Disfunciones Sexuales Femeninas

RESUMEN

Uno de los problemas de salud más frecuentes en los seres humanos, es la disfunción sexual; sin embargo, no se le ha dado la importancia que requiere, ya que no genera rubros adicionales para la inversión en salud, por desconocimiento de las implicaciones en la calidad de vida de las personas. Probablemente por la misma razón no existen estudios de disfunciones sexuales en grandes poblaciones sino, muestras representativas de algunos países, calificando la situación como un problema grave de la calidad de vida en las mujeres.

Palabras clave: Disfunciones Sexuales Femeninas. Calidad de Vida

SUMMARY

Sexual dysfunctions are one of the most frequent health problems of human beings. However, because they do not provide additional gains for health investments, no special attention has been given to them, neglecting the very important implications on women´s quality of life. Maybe for the same reason, there are no large population studies on sexual dysfunctions, but scarce representative studies of some countries, like the one by Lauman in USA, published in 1992, on 1410 men and 1749 women, 18-59 years old, in which, sexual dysfunctions were found in 38% of men and in 43% of the women studied. Berman and Goldstein, from the University Medical Center in Boston, based on the National Health and Social Life Survey, in 1999, found that 43% of 1749 women had some type of sexual dysfunction and that, according to the population census, 9.7 million women 50-74 years of age, have different dysfunctions, defining the situation as being an enormous problem, in terms of women´s quality of life.

Key words: Sexual Disfunctions, Quality of Life.

Estado actual de las disfunciones sexuales femeninas:

Uno de los problemas de salud más frecuente en los seres humanos, es la disfunción sexual, sin embargo no se le hadado la importancia que requiere, ya que no genera rubros adicionales para la inversión en salud, por desconocimiento de las implicaciones en la calidad de vida de las personas. Probablemente por la misma razón no existen estudios de disfunciones sexuales en grandes poblaciones sino, muestras representativas de algunos países, entre ellos el realizado por Laumann y colaboradores en Estados Unidos en 1992, en 1410 hombres y 1749 mujeres de 18 a 59 años1 el cual reportó una frecuencia de disfunciones en 43% de las mujeres y en 38% de los hombres de igual edad. Berman y Goldstein, del Centro Médico Universitario de Boston, en Massachusetts, basados en la Encuesta Nacional de salud y vida social, en 1999, encontraron que entre 1749 mujeres, el 43% tenía algún tipo de disfunción sexual, y que según el censo de población, 9.7 millones de mujeres entre los 50 y 74 años de edad, presentan varias disfunciones, calificando la situación como un problema grave de la calidad de vida en las mujeres2.

En la Universidad de Boston, Irwin Goldstein, profesor de Urología, y padre de la Viagra, junto con otros profesionales, buscan conseguir la mejor de las metodologías científicas y farmacológicas que exploren los problemas sexuales y ayuden a buscar soluciones para ellos; en el mismo grupo, Jennifer Berman2, investiga en voluntarias sanas, los cambios fisiológicos que provoca la excitación sexual.

Goldstein lideró en Boston en 1999, una actividad con asistencia de 450 especialistas, entre sexólogos, psicólogos urólogos, ginecólogos, médicos de familia, psiquia tras, neurólogos y sociólogos, para discutir y conocer los trabajos e interrogantes alrededor de las disfunciones sexuales en las mujeres3. Feministas de prestigio en EEUU, publicaron en los Angeles Times y en el Boston Globe, artículos muy duros denunciando que lo que Goldstein y los laboratorios que lo apoyan quieren hacer, es "medicalizar la sexualidad de las mujeres", ya que cualquier medicamento que trate adecuadamente las disfunciones, será un hito para la industria farmacéutica; además anotaron que en su grupo de trabajo, faltan la antropología médica, la historia de la medicina y los estudios étnicos, que apoyen a los médicos. En el mismo evento, John Bancroft, director del Instituto Kinsey para la investigación del sexo y la reproducción, en la Universidad de Indiana, llamó la atención sobre la necesidad de entender las formas de vivir hombres y mujeres su sexualidad, como un elemento básico de todas las investigaciones.

Entre nosotros, sabemos que las características aprendidas por un buen número de mujeres, las ha llevado a tolerar o aceptar determinadas condiciones, que limitan su gratificación personal, bien sea por dificultades propias, por las de su compañero sexual, por la relación misma de pareja, o por su propia naturaleza, pues las dificultades sexuales de las mujeres, no están centradas, como pasa en los varones, en la fisiología y, consecuentemente, en los problemas del tejido eréctil o del orgasmo; las mujeres pretenden disfrutar del sexo de una manera diferente y buscan mejorar aspectos subjetivos de la relación sexual y no sólo la fisiología de la misma. Es por eso que muchas mujeres que se quejan de falta de respuesta genital de sus compañeros, lo hacen además de la ausencia de pasión, de amor, de romance y en general, de placer sensual y ninguna de estas condiciones, se obtiene con medicamentos.

En el laboratorio, que dirige la doctora Jennifer Berman4, se trabaja con casos de realidad virtual y un video de gran calidad que induce un estímulo sexual y sus reacciones, entre las cuales, se miden las de la vagina y el clítoris de las participantes, con una especie de pene que contiene un ecodoppler, para detectar los cambios vasculares en el clítoris, comprobando hasta dónde la excitación sexual eleva el flujo de este órgano tan sensible de las mujeres. Un cuestionario adicional, permite reducir la subjetividad de la valoración clínica. Su estudio en 60 mujeres que se quejaban de alteración de la función sexual, mostró incrementos significativos en la respuesta a la excitación en todas las mujeres, y en especial una respuesta en menor grado en las mayores de 55 años, que no recibían terapia de reemplazo hormonal, entre las investigadas, 67% tenía pobre respuesta excitatoria, 92% trastornos del orgasmo y 67% dolor con la actividad sexual. Por lo que concluyen que aún faltan herramientas diagnósticas adecuadas y objetivas para la medición de las disfunciones en las mujeres.

Respuesta sexual femenina

Para hablar de disfunciones, es necesario conocer la biología de la respuesta sexual femenina, y poder así ubicar el momento en el cual se presentan alteraciones.

