

Disfunción orgásmica femenina, propuesta de plan terapéutico

Feminine orgasmic dysfunction, proposal of therapeutic plan

Giselle Riquelme Hernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7461-7279>

¹Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile, Chile.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: giselleriquelme@udd.cl

RESUMEN

La disfunción orgásmica en la mujer se define como la demora o la ausencia del orgasmo de forma recurrente, precedida de una fase de excitación adecuada, asociada a múltiples factores, ya sea biológicos, psicológicos y sociales, entre otros, que condicionan y limitan su calidad de vida. Por esta razón este trabajo se propone analizar el abordaje terapéutico de una mujer con diagnóstico de disfunción orgásmica femenina, a propósito de un caso clínico atendido en consulta sexológica, que incorpora diferentes técnicas y procedimientos disponibles en la evidencia científica del área. A través de una presentación de caso de una mujer de 31 años con diagnóstico de disfunción orgásmica situacional, psicógena, asociada a educación sexual inadecuada, escasa intimidad y comunicación en pareja, conocimientos negativos acerca del orgasmo y ansiedad anticipatoria, entre otros. Se realiza plan de terapéutico de 8 sesiones, con abordaje integrativos de diversas técnicas, entre ellas focalización sensorial I-II, con evolución favorable de la paciente. Concluyendo que el abordaje integral de la disfunción sexual en la mujer es un desafío para el profesional de la salud, siendo el principal de ellos, ser capaces de entender a la paciente en todas sus dimensiones anteponiendo las necesidades e inquietudes que de ella surjan.

Palabras claves: sexualidad; orgasmo; trastorno orgásmico; caso clínico.



ABSTRACT

The orgasmic dysfunction in the woman is defined as the delay or the absence of the orgasm in a recurrent way, preceded of a phase of appropriate excitement, associated to multiple factors, either biological, psychological and social, among others that they condition and limit its quality of life. For this reason this work is proposed to analyze the therapeutic boarding of a woman with diagnostic of feminine dysfunction orgasmic, concerning a clinical case assisted in consultation sexological that incorporates different technical and available procedures in the scientific evidence of the area. Through a case presentation 31 years-old woman with diagnostic of situational orgasmic dysfunction, psychogenic, associated to education sexual inadequate, scarce intimacy and communication in couple, negative knowledge about the orgasm and anxiety premature, among others. It is carried out plan of therapeutic of 8 sessions, with boarding that they integrate of diverse technical, among them sensory focalization I-II, with the patient's favorable evolution. Concluding that the approach boarding of the sexual dysfunction in the woman is a challenge for the professional of the health, being the main of them, to be able to understand the patient in all its dimensions prefixing the necessities and restlessness that arise of her.

Key words: sexuality; orgasm; orgasmic disorder; clinical case.

Recibido: 19/09/2024

Aprobado: 19/12/2024

Introducción

La sexualidad es un aspecto fundamental de la vida que afecta el bienestar físico, mental y social de las personas, y cualquier alteración en ella puede impactar la calidad de vida, especialmente en las mujeres.^(1,2)Diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, políticos, legales, éticos, religiosos e



históricos condicionan la salud sexual femenina,^(3,4) lo que lleva a disfunciones sexuales (DS), entendidas como la dificultad para participar en relaciones sexuales conforme al deseo individual.⁽⁵⁾

En mujeres, la prevalencia de DS varía entre 38 %, y 64 %, estimándose que alrededor del 40 %, experimentará un trastorno sexual en su vida, siendo más frecuente durante el climaterio y la menopausia. El trastorno del orgasmo es el segundo más común.^(3,4) El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido en sus siglas en inglés como DSM-V, define la anorgasmia como la demora o ausencia del orgasmo, a pesar de una excitación adecuada,⁽⁶⁾ definición que no considera a las mujeres que logran el orgasmo por masturbación, lo que limita la comprensión del trastorno.

