y norepinefrina. Puede también desempeñar un papel en la producción de óxido nítrico (87).

El ginseng es otro antiguo remedio herbario chino del cual, desde hace cientos de años, se ha dicho que tiene efectos positivos en la sexualidad. Puede funcionar aumentando la eficacia de las propias hormonas sexuales. Sin embargo, de la misma manera puede reforzar el crecimiento de cualquier tumor sensible hormonalmente que, en potencia, estuviera presente, de modo que debe usarse con precaución. También el ma huang es otro remedio herbario que se presupone que tiene efectos sexuales positivos, porque estimula el sistema nervioso simpático periférico (87).

Al producir congestión vaginal, el sildenafil debe permitir que la excitación aumente y se alcance con más facilidad el orgasmo. Se ha encontrado el empleo de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, pero con diferentes resultados (23,87).

Cuando la testosterona está baja, un número significativo de mujeres sufre una disminución en su funcionamiento sexual, por lo que se ve afectado su deseo, su excitación y su orgasmo. Si los especialistas de Ginecología y Endocrinología consideran que las mujeres valoradas necesitan de un suplemento de testosterona, puede indicarse la metiltestosterona oral o una combinación de estrógeno oral esterificado y metiltestosterona: por ejemplo, metiltestosterona oral (0.25 a 1.0 mg/d), una crema tópica de metiltestosterona (0.25 a 1.0 mg/d) y una crema tópica de propionato de testosterona (0.25 mg/d). Las cremas pueden aplicarse en la vulva o en la piel del muslo interno o en la muñeca.

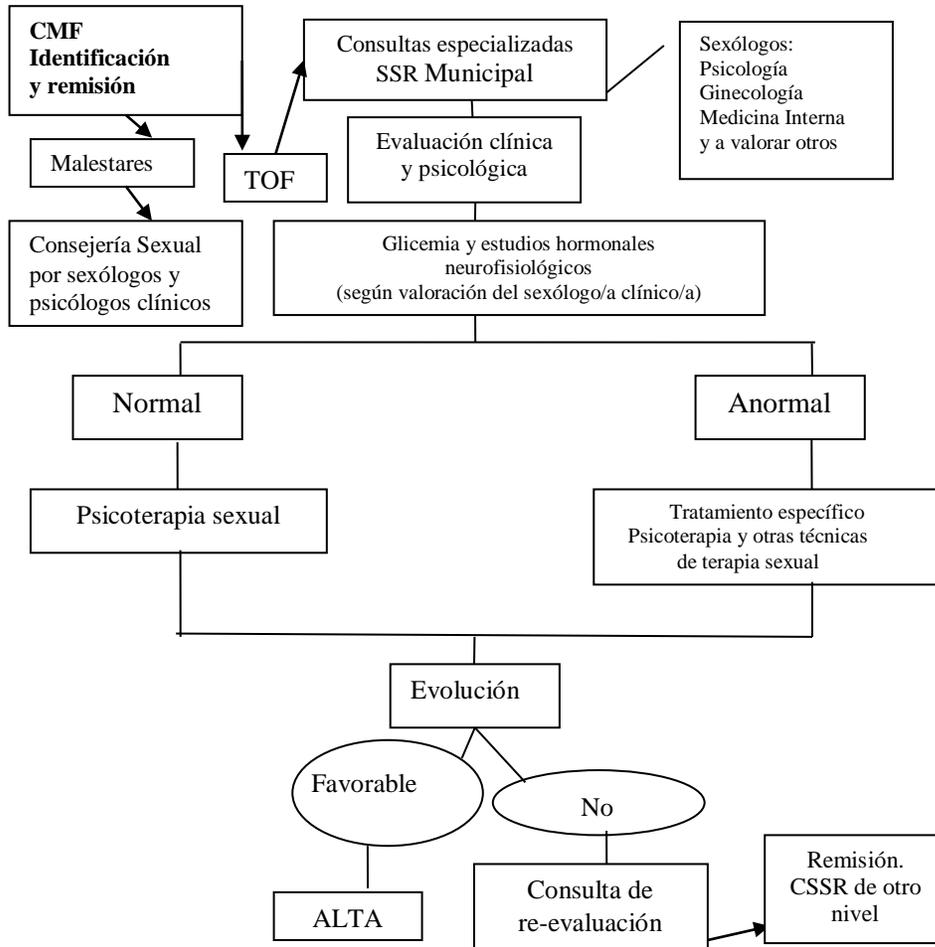
Si una mujer toma más testosterona de la necesaria, su deseo sexual no aumentará, sino que es más probable que se sienta irritable, señal para reducir la dosis. La testosterona suplementaria utilizada dentro del rango fisiológico no produce efectos colaterales virilizantes; solo los produce una dosis excesiva a largo plazo (87).