Múltiples estudios sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres entre 50 y 100 años de edad, han demostrado que las personas sanas a los 70 años, en el 70% de los casos, están sexualmente activas y tienen relaciones sexuales en forma regular una ó más veces por semana, como lo mostraron en sus trabajos, Kinsey en 1948, Master y Johnson entre 1966 y 1991, Duke entre 1953 y 1991, y Starr- Weiner en 19815-6.

Variaciones en los cambios orgánicos ocurridos durante la menopausia en la respuesta sexual en las mujeres

De la misma manera que la excitación sexual en los varones conduce a la erección, en las mujeres, el deseo y la estimulación llevan a cambios en su fisiología genital, como lo demostraron Master y Johnson5 y lo explicó Roy Levin, del Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad de

Sheffield, del Reino Unido, en el evento de Goldstein3: los labios mayores, los menores, el clítoris, la uretra, el punto G, quizás el cuello del útero, y el músculo pubococcígeo son algunos de los muchos puntos erógenos que tiene una mujer.

El solo deseo, la atracción y, por supuesto, la estimulación de algunos de estos puntos activan las abundantes terminaciones nerviosas que hay en esos niveles y el cerebro se inunda de señales sexuales. Como respuesta a estos estímulos excitatorios, el sistema nervioso induce respuestas en los órganos sexuales aumentando su sensibilidad y preparando los genitales para una penetración fácil que culmine al final en reacciones muy placenteras o en orgasmo.

El corazón aumenta sus latidos hasta 140, la tensión arterial, se eleva hasta 160/100 milímetros de mercurio y la sangre congestiona la vagina, el útero y el clítoris, dando la sensación de que toda la pelvis se llena, por la congestión cuando se dilatan las arterias, que probablemente constriñen las venas y provoca un trasudado que aumenta la lubricación de la vagina y facilita el desplazamiento del pene en su interior. El proceso arterioesclerótico asociado a la edad, disminuye este trasudado, y el tiempo requerido para la lubricación, que en la mujer joven se produce 10 a 30 segundos pos estímulo efectivo, en mujeres las mayores de 60 años, se demora 1 a 3 minutos.

Además el pH de la vagina en la postmenopausia pasa de 3,5 a 4,5, a 5,0 a 7,0, lo que favorece las infecciones urinarias, y la cistitis, sobre todo en los casos de trastornos de la lubricación.

Durante el coito, suceden cambios vaginales y uterinos para facilitar la acomodación del pene o un objeto introducido, tal como: el alargamiento de la longitud vaginal y el aumento de espacio en el fondo de saco vaginal. Durante la menopausia, el alargamiento de la longitud vaginal, cambia, al pasar de 14 cm en la edad adulta a 7 a 8 cm, y la amplitud, pasa 5 a 6 de ancho a 1 a 1.5 cm; el levantamiento en tienda de campaña del útero y cérvix, que además facilita el ascenso de los espermatozoides hacia el interior del útero, por un mecanismo de succión cervical, también desaparece a los 5 años postmenopausia5.

Usualmente, cuanto mayor es la estimulación física y mental, mayor es la vasocongestión genital y más aumenta el deseo de su resolución a través del orgasmo; sin embargo, algunos de estos cambios disminuyen en intensidad al llegar a la menopausia, pero en buena medida, mejoran en mujeres que reciben terapias de sustitución con estrógenos. El orgasmo como tal no cambia en ninguna de las etapas vitales, aunque su intensidad y duración son menores y algunas mujeres refieren dolor tipo calambre durante él, en el período menopáusico8.

Mediadores neurogénicos en la respuesta sexual femenina.

Los mecanismos neurogénicos que modulan el tono y la relajación del músculo liso vaginal y clitoridiano, permanecen indeterminados. Estudios preliminares sugieren que el péptido intestinal vasoactivo,(VIP), y el óxido nítrico, (NO), están involucrados en la modulación de la relajación vaginal y en su proceso secretorio. El óxido nítrico se ha encontrado en el músculo liso del cuerpo cavernoso del clítoris, y más recientemente, se identificó allí mismo, la fosfodiesterasa tipo V, enzima responsable de la degradación de la guanosina monofosfato cíclica,(GMPc), que es inhibida por el sildenafil. Estos hallazgos sugieren un papel potencial del óxido nítrico como mediador de la relajación del músculo liso de la pared vaginal y del cuerpo cavernoso del clítoris; sin embargo la identificación exacta de los neurotransmisores no adrenérgicos - no colinérgicos, (NANC), aún no está clara. El VIP es un neurotransmisor NANC que juega un papel similar al NO, en el aumento del flujo vaginal, en su lubricación y secreción9.

Papel de las hormonas en la respuesta sexual femenina.

Las hormonas juegan un papel muy importante en la función sexual femenina. Experimentos en animales muestran como al suministrarles estradiol se produce una expansión de la acción de los receptores táctiles a todo lo largo de la distribución del nervio pudendo, sugiriendo que los estrógenos afectan el umbral sensorial10. También los estrógenos tienen efecto vasoprotector y vasodilatador, con aumento en el flujo arterial vaginal, clitoridiano y uretral, lo cual resulta en mantenimiento de la respuesta sexual y en prevención del compromiso arterioesclerótico de las arterias y arteriolas pélvicas.10,11

Los estrógenos regulan la óxido nítrico sintetasa, enzima responsable de la producción del NO, la cual disminuye en los años siguientes, en la postmenopausia, cuando ya los niveles de estrógenos son muy bajos, y proceden exclusivamente de las glándulas suprarrenales, o de transformación en la grasa periférica11. Igualmente, en las mujeres sometidas a ooforectomía bilateral, o a irradiaciones pélvicas que dañan la función ovárica, sufren cambios que en la vagina se reflejan no sólo en fibrosis, sino en muerte de las células11

Los niveles de estradiol por debajo de 50 pg/ml, especialmente de 35 pg/ml o menos, se relacionan con varias quejas sexuales, las cuales mejoran notablemente con la terapia de reemplazo hormonal, THS12 La disminución de la testosterona, se asocia a disminución del deseo, excitación y secundariamente de orgasmos13, lo cual se mejora con tratamientos con dosis de100 mg, aunque todavía hay trabajos controversiales.