Desde la sexología clínica se amplía la definición, considerando diferentes formas de anorgasmia: primaria (nunca se ha experimentado el orgasmo), secundaria (se pierde el orgasmo), generalizada (no se alcanza el orgasmo en ninguna circunstancia) y situacional (solo se alcanza en ciertas condiciones, como la masturbación).^(6,7) Para el diagnóstico, los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses, ocurrir durante 75 % de las interacciones sexuales, y generar malestar o discapacidad.^(6,7)

Los factores asociados incluyen la edad, nivel educacional, formación religiosa, ansiedad, vergüenza, auto exigencia, estrés, baja autoestima y la relación de pareja, todos los cuales afectan la respuesta orgásmica.^(3,4) Estos factores pueden clasificarse en predisponentes, precipitantes y mantenedores, lo que orienta el tratamiento.⁽⁷⁾

El presente artículo tiene como objetivo analizar el abordaje terapéutico de una mujer con diagnóstico de disfunción orgásmica femenina, a propósito de un caso clínico atendido en la consulta sexológica, que incorpora diferentes técnicas y procedimientos disponibles en la evidencia científica del área.



Presentación del Caso clínico

- Motivo de consulta: mujer de 31 años consulta con matrona derivada desde medicina general por dificultad para alcanzar el orgasmo durante el coito.

- Historia de la enfermedad actual: mujer heterosexual con antecedente de anorgasmia coital que experimentó sensación orgásmica por primera vez frente a prácticas masturbatorias con juguete sexual, refiriendo ansiedad ante la dificultad para lograr el orgasmo coital y frustración ante la sensación de fracaso.

Sin antecedentes mórbidos personales ni familiares, sin consumo de alcohol, tabaco o drogas; desarrollo gineco sexual normal.

De la evolución sexual en el ciclo vital, se constató adolescencia sin experimentación, sujeta a una educación sexual bajo prisma religioso, restrictivo y conservador; inició actividad sexual a los 20 años con varón de su misma edad (relación estable, pareja actual); presentó dificultad en la penetración en los primeros encuentros sexuales y respuesta sexual (RS) incompleta (ausencia de orgasmo); suspendió actividad sexual por motivos religiosos (sentimientos de culpa y vergüenza) hasta después del matrimonio.

En la actualidad ha experimentado con prácticas masturbatorias no compartidas con la pareja, por estimulación directa y frotación de clítoris e introito vaginal, con un tiempo de funcionamiento no operativo (corto menor a 5 minutos), sensación placentera y RS completa. En los encuentros sexuales con su pareja ha presentado un precoito corto (besos, caricias y toque de genitales ocasional), con un tiempo de funcionamiento no operativo (corto de +/- 3 a 5 minutos) y RS incompleta (ausencia de orgasmo); escaso repertorio erótico de la pareja y evitación a tratar el tema, impactando en un deterioro notable en la relación de pareja.

- Examen físico: examen céfalo caudal conservado sin alteraciones; en examen ginecológico se observaron genitales externos sanos, al tacto vaginal, vagina rugosa con reflejo de contracción sin alteraciones, útero en anteversión, se identificaron guías del dispositivo intrauterino intactas y anexos libres, sin dolor a la examinación.

- Exámenes complementarios: se realizaron exámenes de laboratorio generales para la evaluación de posibles alteraciones hormonales, los cuales arrojaron resultados dentro de rangos normales, como se observa en la tabla 1.



Tabla 1. Exámenes laboratorio

| Exámenes de laboratorio | Rangos Normales (*) | Resultado de la paciente |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|
| Estradiol | 27 a 161 pg/ml | 38 pg/ml |
| Progesterona | 5 a 20 ng/ml | 2.3 ng/ml |
| Prolactina | 0 a 20 ng/ml | 1.8 ng/ml |
| Testosterona Total | 24 a 47ng/dl | 31,03 ng/ml |
| SHGB | 18-114 nmol/l | 68 nmol/l |

(*) Rango de referencia de laboratorio donde la paciente se realizó los exámenes

Para la valoración de la función sexual se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF),⁽⁸⁾ el que arrojó un puntaje de 25,1 puntos de 36 ideal con alteración objetivable en la dimensión “Orgasmo” (tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la aplicación del IFSF.

| Dimensión evaluada | Rango de puntaje | Puntaje obtenido por la usuaria |
|--------------------|------------------|---------------------------------|
| Deseo | 1.2-6 | 4.2 |
| Excitación | 0-6 | 4.8 |
| Lubricación | 0-6 | 5.7 |
| Orgasmo | 0-6 | 1.2 |
| Satisfacción | 0.8-6 | 3.2 |
| Dolor | 0-6 | 6 |