Seguimiento y pronóstico

El seguimiento por el equipo especializado de atención, en caso que la fémina mantenga el trastorno orgásmico, se remite a nivel de asistencia superior, siempre que persistan las manifestaciones bajo terapia por más de seis meses y cuando se considere por los especialistas poca factibilidad de solución a ese nivel.

Si se combinan las diferentes terapias (teniendo en cuenta la causa de la disfunción), la mayoría de las mujeres pueden responder favorablemente durante el primer año con el tratamiento asequible a nivel municipal.

ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ORGASMO FEMENINO*



* Elaborado por O. Díaz, Y. Puentes y colaboradores (2010) y por M. Vizcaíno (2016)^{26,88}.

Como resultado, se tendrá en cuenta: altas, satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas. Seguimiento de casos al alta y su estado de recuperación a los seis meses.

Anexo 1

Cuestionario de calidad de la relación de pareja (de John Gottman)

Se trata de un cuestionario para medir la percepción de la calidad de la relación por uno de los miembros de la pareja.

Contesta SÍ o NO a las siguientes afirmaciones:

- 1) Conozco las más importantes aspiraciones y esperanzas vitales de mi pareja.
- 2) Conozco las principales preocupaciones actuales de mi pareja.

- 3) Conozco los tres momentos más importantes de la vida de mi pareja.
- 4) Puedo fácilmente señalar los tres aspectos que más admiro en mi pareja.
- 5) Procuero tener tiempo libre para disfrutarlo con mi pareja.
- 6) Nuestras relaciones sexuales son generalmente satisfactorias.
- 7) Mi pareja es una de mis mejores amistades.
- 8) Mi pareja me confiesa cuando ha tenido un mal día.
- 9) Normalmente beso y acaricio con afecto a mi pareja.
- 10) Estoy verdaderamente interesado/a en las opiniones de mi pareja.
- 11) Aprendo mucho de mi pareja, incluso en las cosas en que no estamos de acuerdo.
- 12) Siento que lo que digo es importante para mi pareja cuando tomamos decisiones.
- 13) Soy capaz de admitir que me he equivocado.
- 14) Incluso cuando estamos en desacuerdo puedo mantener el sentido del humor.
- 15) Mi pareja es capaz de calmarme cuando estoy enfadado/a.
- 16) Siento que mi pareja y yo hacemos un buen equipo.
- 17) Cuando discutimos, ganar no es el objetivo para ninguno de los dos.
- 18) Acepto que hay cosas que nunca resolveremos.
- 19) Compartimos valores similares en cuanto a los roles de cada uno.
- 20) Siento que ambos tenemos y compartimos muchos recuerdos agradables.

Puntaje:

Sumar todas las respuestas afirmativas.

13 o más: altamente probable que la relación va a ser estable en el tiempo.

7 a 12: pareciera que están pasando por un momento crucial y sería conveniente que ambos reflexionaran qué podrían hacer para facilitar que la relación permanezca en el tiempo.

6 o menos: el riesgo de separación parece alto y sería recomendable que conversaran seriamente.