Para enfrentar las posibilidades terapéuticas de las disfunciones femeninas, es necesario clasificarlas, e identificar los diferentes factores que contribuyen en mayor o menor medida a su presentación. Hoy se reconoce que la sexualidad femenina tiene mucho más que ver con el contexto socio-

cultural que la sexualidad masculina y buscar determinantes causales sin conocer a fondo los problemas interpersonales, puede conducir a interpretaciones erróneas. Veamos la clasificación actual de las disfunciones, basada en la clasificación americana de enfermedades mentales, DSM IV (Tabla 1).14

Tabla 1. Clasificación y definición de las disfunciones sexuales en las mujeres

1. Trastornos del deseo	1.1 Deseo sexual hipoactivo
2. Trastornos de la excitación	2.1 Aversión sexual 2.2 Deseo sexual inhibido 2.3 Trastornos de la lubricación
3.Trastornos del orgasmo	
4.Disfunción sexual por dolor	4.1 Dispareunia 4.2 Vaginismo

1. Trastornos del deseo

1.1 Deseo sexual hipoactivo: es la deficiencia persistente o recurrente, o la ausencia de fantasías sexuales o del deseo de actividad sexual, que causa distress personal. Su etiología, radica en factores sicológicos o problemas fisiológicos tales como la deficiencia hormonal dada por la menopausia natural o quirúrgica, por terapias médicas, o por trastornos endocrinos.

Durante la menopausia o la perimenopausia, un tercio de la población femenina experimenta disminución del deseo sexual, según un estudio de la Dra. Barbrach Lonnie15. Sin embargo, uno de los puntos difíciles de esta problemática, es la disparidad entre los niveles de interés sexual de la pareja, y su frecuencia de deseo, que los hombres interpretan como ausencia de deseo, y las mujeres como falta de amor.

2.Trastornos de la excitación

2.1 Aversión sexual: es la fobia persistente o recurrente que conlleva a evitar todo contacto sexual con un compañero o compañera. Es una inhibición de la excitación en general que suele presentarse con falta de sentimientos eróticos. La relación sexual, se siente como una tarea obligatoria, o como castigo; provoca insatisfacción, repugnancia y/o tristeza, formulando constantemente excusas para evitar un coito con su pareja. Su etiología casi siempre es de origen sicológico o por problemas emocionales de múltiples orígenes como abuso sexual, abuso físico o traumas en la infancia.

La disfunción excitatoria, es la incapacidad permanente o recurrente para conseguir o mantener la excitación. El dato que mejor define este trastorno es la incapacidad de lubricación de la vagina y la dificultad que esta carencia añade a la penetración, pero también comprende la disminución de las sensaciones en los labios, en el clítoris, y la relajación de los músculos vaginales.

Etiología:

* Factores sicológicos

* Factores fisiológicos: dolor pélvico, cirugías

* Medicaciones como los inhibidores de la recaptación de serotonina.
*

Lesiones de la medula espinal o enfermedades del sistema nervioso central o periférico, incluyendo la diabetes, que producen una disfunción neurogénica.

* Causas vasculogénicas tales como: hipertensión arterial, los altos niveles de colesterol, la diabetes, el consumo excesivo de cigarrillos, y las enfermedades cardíacas, inducen trastornos tanto en los hombres como en las mujeres. La insuficiencia vascular severa que compromete las arterias ilíacas, pudenda interna o hipogástrica; o la arterioesclerosis severa, disminuyen la circulación en el área pélvica: clítoris y vagina, y llevan a fibrosis muscular, depósitos de colágeno, placas arterioescleróticas y finalmente disminución de la sensibilidad.

* Traumas pélvicos y fracturas que lesionan las arterias pudendas; quemaduras profundas; daños por cirugías o presión perineal crónica en las ciclistas, disminuyen el flujo sanguíneo y secundariamente la sensibilidad (Tabla 2).

2.2 Deseo sexual inhibido: se relaciona con circunstancias en las cuales la relación provoca dolor físico o emocional, y la inhibición del deseo propio, se toma como la alternativa para no exponerse a la repetición de la condición; sin embargo, cuando las circunstancias de dicha relación cambian o se tiene otra pareja, el deseo se reactiva espontáneamente.

2.3 Trastornos de la lubricación: la lubricación es una respuesta de los genitales a la excitación sexual, en la que están comprometidas las glándulas de Bartholino y las de Skeene, las cuales producen aumento en su secreción con el objetivo de lubricar el introito y el tercio inferior vaginal, para facilitar la penetración no traumática, también el trasudado de la mucosa vaginal producido por el aumento en la vasocongestión pélvica durante la excitación, cumple función similar. Cuando hay alteraciones en el deseo sexual, como en los casos de violación, relaciones forzadas, o cuando se utilizan antihistamínicos u otros medicamentos que alteran las secreciones, no se produce o es mínima la secreción, produciendo roce traumático entre el introito, la mucosa vaginal y el pene, lo cual da fisuras e irritación. Cuando la condición es repetitiva, la información recibida por el cerebro como molestia por el trauma, disminuye secundariamente el deseo, y se multiplican las disfunciones. Durante la menopausia, es un proceso fisiológico la disminución de dichas secreciones, sin embargo el uso de los estrógenos locales y la ayuda con lubricantes corrige fácilmente esta cincunstancia.

3. Trastornos del orgasmo

Es la dificultad persistente o recurrente para obtener el orgasmo, a pesar de que se haya alcanzado un nivel elevado de excitación sexual, condición que lleva a distress personal.

La disfunción orgásmica puede ser primaria, cuando nunca se ha alcanzado, y a su vez, se debe a traumas sexuales como el abuso. Es secundaria, cuando se han tenido orgasmos previos y luego se presenta anorgasmia, por varias causas entre ellas las cirugías traumáticas, cirugías en cuya decisión no participó la mujer, y que las percibe como mutilantes, condiciones en las prima el factor sicológico. La disfunción orgásmica puede también ser permanente o situacional.

Si el trastorno sigue a un período de funcionamiento sexual normal, debe considerarse la naturaleza de la relación actual, ya que la causa suele ser un conflicto marital, ausencia de armonía, o factores relacionados como la depresión y las situaciones estresantes. Se estima que más del 90% de las mujeres que buscan solución a este problema la encuentran.