Total IFSF: 25,1 puntos de 36 idea

• Pautas de tratamiento: en base al motivo de consulta, la historia de evolución de la enfermedad y los exámenes realizados a la paciente, se planteó que cumplía con los criterios clínicos para determinar una disfunción sexual.^(6,7) Como diagnóstico se estableció que presentaba una disfunción orgásmica situacional (clasificación de Masters y Johnson 1970),⁽⁶⁾ o disfunción orgásmica coital con la pareja (clasificación de Bianco 2012),⁽⁷⁾ de tipo psicógena (causa de origen psicológico), siendo los factores predisponentes la educación sexual inadecuada, actitudes sexuales negativas, y escasa intimidad y comunicación en pareja; como factor precipitante, los conocimientos negativos acerca de la incapacidad para alcanzar el orgasmo, y finalmente, como factor mantenedor, la ansiedad anticipatoria y la sensación de insatisfacción marital.^(6,7,9)

A partir del diagnóstico planteado se procedió a establecer un plan terapéutico individualizado de 8 sesiones, con intervalo de 7 días, considerando la imposibilidad de manejo de pareja (no accedió a participar). A continuación, se detallan los aspectos, técnicas e indicaciones abordados en cada sesión, basadas en las



recomendaciones de Kaplan (2014),⁽⁹⁾ Cabello (2010),⁽⁶⁾ Bianco (2010)⁽⁷⁾ y Vizcaíno (2016)⁽¹⁰⁾ para el manejo integral de la anorgasmia femenina:

Sesión 1: se estableció acuerdo de confidencialidad, compromiso y adherencia a las sesiones, y consentimiento informado. Se llevó a cabo la valoración completa de la paciente con la aplicación de instrumentos ya descritos y la propuesta de plan terapéutico.

Sesión 2: se trabajó el ENFOQUE A (Modelo fisiológico vs modelo sociocultural),⁽⁷⁾ realizándose psicoeducación sobre bases anatómicas y fisiológicas de la RS y periodos coitales, procurando identificar la situación/estímulo que gatillaba ansiedad en la paciente. Se trabajó la percepción subjetiva de la experiencia orgásmica (identificación de las sensaciones experimentadas ante la auto estimulación) y se enseñó cómo identificar los niveles de ansiedad a través de la aplicación de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (EUSA),⁽⁷⁾ realizándose ejercicio empírico de aplicación utilizando la técnica de ejercicios respiratorios y la técnica de relajación muscular. También se enseñó la aplicación de la Escala de Unidades Subjetivas de Orgasmo o USO,⁽⁷⁾ a fin que la paciente pudiese identificar y calificar la experiencia orgásmica (orgasmo más/menos intenso, más/menos placentero). Para trabajo en el hogar se indicó la suspensión de la actividad sexual, ejercicios respiratorios 3 veces al día con auto registro de EOUSA pre y post realización de los ejercicios, sobre todo de relajación musculares 3 veces al día con auto registro de EUSA pre y post realización de la técnica.

Sesión 3: se trabajó sobre el Principio de Bianco (aprender a sentir y no pensar)⁽⁷⁾ y se enseñaron los ejercicios de Kegel, indicándose 2 ciclos/ una vez al día. Se trabajó, además, en la Técnica de Focalización Sensorial I (TFS-1) de Kaplan⁽⁹⁾ (erotización y auto caricias basado en el condicionamiento operante), indicándose realizar la técnica con una duración de 20 a 30 minutos, una vez por día, con auto registro de las sensaciones experimentadas, a fin de construir el mapa erógeno corporal.

Sesión 4: se revisaron los resultados de la aplicación de TFS-1 sin toque de genitales. La paciente identificó su mapa erógeno y las emociones asociadas a la técnica (ansiedad y vergüenza al inicio, seguido de tranquilidad, agrado y placer), con alcance del orgasmo en cada ciclo. Se indicó incorporar TFS-2 con toque de genitales,



20 a 30 minutos de duración/ 2 o 3 veces por semana, manteniendo abstinencia (coito y masturbación) y aplicando la escala USO.

Sesión 5: paciente refirió haber alcanzado 80/100 en la escala USO y satisfacción a la técnica TFS-2. Se trabajó en el asertividad para la comunicación sexual con la pareja, a fin de poder incorporarlo al plan terapéutico, y se indicó retomar las prácticas masturbatorias (principio de condicionar el orgasmo).

Sesión 6: se revisaron los resultados del reinicio de las prácticas masturbatorias con buenos resultados en escala de USO (100/100), y se trabajó con el precepto de dar y recibir placer, bajo la premisa terapéutica de Kaplan⁽⁹⁾ de aumento de la excitación previo al coito, sumada a la maniobra de puente con TFS-2 con la pareja, indicándose retomar el coito, prefiriendo posición en femenino superior/ laterolateral/entrada desde atrás, reforzando la importancia de no sentir frustración si no se logra orgasmo a la penetración.