Grado de amistad y conocimiento del mundo interior de «el otro»

1. Puedo nombrar el mejor amigo de mi pareja.
 2. Conozco cuáles son los momentos estresantes que mi pareja tiene que enfrentar.
 3. Conozco los nombres de las personas que han irritado a mi pareja en el último tiempo.
 4. Puedo nombrar algunos de los sueños que tiene mi pareja para su vida.
 5. Estoy enterado de la filosofía de vida de mi pareja.
 6. Puedo listar los parientes con quienes mi pareja tiene conflictos.
-

7. Siento que mi pareja me conoce muy bien.
8. Cuando estamos separados, recuerdo y pienso en mi pareja.
9. Normalmente le expreso mi cariño a mi pareja besando y acariciando.
10. Siento que mi pareja realmente me respeta.
11. Siento que hay pasión en nuestra relación.
12. Intentamos que algo de romance forme parte de nuestra relación.
13. Mi pareja aprecia las cosas que yo hago en la relación.
14. A mi pareja le gusta mi personalidad en general.
15. Nuestra vida sexual es mayoritariamente satisfactoria.
16. Al final del día a mi pareja le agrada verme.
17. Mi pareja es uno de mis mejores amigos.
18. Nos encanta conversar entre nosotros.
19. En las discusiones que tenemos, los dos tenemos influencia sobre el otro y damos nuestros argumentos.
20. Mi pareja me escucha respetuosamente, aunque no concuerde conmigo.
21. Mi pareja es una gran ayuda al momento de resolver problemas.
22. Generalmente concordamos en nuestros valores y metas en la vida.

Puntaje:

Sumar todas las respuestas afirmativas.

15 o más: existe una gran fortaleza en la relación.

8 a 14: pareciera que están pasando por un momento crucial. Hay muchas ventajas que pueden aprovechar, pero también existen deficiencias que requieren su atención.

7 o menos: la relación puede tener problemas serios. Sería altamente recomendable que trataran de solucionar los conflictos.

Anexo 2. Índice de Función Sexual Femenina

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor, responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque solo una alternativa por pregunta.

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca.

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo

Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Muy alta confianza

Alta confianza

Moderada confianza

Baja confianza

Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Extremadamente difícil o imposible

Muy difícil

Difícil

Poco difícil

No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
-

- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su vida sexual en general?
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
-

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo 3. Cuestionario de mitos y falacias

		V	F
1.	Aunque es menos frecuente, durante la lactancia y la menstruación se pueden producir ovulaciones y, por lo tanto, embarazos		
2.	Con la penetración, si se eyacula fuera de la vagina, es imposible quedarse embarazados		
3.	El orgasmo a través del clitoris es infantil, el adulto es el vaginal		
4.	El pene más largo y grueso proporciona mayor placer a la pareja		
5.	El «coito interrumpido» o «marcha atrás» ha provocado muchos embarazos inesperados		
6.	El tamaño de los pechos no correlaciona con el placer que se obtiene o proporcionan		
7.	Existe la «media naranja» y será aquella persona que piense y sienta como yo, le gusten las mismas cosas que a mí y nos compenetremos totalmente en todo y para todo		
8.	Existen circunstancias en las que ni la pareja más excitante consigue nuestro orgasmo		
9.	La ducha vaginal tras la eyaculación reciente o el ponerse en pie enseguida para que salga el semen, evita el ascenso de los espermatozoides hacia el óvulo		
10.	La masturbación, aunque se tenga pareja, puede ser muy gratificante		
11.	Hay dos momentos en la vida de la mujer en los que no se puede quedar embarazada: la menstruación y la lactancia		

12.	La mayoría de los orgasmos, a cualquier edad, se consiguen a través del clítoris		
13.	La menstruación es un momento como otro cualquiera para gozar de la sexualidad		
14.	La penetración no es necesaria para tener una relación sexual plena		
15.	La relación sexual perfecta es en la que ambos consiguen el orgasmo simultáneamente		
16.	La vagina se acomoda al tamaño en longitud o grosor del pene, obteniendo igual placer		
17.	Las fantasías sexuales enriquecen las relaciones sexuales		
18.	Todas las mujeres, al llegar a la menopausia, pierden el apetito sexual		
19.	Las relaciones sexuales durante la menstruación son una guarrería		
20.	Los pechos de gran tamaño proporcionan un mayor placer a ambos miembros de la pareja		
21.	No existe la «media naranja»; es un dicho anticuado		
22.	No se puede considerar una relación sexual completa si no existe coito (penetración)		
23.	Para conseguir el orgasmo hay que centrarse en las propias sensaciones y estar menos pendiente de las de la pareja		
24.	Si hacia una persona existe atracción y/o amor, la excitación y el orgasmo están asegurados		
25.	Si no se consiguen relaciones maravillosas con la pareja es que algo no funciona como debe		
26.	Si tienes pareja, las fantasías sexuales sobran		
27.	En la menopausia, algunas mujeres incluso pueden gozar más plenamente de la sexualidad		
28.	Si una persona se masturba teniendo pareja, es que la relación no funciona		
29.	Una vez que se ha eyaculado en la vagina, la carrera de los espermatozoides hasta el óvulo es imparable		
30.	No significa nada si alguna relación sexual con nuestra pareja no resulta muy placentera		