4. Disfunción sexual por dolor

4.1 Dispareunia: Es el dolor genital recurrente o persistente, provocado por la penetración (Tabla 4).

Etiología de la dispareunia

El dolor de la dispareunia generalmente se siente a nivel del introito, pero también puede aparecer antes, durante o después de la relación genital. La causa puede ser un factor psicológico o traumatismos locales.

Tabla 4. Disfunción sexual por dolor

4.1 Dispareunia	1. Etiología local	Laceraciones locales Lubricación inadecuada Vulvovaginitis Reacciones alérgicas vulvares Enfermedades dermatológicas vulvares Inadecuada técnica coital.
	2. Adquirida	Involución menopáusica Reacciones por reparaciones vaginales Retroflexión uterina marcada Radioterapia intravaginal Enfermedad pélvica inflamatoria
	3. Etiología psicológica	Vaginismo Inhibiciones sicológicas por dolor
4.2 Vaginismo		Dispareunia Temor al embarazo Temor a la pérdida del autocontrol Mitos sexuales Violencia

4.1.1 Causas locales

* Laceración del himen, lesiones del meato uretral, después de los cuales aparecen ulceraciones superficiales dolorosas.

* Lubricación inadecuada, generalmente secundaria a juegos preliminares inapropiados o insuficientes, o atrofia vaginal.

* Presión vigorosa sobre una uretra sensible durante el coito; penetración inapropiada;

* Lesiones del introito debido a alteraciones inflamatorias como la vestibulitis; infecciones como los abscesos de las glándulas de Bartolino.

* Irritación secundaria al uso de preservativos de mala calidad o con lubricación inadecuada.
* Reacciones alérgicas al contenido de espumas o geles anticonceptivos y al látex de los condones.

* Anomalías del tracto genital femenino, tales como: tabique vaginal congénito ó himen rígido.

* Enfermedades dermatológicas como el liquen escleroso que se acompaña de rigidez.

4.1.2 Dispareunia adquirida

No se relaciona con el primer coito y con frecuencia se desarrolla años después del mismo. Sus causas incluyen:

* Involución menopáusica con sequedad y adelgazamiento de la mucosa vaginal.

* Engrosamiento del introito secundario a perineorrafias, o reparación plástica de la vagina.
* Retroflexión uterina marcada con prolapso ovárico en el fondo de saco.

* Endometriosis, divertículo suburetral.

* Vaginitis y enfermedad inflamatoria pélvica.

* Radioterapia intravaginal para el tratamiento de neoplasias malignas, que produce acortamiento, atrofia y sequedad vaginal.

4.1.3 Causa psicológica

La más frecuente es el vaginismo, y los factores relacionados son similares a los implicados en el trastorno orgásmico femenino:

* La estimulación sexual inadecuada o su inhibición psicológica que dan dar lugar a una lubricación vaginal inapropiada y a dolor coital.

Diagnóstico de la dispareunia

* La historia clínica de dolor durante el coito, o después de él, es el síntoma fundamental. Su localización y el hecho de presentarse con la penetración profunda, puede ser indicativa de una lesión uterina, del ligamento ancho o de la posición del ovario.

* En la exploración física y pélvica, se deben buscar lesiones en el introito y la vagina, evaluar la posición del útero y sus anexos u otras patologías pélvicas.

4.2 Vaginismo: Es el espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la penetración, como resultado de un deseo inconsciente de la mujer de evitar la penetración.

El dolor del vaginismo puede impedir la penetración, resultando a menudo en la no consumación del matrimonio, pero no impide la obtención del placer por el estímulo clitoridiano.

Etiología del vaginismo

* El vaginismo es una respuesta aprendida, con frecuencia debida a la dispareunia, que causa dolor al intentar el coito; incluso tras eliminar la causa de la dispareunia, el recuerdo del dolor puede perpetuar el vaginismo.

* Miedo al embarazo.

*Temor a ser controlada por un hombre o a perder el control.

* Ideas erróneas de que la relación sexual es necesariamente violenta.

Diagnóstico del vaginismo

*La historia clínica y la exploración física pueden orientar hacia las causas físicas o psicológicas.

* La observación de un espasmo vaginal involuntario durante la exploración pélvica confirma el diagnóstico, pero debe tenerse en cuenta que a menudo la sola aproximación del examinador a la paciente ya evidencia una reacción de evitación por su parte. La presencia del compañero, u otra persona de confianza durante el examen y el uso de anestésico local para evitar el espasmo, facilitan la exploración pélvica más detallada.

Tabla 5. Etiología de las disfunciones del deseo

A. Entrevista individual	
1. Factores personales	1. Información- educación 2. Tiempo evolución del problema 3. Enfermedades y/o medicamentos 4. Pérdida deseo por compañero actual 5. Fantasías sexuales
2. Problemas personales de fondo	1. Conocimiento de su cuerpo 2. Vivencia sensual y grado de gratificación 3. Dificultad para permitirse ser acariciada
3. Uso de medicamentos con efectos en la sexualidad	1. Neurolépticos Fenotiazinas Cloropromazina 2. Antidepresivos 3. Elevadores de la prolactina 4. Inhibidores de MAO 5. Hipotensores 6. Anticolinérgicos 7. Antihistamínicos 8. Andrógenos
4. Uso de drogas que modifican la respuesta sexual	1. Alcohol 2. Marihuana 3. Heroína - Metadona 4. Cocaína
B. Entrevista a la pareja	
1. Factores sicológicos asociados	1. Disminución de la autoestima 2. Angustia por el envejecimiento 3. Temor al rechazo de la pareja 4. Temor a la intimidad
2. Factores de la pareja	1. Habilidades amorosas 2. Estilos de vida 3. Calidad de la relación de pareja
3. Situaciones sociales especiales	1. Violencia social 2. Desplazamientos 3. Terremotos 4. Violencia sexual: violaciones - abuso
4. Condiciones propias de los compañeros sexuales	1. Alteraciones de la edad y la salud 2. Disfunciones sexuales masculinas

Tratamiento del vaginismo

1. Corregir las causas físicas que producen dolor
2. Cuando persiste, son eficaces las técnicas de relajación muscular como la dilatación gradual:

* La exploración genital antes de comenzar la dilatación gradual, se hace en el consultorio, en presencia de la pareja.