Referencias bibliográficas

1. Burri AV. Female orgasmic disorders. En: Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H, editores. The EFS and ESSM syllabus of Clinical Sexology. 5th ed. Amsterdam: Medix; 2013. p. 802-23.
2. Shindel AW, Goldstein I. Sexual function and dysfunction in the female. En: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier; 2016. p. 32, 749-64.
3. Real Cancio RM. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2010.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSMV). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Disfunción orgásmica [homepage en Internet]. New York: Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. [actualizado 6 Nov 2014; citado 15 Mar 2016] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001953.htm>
6. Trastorno orgásmico femenino, causas y tratamiento. [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: <http://lasaludfamiliar.com/familia/depresion-articulos-111.htm>
7. Trastorno del orgasmo o anorgasmia [actualizado 26 Jul 2011; citado 15 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/cu%C3%ADdate/sexo/noticias/trastorno-del-orgasmo-o-anorgasmia>.
8. Castroviejo Royo F. Función sexual femenina en Castilla y León: rangos de normalidad [tesis doctoral]. Universidad de Valladolid; 2010.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. OMS; 1992. p. 237-40.
10. Vizcaíno Alonso MC. Sexualidad y disfunciones sexuales. La Habana. Patente 1903-2009.
11. Vizcaíno Alonso MC. Una mirada a la sexualidad desde lo social, psicológico y clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica. En prensa 2015.
12. Masters W, Johnson, V, Kolodny R. La sexualidad humana. T. II. Madrid: Grijalbo; 1995. p. 346-71.
13. Sapetti A. La anorgasmia [monografía en Internet]. Santiago de Chile [citado 26 Jun 2016]. Disponible en: http://www.salutmental.com/motor/processa_mira_articlesp.php?Document=anorgasmia
14. Bell R. Homosexual men and women. BMJ. 1999 [citado 26 Jun 2016];318(7181):452-5. Disponible en: <http://nocbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114912/citedby/>
15. Blümel J. Disfunciones sexuales en latinoamericanas. Santiago de Chile: ed. Sexo. Sexualidad; 2010.

-
16. Instituto Sexológico Murciano. Anorgasmia femenina [monografía en Internet]. Madrid [citado 19 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.isemu.es/guia%20anorgasmia%201.pdf>
 17. Matute Ortega VS. Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados, Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Ecuador: Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca; 2014 [citado 18 Abr 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5244>
 18. Gorguet, PI. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2008.
 19. Romero Hung M, Aguilar Amaya R, Viera Bravo A. Caracterización de las disfunciones sexuales en el policlínico Vedado. Octubre del 2013 a enero 2015. Memorias del 7mo. Congreso de Educación, Orientación y Terapia Sexual; 2015 Sep; La Habana, Cuba.
 20. Vizcaíno Alonso MC, Montero Vizcaíno Y. Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados. Memorias de 7mo. Congreso de Educación, Orientación y Terapia sexual; 2015 Sep; La Habana, Cuba. p. 1547-55.
 21. Valenzuela PR, Contreras GY, Manríquez SK. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [serie en Internet]. 2014 [citado 12 Abr 2015]; 79(2):92-101. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200005&lng=es&tlng=es) 10.4067/S0717-75262014000200005
 22. Farramola Bello LA, Erice Rivero TS, Frías Álvarez Y. Anorgasmia femenina como problema de salud. Rev Cubana Invest Bioméd [serie en Internet]. 2011 Jul-Sep [citado 14 Nov 2012]; 30(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?>
 23. Cabello Santamaría F. Evaluación y tratamiento de la anorgasmia femenina. Revista Internacional de Andrología [serie en Internet]. 2008 Abr; 6(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-evaluacion-tratamiento-anorgasmia-femenina-13129600>
 24. Armas S. Anorgasmia: causas y tratamiento [homepage en Internet]. Madrid: onsalus.com; 2016 [citado 25 Jul 2016]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.onsalus.com/anorgasmia-causas-y-tratamiento-17814.html>
 25. Santos CN. Factores personales y sociales que influyen en la sexualidad del adulto mayor del centro adulto mayor de Essalud de Vitarte. Salud, Sexualidad y Sociedad. 2010; 3(1): 1-9.
 26. Puentes RY et al. Propuesta de organización de los servicios de salud sexual para la excelencia y Algoritmo para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Informe del Centro Nacional De Educación Sexual y Grupo Nacional De Sexología presentado al MINSAP. La Habana; 4 de julio de 2011.
 27. Torres RB, Gutiérrez GC. Sexualidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Necesidad de un enfoque terapéutico desde una mirada integradora. En: Torres RB, Alfonso RA Méndez GN, compiladores. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol. 1. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.

-
28. Romaguera PA. Anorgasmia femenina: ¿por qué una mujer puede no sentir orgasmos? [homepage en Internet]. Madrid: Saluspot; 2016. [citado 25 Jul 2016]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.saluspot.com/a/anorgasmia-femenina-por-que-una-mujer-puede-no-sentir-orgasmos/>
 29. Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J. Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Organización Médica Colegial. Madrid: Editorial International Marketing & Communications; 2004.
 30. Vega Prieto S. La anorgasmia desde el feminismo. Badajoz; 2011 [citado 22 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.psicologiaysexologia.org/wp-content/uploads/2011/02/La-anorgasmia-desde-el-Feminismo.pdf>
 31. Cazorla M, Pastor Muñoz P. Efectos del consumo de alcohol en la sexualidad femenina. 2014 [citado 22 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONEDUCACIONYSALUD/Efectos.pdf>
 32. Gratacos M. Anorgasmia: características, causas y tratamientos. lifeder.com [actualizado 13 Abr 2016; citado 15 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.lifeder.com/anorgasmia/>
 33. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Disfunción sexual. Guía de Diagnóstico y Manejo. 2009; 2(9): 217-24.
 34. Disfunción sexual femenina [homepage en Internet]. Lima: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; 2006-2010 [actualizado 22 Ene 2012; citado 9 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/articulos.php>
 35. Cambra Linés MP. Fisioterapia en la reeducación del suelo pélvico [homepage en Internet]. Madrid: www.efisioterapia.net [citado 9 Abr 2016]. Portal de fisioterapia y rehabilitación; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapia-en-la-reeducacion-del-suelo-pelvico.pdf>
 36. Martínez TJ, Bolaños AO, Rodríguez AE, Rodríguez LH, et al. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados? Sexología y Sociedad. 2015; 21(2): 224-33 [versión electrónica].
 37. Torres RB, Alfonso RA Méndez GN, compiladores. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Cardiovasculares y Sexualidad. Vol. 2. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.
 38. Trastornos de la sexualidad. Guía completa. Pt. 1 [homepage en Internet]. El psicoasesor; 2016 [citado 25 Jul 2016]. psicología; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://elpsicoasesor.com/trastornos-de-la-sexualidad/>
 39. Correa Jáuregui M. Factores orgánicos relacionados con la disfunción sexual femenina. Sexología y Sociedad. 2014; 20(1): 79-97 [versión digital].
 40. Quintero MT, Gómez M, Uribe JF. Perfil orgásmico en universitarias de ciencias de la salud. Revista Urología Colombiana. 2013; 22(1): 18-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149127483003>
 41. Cedeño SL, Atiñol TE, Suárez RM, León GJ, et al. Sexualidad en gerontes de la Universidad del Adulto Mayor en el municipio de III Frente. MEDISAN. 2014; 18(1): 100.