* El médico identifica las partes anatómicas, mientras la paciente se autoexamina utilizando un espejo. Como estrategia para disminuir la ansiedad en ambos miembros, se debe facilitar la comunicación acerca de temas sexuales y mostrar y enseñarle el uso de los dilatadores, para ser aplicados en su casa por ella misma o por su pareja.

* Se introducen en la vagina dilatadores lubricados de goma o plástico de pequeño calibre, cuyo tamaño

se va incrementando a medida que se progresa en el ejercicio; se mantienen durante 10 minutos y se retiran.

* La dilatación gradual debe realizarse al menos 3 veces a la semana, y un procedimiento similar con sus dedos, una a dos veces por día.

* Realizar ejercicios de Kegel mientras se tiene colocado el dilatador, tomando conciencia de la sensación de contracción- relajación, ayuda a la paciente a desarrollar un control de su musculatura vaginal.

* Se le pide a la paciente que coloque una mano en la cara interna del muslo y contraiga y relaje los músculos, ayuda a concentrarse en los músculos y no en el objeto intravaginal.

* Sólo cuando la paciente tolera la inserción de los dilatadores mayores sin molestias, se intenta la relación sexual.

3. Otras ayudas importantes son: la combinación de psicoterapia con experiencias sexuales prescritas, con el apoyo de un equipo médico-psicológico de profesionales adiestrados: entre ellas contamos:

* Ejercicios de comunicación, sexuales y no sexuales, verbales o corporales, que deben llevarse a cabo en el hogar y cuyo objetivo básico es bajar el nivel de ansiedad, conocer más sobre el propio cuerpo de la compañera/o, modificar actitudes negativas con respecto a la sexualidad, y lo más importante, la no obligatoriedad del éxito en estas primeras experiencias.

4. Realizar sesiones de información sexual que se complementan con videos, diapositivas, libros, en las cuales se replantean técnicas sexuales efectivas, mitos y creencias sexuales.

5. diagnostico etioloogico de las disfunciones del deseo sexual

El diagnóstico de todas las posibles causas relacionadas con la disminución del deseo sexual es importante, ya que las estrategias terapéuticas varían, según sean las causas de la alteración3. Cuando se altera el deseo, secundariamente se pueden alterar la excitación y el orgasmo, por ello lo analizamos con mayor detenimiento. (Tabla 5).

5.1.2 Otras causas: se debe identificar si existen otros problemas de fondo que incidan directamente en su comportamiento sexual, tales como:

* Conocimiento de su cuerpo, sus partes erógenas
* De qué manera vive su sensualidad, y si se siente feliz consigo misma.
* Dificultad para dejarse acariciar o hacerlo ella sola

5.1.3 Uso de medicamentos que modifican la respuesta sexual:

Son varias los medicamentos que tienen efectos adversos sobre la función sexual, bien sea afectando el deseo o la erección en los hombres, o la excitación y el orgasmo en las mujeres16, por mecanismos de acción central, como la alfametildopa, la clonidina y los sedantes y tranquilizantes; por acción en las terminaciones nerviosas como los alcaloides de la rauwolfia y la reserpina; por bloqueo del receptor adrenérgico como el propanolol.Vasodilatadores no adrenérgicos como: minoxidil, prazosin, e hidralazina; además de otras acciones específicas.

* Algunos neurolépticos se han asociado con la disminución del deseo sexual.

* Las fenotiazinas, utilizadas en trastornos sicóticos, producen un efecto sedante de las emociones y la actividad motora. La Cloropromazina, prototipo de este grupo, en dosis altas, eleva la prolactina, y deprime la secreción de gonadotropinas. Junto con la tioridazina, disminuyen la lubricación vaginal, e inhiben la eyaculación.

* Agentes que bloquean la síntesis o la utilización de testosterona como los opioides.

* Drogas, que aumentan los niveles de prolactina y reducen la testosterona, ejercen una influencia negativa sobre la libido: el acetato de ciproterona, un antiandrógeno,disminuye el deseo, la excitación y aún el orgasmo, al tomarse como un equivalente erróneo de la testosterona. La medroxiprogesterona: utilizada por tiempo prolongado, reduce el deseo y la excitación, tanto que se utiliza para la reducción de fantasías sexuales en los estados delictivos.

* Los inhibidores de la MAO, aumentan los niveles de dopamina y noradrenalina cerebrales, mejorando la depresión, pero inducen retraso o pérdida de la capacidad eyaculatoria hasta un 30%.

* Los antidepresivos entre ellos los inhibidores de la recaptación de serotonina, que están entre los fármacos de prescripción más frecuente, inhiben tanto la excitación como el orgasmo femenino, a sabiendas que el cuadro depresivo en sí mismo, también reduce el interés sexual17.

* Antihipertensivos como la alfametildopa que según la dosis, producen depleción de las catecolaminas

en el sistema nervioso central y producen un falso neurotransmisor que tiene acción directa sobre los nervios periféricos que controlan la erección en los hombres y la vasodilatación vaginal en las mujeres; no se ha comprobado que alteren los niveles de Testosterona. En dosis menores de un gramo, la alfametildopa, disminuye la libido y produce impotencia en el 10-15% de los usuarios; cuando la dosis es de 1,5 gramos, al 25%, y cuando se sube a 2 gramos, el 50% de los hombres usuarios experimentan: impotencia o eyaculación retardada, y las mujeres: ausencia de deseo y anorgasmia. Estos cambios, desaparecen a las dos semanas de suspender la medicación. También la alfametildopa, aumenta los niveles de prolactina, con galactorrea y ginecomastia secundarias, además de somnolencia.

* La espironolactona, antagonista competitivo de la aldosterona, es un antihipertensivo que conserva el potasio y mejora los edemas, pero produce inhibición de la libido, impotencia y ginecomastia en los hombres, (que no siempre revierte con la suspensión de la droga); trastornos menstruales y sesibilidad mamaria en las mujeres, por un posible efecto antiandrogénico en los tejidos receptores, y una importante actividad progestacional.

* Los anticolinérgicos utilizados en los trastornos gastrointestinales, no sólo inhiben la acetilcolina, sino también el sistema parasimpático, alterando la vasodilatación refleja del pene y la lubricación vaginal en las mujeres.

* El clofibrato, utilizado para disminuir el colesterol y los triglicéridos, disminuye la libido.

* Los antihistamínicos como la cimetidina, producen efectos sedantes, alteran el eje Hipotálamo-hipófisis gonadal, producen ginecomastia e impotencia en el hombre, y alteración de la lubricación en las mujeres.

* Los andrógenos, en hombres con hipogonadismo, mejoran su función sexual; pero si los niveles de testosterona, son normales, no sólo, no tienen efectos de interés en la potencia o en el deseo sexual, en hombres y mujeres, sino que cuando se utilizan en dosis altas y prolongadas, se produce atrofia testicular, depresión de la espermatogénesis, hipertrofia prostática, y exacerbación del cáncer de próstata, además de ginecomastia masculina por su conversión en estrógenos. En las mujeres con niveles bajos, se aumenta la libido, pero se debe sopesar su beneficio con los efectos secundarios de hirsutismo, acné, hipertrofia del clítoris, disminución del tono de la voz, además de retención de sodio con edemas secundarios.

5.1.4 Uso de drogas que modifican la respuesta sexual:

El alcohol, desencadena en quien lo utiliza, sensaciones de bienestar, relajación física y mental. No está claro su efecto sobre la libido, pero en dosis bajas, tiene un efecto que libera de las inhibiciones morales así como de los prejuicios sociales, que con frecuencia reprimen las expresiones sexuales. En dosis altas, el alcohol deprime el sistema nervioso central, e interfiere los mecanismos de transmisión refleja de la excitación sexual.17

La marihuana, aumenta las sensaciones y experiencias sexuales, pero su uso continuado, con una frecuencia de tres a cinco veces por semana, por mas de cinco semanas, produce descenso en los niveles de testosterona que lleva a impotencia, e inhibición de la espematogénesis, pero se recuperan después de un mes de su suspensión completa.

La heroína y la metadona en menor proporción, producen según algunos trabajos, y no demostrados por todos los investigadores, disminución de los niveles de gonadotropinas hipofisiarias, disminución de la libido, retardo e incapacidad de la eyaculación, además de impotencia.

La cocaína, estimula el deseo, el orgasmo, da mayor firmeza a la erección y puede producir priapismo. No hay estudios concluyentes sobre los efectos negativos.

5.2. Entrevista en pareja

Se revisan las condiciones y estilos de cada pareja para identificar aquellas que puedan estar contribuyendo a alterar su relación.

5.2.1 Factores psicológicos asociados:

* Temor a la intimidad: puede causar pérdida de deseo sexual: El alejamiento, se utiliza como estrategia contra el vínculo demasiado cercano, cuando se teme la reiteración de heridas antiguas no resueltas.
* Disminución de la autoestima.

* Angustia por el envejecimiento asociada especialmente a esta etapa de la vida.

* Temor a ser rechazada por la pareja o desplazada de las relaciones sociales.

5.2.2. Factores de la pareja:

5.2.2.1 Habilidades y ejercicios amorosos específicos: las técnicas inadecuadas que no llevan a la satisfacción, se reflejan finalmente en pérdida del interés sexual.

5.2.2.2 Estilos de vida y su incidencia en la sexualidad:

* Algunas formas de convivencia, como el hacinamiento obligado, o el compartir el dormitorio con los hijos por sobreprotección, alteran la vida sexual de la pareja y su privacidad, ya que los hijos que no solo ocupan el espacio físico, sino también el psíquico de uno o de ambos miembros de la pareja.

* Las actividades laborales excesivas, en algunos casos, no permiten el encuentro sexual, por cansancio o por falta de tiempo.

* Presiones familiares o sociales que ocupan el lugar de la sexualidad, como las familias de origen de uno a ambos miembros.

* Presiones económicas o de ascenso social que impiden a la pareja tomar conciencia de la importancia que tiene, darle un lugar a su sexualidad.

5.2.2.3 Calidad de la relación de pareja:

* Cuando se tienen vínculos prolongados y las relaciones sexuales han sido insatisfactorias, es posible que la mujer utilice la menopausia para legitimar su deseo de finalización de las relaciones coitales, atribuyéndolo a los cambios propios de la edad.

* Cuando los hijos se independizan y el tiempo para la pareja es mayor, los problemas conyugales de larga data, tienden a agudizarse en esta etapa, al igual que los problemas de comunicación, la falta de interés, la evidencia de la no-necesidad del otro, o al contrario, aparece la libertad para disfrutarse, ya que los compromisos filiales previos los limitaban.

* En esta etapa las mujeres suelen centrarse en sus logros y anhelos personales, sin subordinarse a los de sus compañeros, lo cual modifica las condiciones de sus relaciones, viviéndose de manera positiva o controversial con la pareja.

* Mientras que una buena relación sexual profundiza el sentimiento de intimidad, la ausencia de contacto puede mantener una sensación de inseguridad emocional.

5.2.3 Situaciones sociales especiales:

* Situaciones sociales conflictivas extremas, que comprometen a los miembros de una sociedad, tales como desplazamientos por violencia o terremotos, que modifican la privacidad y probablemente los deseos de la pareja.

5.2.4 Condiciones propias de los compañeros sexuales:

* Alteraciones en la salud general

* Variaciones en la respuesta sexual asociadas con la edad: las personas mayores de 40 años, tienen menor frecuencia y rapidez de la erección o mayor necesidad de una estimulación directa para obtenerla, lo cual puede llevar a que el varón evite el coito, y disminuya la frecuencia18. Algunas mujeres, por desconocimiento, se asumen como culpables de las modificaciones en sus compañeros, creyéndose que están menos atractivas o deseables, y que esa es la razón del cambio en su compañero, lo cual les baja la autoestima,y les produce una ansiedad, que a su vez, reduce aún más su deseo.