-
42. Morgade Parodi A. Sexualidad del adulto mayor. Efectos del envejecimiento en el hombre y la mujer. Uruguay: Tendencias en Medicina; Nov 2011.
 43. Muliira J, Muliira R. Sexual health for older women. Implications for nurses and other healthcare providers. Sultan Qaboos Univ Med J. 2013 Nov; 13(4):469-76.
 44. Ortega S, Lara N, Escobar R, Morales H. La sexualidad en el adulto mayor. Honduras [tesis]. Tegucigalpa: Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán. Facultad de Humanidades; 2013.
 45. Llanes BC. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer. 2013;29(3).
 46. Efectos de la menopausia en la sexualidad femenina. Sexualidad.cl. 2016 Ene 18 [citado 25 Jun 2016]. Disponible en: <http://sexualidad.cl/2016/01/18/efectos-de-la-menopausia-en-la-sexualidad-femenina/>
 47. Vizcaíno AM. Disfunciones sexuales en una población cubana. Bases para una estrategia de prevención. Libro-Resumen de Congreso Mundial de Sexología; 2003. (ISBN 959-7164-38-8)
 48. Vizcaíno AM. Disfunciones sexuales. Bases para una estrategia de prevención [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas. CENSAM; 2002.
 49. Vizcaíno AM, Almenares RK, Montero VY. Aspectos del comportamiento sexual femenino en poblaciones supuestamente sanas cubanas y factores psicosociales relacionados. Memorias de Jornadas ENSAP; 2014. p. 1-7. (ISBN:978-959-283-120-9.ID112)
 50. Taylor R. Conceptos centrales en medicina familiar. [Versión de Libros Virtuales Intramed]. [citado 12 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.intramed.net>
 51. Velasco S, Ruiz M, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Re. Esp Salud Pública. 2006;80(4). Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_
 52. García Tirada M. Cómo viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana. Rev Cubana Obst Ginecol [serie en Internet]. 2009 [citado 12 Abr 2015]; 35(2). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
 53. Bianco Colmenares F. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología-IIR. 2a ed. rev. Caracas: Editorial CIVP; 2010.
 54. Cedrés S, Pombo R. Disfunciones sexuales femeninas. Montevideo: Centro Plenus; 2016. Disponible en: <http://www.plenus.com.uy>
 55. Tonatiuh Villanueva Orozco GB, Rivera Aragón S, Díaz Loving R, Reyes-Lagunes I. La comunicación en pareja: desarrollo y validación de escalas. Acta de Investigación Psicológica. 2012;2(2):728-48.
 56. Halffter C. Consulta de psicoterapia integral en Madrid. 2012 [citado 12 May 2016]. Disponible en: <http://psicoterapia-integral.es/cuestionario-de-calidad-e-la-relacion-de-pareja/>
 57. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, et al. The female sexual function index (FSFI): Multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000;26:191-208.

-
58. Blümel JE, Binfa EL, Cataldo AP, Carrasco VA, et al. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obst Ginec.* 2004;69(2):118-25.
 59. López VP. Influencia de los mitos y falacias en las prácticas sexuales de la población adolescente madrileña: proyecto de encuesta. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual.* 2004 [citado 4 Ago 2016];2:87-93. Disponible en: <http://www.aseteccs.com/inicio/php>
 60. Antona A. Disfunciones sexuales. Algunas notas. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2013. p. 1-35.
 61. Areces Delgado G, Manzano BR, Capote Arce R. Protocolo de actuación del Grupo de Suelo Pélvico en el Hospital Ramón González Coro de La Habana. 2010.
 62. MINSAP. Dirección Provincial de Salud. Departamento de Hospitales. Protocolización de la Asistencia Médica. Reunión Metodológica Nacional de Salud Mental. CENSAM; 2012.
 63. Protocolización de la Asistencia Médica en el Hospital Hermanos Ameijeiras. Resultados en los primeros cinco años de aplicación. T. III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
 64. Puentes Rodríguez Y, Fragas Valdez R, García Álvarez CT. Propuesta de organización de los servicios de salud sexual, para garantizar la excelencia. Jornada Científica Previa al VI Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual; 2011; La Habana, Cuba.
 65. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia de Medicina General Integral; 2004 Jul 15; La Habana, Cuba.
 66. Vizcaíno Alonso MC. Un enfoque terapéutico preventivo de las disfunciones sexuales. Fundamentos y acciones. Memorias de IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual; 2008; La Habana, Cuba (ISBN 978-959-282068-5).
 67. Lewis RW. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7:1598-607.
 68. Bianco CF. Manual de técnicas sexuales. Caracas: Editorial CIVP; 2010.
 69. Vega MG, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol [serie en Internet].* 2014 [citado 12 Abr 2016];79(2):81-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200003
 70. Instituto de Sexología de Barcelona. Anorgasmia. [citado 12 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.insexbcn.com/html/anorgasmia.html>
 71. 4 situaciones que influyen en el orgasmo femenino. [citado 15 Ab 2016]. Disponible en: <http://sexualidad.salud180.com/sexualidad/4-situaciones-que-influyen-en-el-orgasmo-femenino-0>
 72. 10 situaciones que aumentan o disminuyen el orgasmo. [citado 15 Abr 2016]. Disponible en: www.navegasexo.com/.../10_situaciones_que_aumentan_o_disminuyen_el_orgasmo_34.html
 73. Masters W, Johnson V, Kolodny R. La sexualidad humana.t. III. 13 ed. Madrid:

Grijalbo; 1997. p. 616-70.

74. Disfunciones sexuales. Masters & Johnson [homepage en Internet]. Madrid: la técnica psicológica; 2011 [citado 12 May 2016]. Webnode; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://artpsycho.webnode.es/disfunciones-sexuales/masters-johnson/>
75. Larraburu I. Manual de sexología. Madrid: Revista WEB; 2011 [citado 9 May 2016]. Disponible en: <http://www.isabel-larraburu.com/dossier/208-nuevo-libro.html>
76. Ejercicios de Kegel [homepage en Internet]. Madrid: la técnica psicológica; 2011 [citado 12 May 2016]. Webnode; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://artpsycho.webnode.es/disfunciones-sexuales/ejercicios-de-kegel/>
77. Fortalecimiento de los músculos de la pelvis con los ejercicios de Kegel [homepage en Internet]. Madrid: Geo Salud : 1Mar 2014 [citado 9 Abril 2016]. GeoSalud; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/Urinario/ejercicios-de-kegel.html>
78. Ortega Bravo AJ. Estrés, salud y sexualidad. La Habana: Editorial Capitán San Luis; 2009.
79. Ruiz JJ. Psicoterapia por la personalidad: cuatro enfoques de psicoterapia adaptados a la personalidad del paciente. 2001 [citado 30 May 2016]. [Versión de Libros Virtuales ESMUbeda]. Disponible en: www.psicologia-online.com/links/JG/ESMUbeda/
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=15698>
80. Vizcaíno Alonso M. Conferencias de disfunciones sexuales femeninas y terapia sexual. Curso-Taller de Terapia Sexual. VIII Congreso Cubano de Psiquiatría; 2014 Oct; La Habana, Cuba.
81. Anorgasmia femenina, ¿la disfunción sexual con mejor pronóstico? [homepage en Internet]. Madrid: psicopedia.org; 2013-2015. [citado 25 May 2016]. psicopedia; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://psicopedia.org/973/anorgasmia-femenina-la-disfuncion-sexual-con-mejor-pronostico/>
82. Tratamiento de las disfunciones sexuales. [citado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.redsanar.org/dr/fobia/Terapias/manual16.htm>
83. Kaplan HS. The new sex therapy disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner Mazel Publishers; 1979.
84. Mendoza García E. Disfunción orgásmica femenina. Pt II. La Revista de la Salud Mental [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/sexo/2008/disfuncion-orgasmica-femenina2-feb08.html>
85. Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Psicothema. 2001; 13(3):428-41.
86. Vizcaíno Alonso M, Ortega Bravo A, Torres Rodríguez B. Un programa terapéutico para disfunciones sexuales de curso prolongado. Rev Serv Méd M. 1993; (5):103-9.
87. Gindin L. Nuevos y viejos medicamentos en sexualidad femenina: ¿sirven? [citado 25 Jul 2016]. Disponible en: http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/sexualidad/gindin_sexferm.htm

88. Vizcaíno Alonso M. Propuesta de protocolización de la Anorgasmia Femenina y Algoritmo de actuación. Ponencia presentada en Taller de Protocolización de SOCUMES-CENESEX. Centro Nacional de Sociedades Científicas. La Habana. Julio, 2016.

Fecha de recepción de original 18 de septiembre de 2016

Fecha de aprobación para su publicación 27 de noviembre de 2016