* Disfunciones sexuales masculinas como la eyaculación precoz permanente, a la que el hombre responde finalizando la relación una vez que ha eyaculado, no sólo crean insatisfacción crónica en sus compañeras, sino que llevan a inhibición de su interés sexual.

3. La siguiente etapa, comprende:

3.1 Examen médico completo incluyendo el examen pélvico: este examen permite reconocer si existen causas locales perineales o vaginales que interfieran la respuesta sexual, con el fin de recomendar el tratamiento médico pertinente o la intervención requerida, condición que es poco frecuente. Si la historia clínica sugiere disfunción masculina, el examen urológico también debe recomendarse.

3.2 Exámenes de laboratorio complementarios, se solicitan en los casos que lo ameriten, tales como:

* Perfil hormonal: hormona folículoestimulante, (FSH); hormona luteinizante, (LH); estradiol, testosterona libre, la cual se disminuye con la edad y se altera la relación testosterona/ estrógenos, y aumento de FSH Y LH18; perfil tiroideo: TSH, T3 Y T4; glicemia: se altera con los años porque el paso de glucosa al sistema nervioso central, depende de los estrógenos e igualmente se disminuye la hormona del crecimiento, (HGH), que actúa semejante a la insulina, a los 65 años el 40% de las personas son diabéticas y a los 70, se aumenta hasta en el 50% ; Ph vaginal; mediciones del flujo sanguíneo vaginal, por medio del duplex con ultrasonido doppler, velocidad pre y postestimulación desde el pico sistólico al final de la diástole.

* Mediciones del grado de sensibilidad y grado de presión vaginal que indirectamente evalúan la capacidad de contracción de los músculos del periné, por medio de balones o penes colocados en la vagina.

Alternativas terapéuticas para las disfunciones sexuales

Tratamiento médico:

1. Cuando la disfunción se relaciona con la utilización de alguna medicación, se debe evaluar la posibilidad de reemplazarla por otra igualmente efectiva en el control de la patología, y que no produzca los efectos sexuales indeseables.

2. La insuficiencia de estrógenos o de testosterona, causa la pérdida del deseo sexual; deben suministrarse bajo supervisión médica.

3. Terapias como el sildenafil para las mujeres, todavía están muy controvertidas pues los resultados de las investigaciones no han sido similares a los encontrados en los animales. El sildenafil funciona como un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa tipo V, que disminuye el catabolismo de GMPc, segundo mensajero, en la relajación mediada por el óxido nítrico, en los músculos lisos de la vagina y el clítoris y por lo tanto puede servir en los trastornos de la excitación.

El grupo de Goldstein en Boston, dice tener datos prometedores, sin embargo, son estudios abiertos, de muy pocas pacientes y utilizando parámetros subjetivos poco reproducibles. Raymond Rosen, otro de los expertos mundiales en el tema, habló en la reunión mencionada en Boston, sobre fármacos vasoactivos y disfunción sexual en ensayos controlados con Viagra y mujeres, afirmando que los resultados, no son alentadores.

En tanto Chai y colaboradores19 realizaron un estudio de cohortes en mujeres con disfunciones sexuales, encontrando diferencias significativas entre el grupo tratado con sildenafil y un grupo tratado con placebo, refiriendo mejoría en el orgasmo, la lubricación vaginal, y la experiencia sexual. Este trabajo, requiere replicarse en grupos más representativos y con rigurosos criterios clínicos para mayor confiabilidad.

4. Crema de prostaglandina E1 (Alprostadil al 2%): Becher y colaboradores20 realizaron una investigación aplicando localmente sobre el clítoris, crema de prostaglandina

E1 (Alprostadil al 2%), y encontraron que su efecto vasodilatador al aumentar el flujo sanguíneo, es semejante a la respuesta inducida por la excitación sexual y sería una ayuda para las mujeres con disfunciones excitatorias. Trece de 18 mujeres con edades tan dispares como 18 a 62 años, en las cuales habría que analizar otras variables como las circulatorias, reportaron una agradable sensación clitoridiana, mientras que el resto lo refirieron de quemadura; sin embargo, es un grupo muy pequeño, sin significancia estadística para que sus resultados puedan ser aplicados a la población general.

Se está experimentando con la crema intrauretral que se utiliza en los hombres, para aplicación intravaginal, con el fin de evaluar su efecto excitatorio en los tejidos.

5. Minoxidil al 2% y Nicorandil al 5%: trabajos realizados por el grupo del doctor Kim21 con 38 mujeres de 35 a 58 años con aerosol de Minoxidil al 2% y Nicorandil al 5%, demuestran mediante el uso del doppler, que se produce aumento del flujo sanguíneo clitoridiano.

6. Las tabletas de fentolamina (Regitin ó Vasomax), un bloqueador alfa-adrenérgico no específico, que causa relajación del músculo liso vascular y aumenta el flujo sanguíneo en hombres con disfunción eréctil, está en estudio en mujeres con disfunciones sexuales, sin reportar aún sus resultados.

7. La Apomorfina, un agente antiparkinsoniano, agonista de la dopamina, de uso sublingual, que facilita la respuesta eréctil tanto en hombres orgánicamente sanos pero con disfunción eréctil de origen sicógeno, como en aquellos con disfunción orgánica, no se ha probado en las mujeres, pero los datos de los estudios masculinos afirman que la dopamina pudiera estar comprometida en el deseo y la excitación sexual22.

8. Aún se controvierte el papel de la testosterona o de la DHEA para aumentar la libido, cuyas concentraciones sanguíneas, bajan significativamente a partir de los 65 años de edad. Lo que se sabe es que esa hormona, típicamente masculina, la testosterona, puede tener un papel importante en la sexualidad de las mujeres y se necesitarán más estudios para definir su uso o no en el futuro23.

De momento, lo que sí está claro en las disfunciones sexuales de las mujeres menopáusicas es la terapia hormonal de sustitución. Sin el concurso de los estrógenos y la progesterona no hay forma de mejorar los trastornos de la excitación sexual que puedan presentarse.

9. No podemos negar el efecto placebo que para muchas generaciones han tenido los afrodisíacos:

Los afrodisíacos, son ciertas drogas o sustancias, generalmente comestibles, que se supone, aumentan el deseo o la potencia sexual, conocidos hace miles de años en el antiguo Egipto, Grecia, Roma, Persia, India; los hombres acudían ya a estas sustancias, con la esperanza de que les permitieran mantener o aumentar su virilidad, y las cortesanas de todas las culturas y épocas las han utilizado para conquistar a sus clientes.

Se atribuyen efectos afrodisíacos a múltiples sustancias: alimentos: trufas francesas, ostras, espárragos, caviar, chocolates, apio, ajos, habas, chile; a sustancias extraídas de animales, como la cantárida, polvo obtenido del escarabajo seco más conocido como mosca española; al cuerno del rinoceronte, al pene del león en polvo, los huesos de rana, los testículos del toro, y entre los modernos, los atribuidos a los aceites erotizantes y los "green M&Ms". A pesar del legendario uso,

lo cierto es que no se ha descubierto en los afrodisíacos, una sustancia ideal que active la química cerebral con el fin de mejorar el impulso sexual.

10. Terapéuticas paralelas como la psicoterapia, hay que potenciarlas, ya que han demostrado su valor en los trastornos orgásmicos y excitatorios. Las modalidades de las psicoterapias pueden ser:

10.1 Psicoterapia de pareja: es el método más eficaz cuando hay problemas vinculares, dificultades en la comunicación, o cualquier otra alteración de la intimidad. No obstante, una vez solucionadas estas condiciones, puede ser necesario implementar un tratamiento dirigido concretamente a restablecer el contacto sexual.

10.2 La psicoterapia individual: es el recurso indicado para las pacientes con antecedentes de traumas sexuales, trastornos relacionados con la imagen corporal o el temor a la intimidad o al envejecimiento.

Finalmente concluimos que, no es posible aún plantear terapias únicas para las disfunciones sexuales, ya que no se puede limitar la solución de un problema disfuncional, a la reacción local genital, de vasodilatación y aumento de tamaño del clítoris, o de lubricación vaginal, cuando la respuesta sexual no solamente compromete múltiples estructuras orgánicas, sino que depende de las vivencias personales, la autoestima, los sentimientos, la interacción entre las parejas y sus propias problemáticas, además del medio ambiente físico y sicológico. Lo mejor para el manejo de las disfunciones sexuales es la combinación multidisciplinaria rigurosa de lo físicoquímico, lo psicológico y lo relacional2.

Bibliografía

1. Laumann, EO. Paik, A. Rosen, R.C. Sexual disfunction in United States. Prevalence and predictors. JAMA, 1999; 281: 537-544.
2. Berman JR; Berman L. Goldstein I. Female sexual disfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. Urology 1999; 54:385-391.
3. Psicolnet. Newsletter Año II, 1999; 58
4. Berman, Jr; Goldstein; I. Gender differences in sexual arousal responses: implications for cualitatives variations in genital engorgement: Program and abstracts from de American Urological Association 95th Annual Meeting; April 29-May 4, 2000; Atlanta Georgia, Abstract 1067
5. Masters W, Johnson V. La sexualidad humana. El ciclo de la respuesta sexual. Traducción Boston Litle Brown and Company 1966, Editorial Grijalbo 1996. 1: 90-106
6. Kaplan H S. La Nueva Terapia Sexual. Alianza Editoral. Madrid, 1986. V 2 p 466-502
7. Natoin B, Maclusy NJ and Leranth CZ. The cellular effect of estrogens on neuroendocrine tissues. J Steroid Biochem 1988. 30: 195-207.
8. Kolodny R. C. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona 1985.
9. Ottensen B, Ulrichsen H, Frahenkrug J, et al. Vasoactive intestinal polypeptide and the female genital tract: relationship to reproductive phase and delivery. Am J Obstet Gynecol 1982; 43: 414-420.
10. Sarrel PM. Ovarian hormones and vaginal blood flow using laser doppler velocimetry to measure effects in a clinical trial of post-menopausal women. Int J Impot Res 1998; 10: 591-593.
11. Berman J, McCarthy M, Kyprianou N. Effect of estrogen in the rat vagin. Urology 1998; 44: 650-656.
12. Mc Coy, N.L. Davidson, J.R. A longitudinal study of effects of menopause on sexuality. Maturitas 1985; 17: 203 - 210.
13. Burger HC, Hailes J, Menclaus M, et al. The management of persistent menopausal symptoms, with estradiol-testosterone implants. Maturitas 1984. 6: 35-38.
14. Noveno Manual de clasificación de las enfermedades mentales, DSM IV, versión 1995.
15. Lonnie B. Menopause Management. Edit Planeta Vida. Agosto 1 de 2000.
16. Kolodny R. C. Fármacos, drogas y sexualidad. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelona 1985; 241-260.
17. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. J Clin Psychopharmacol. 1999; 19: 67-85.
18. Osuna JA, Teran J, Teppa A. Alteraciones metabólicas durante el climaterio y la menopausia. Cap. 4 45-60 p en Medicina del Climaterio y la Menopausia. Ed J. Terán y F. Febres. Editorial Ateproca Feb. 1999.
19. Chai TC, Wong J, Berman JR. Pilot study on effectiveness of viagra for treatment of female sexual disfunctions: physologic predictor for succes. Program and abstracts from de American Urological Association 95th Annual Meeting; April 29 _May 4, 2000. Atlanta, Georgia. Abstract 340.
20.

Becher EF, Bechara A, Casabe A. Topical Alprostadil, produces significant clitoral hemodinamic changes. Program and abstracts from de American Urological Association 95th Annual Meeting; April 29 _May 4, 2000. Atlanta, Georgia. Abstract 652.

21. Kim JJ, Yu JW, Lee JG, Moon DG. Effects of topical KATP channel opener solution on clitoral blood flow. Program and abstracts from de American Urological Association 95th Annual Meeting; April 29 _May 4, 2000. Atlanta, Georgia. Abstract 1068.

22. Espinel FJ. Disfunción sexual femenina. El papel del ginecólogo. Rev Controversias en Ginecología y Obstetricia. 2000; 5, 30: 34-40.

23. Steel N. DHEA, Dehydro-epiandrosterone and ageing. Age and ageing. 1999; 28: 89-91.