Sesión 7: se centró en la identificación de los elementos favorecedores y los elementos de conflicto frente a las técnicas aplicadas. De acuerdo con la referencia de la paciente, pudo completar la RS en el coito con presencia de orgasmo.

Sesión 8: esta fue la última sesión, en la cual, se logró la participación de la pareja en la consulta, y se reforzaron las técnicas indicadas en las sesiones anteriores, con énfasis en empoderar el desempeño de la pareja para su continuidad de forma independiente.

- Evolución: se observó a lo largo de las sesiones una mejora objetivable en la paciente, con adherencia permanente a las técnicas enseñadas, las que fueron de menos a más, observándose, además, una actitud positiva y comprometida, y tranquilidad ante el involucramiento de la pareja. Por su parte, se alcanzó el objetivo planteado de lograr completar la RS con orgasmo en el coital.



Comentarios

La disfunción orgásmica femenina es actualmente un fenómeno complejo y multifacético que involucra una serie de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales, lo que la convierte en un tema de análisis desafiante en el ámbito de la sexología clínica. Esta condición, que afecta a un número considerable de mujeres en diferentes etapas de la vida, no solo presenta un impacto en la esfera sexual, sino también en el bienestar emocional y la calidad de vida general.^(6,7,9,10) Por lo tanto, para abordar adecuadamente el diagnóstico y tratamiento de la disfunción orgásmica femenina, es esencial realizar una valoración clínica integral que permita comprender todos los aspectos que puedan influir en la condición de la paciente.^(6,7,10)

Una evaluación exhaustiva en primer lugar debe determinar si la paciente cumple con los criterios clínicos establecidos para las disfunciones sexuales.^(6,7,10) Este paso inicial permite identificar si se trata de un trastorno orgásmico primario, secundario, situacional o global, entre otras clasificaciones. A continuación, es necesario realizar un diagnóstico preciso, que se construye sobre los hallazgos obtenidos durante la historia clínica detallada y el examen físico. En este proceso, el uso de herramientas específicas como el IFSF⁽⁸⁾ y la realización de pruebas de laboratorio resultan cruciales para identificar las posibles causas subyacentes, que pueden ser orgánicas, psicológicas o una combinación de ambas.

En el caso particular de la paciente descrita en este artículo, la evaluación reveló que su disfunción orgásmica tenía un componente situacional y psicógeno^(6,7), siendo influenciada principalmente por factores psicológicos y sociales. La identificación de los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción fue clave para formular un plan terapéutico adecuado. Estos factores concordaron con los hallazgos descritos en la literatura sobre trastornos orgásmicos, donde elementos como la falta de educación sexual, la influencia de creencias sociales y religiosas restrictivas, así como el desconocimiento del funcionamiento sexual, juegan un papel determinante en la configuración de la respuesta sexual femenina en la fase del orgasmo.^(3,5)



La influencia de estas variables en el desarrollo sexual de una mujer y su impacto a lo largo de su vida en pareja subraya la importancia de abordar la anorgasmia desde una perspectiva multidimensional. La intervención terapéutica, en este caso, se basó en las recomendaciones de expertos que sugieren un enfoque personalizado e individualizado a las características propias de la paciente a tratar, para el manejo de la anorgasmia femenina.^(8,10) Este enfoque consideró las particularidades emocionales y psicológicas de la paciente, permitiendo un tratamiento progresivo y adaptado a sus necesidades. En el proceso, se implementaron técnicas como ejercicios de respiración y relajación muscular, con el objetivo de reducir la ansiedad, que a menudo actúa como un obstáculo en la respuesta sexual femenina. Estos ejercicios prepararon a la paciente para enfrentar técnicas más complejas, como la focalización sensorial en sus fases I y II. Estas prácticas, centradas en la toma de conciencia de las sensaciones físicas y emocionales, llevaron finalmente a la experimentación orgásmica en pareja durante el coito.

El tratamiento integral y la atención personalizada brindaron resultados positivos, demostrando la eficacia de un enfoque terapéutico adaptado a la paciente. A través de este proceso, la paciente experimentó una mejora significativa en su vida sexual, lo que contribuyó a un incremento en su bienestar emocional y en la calidad de su relación de pareja.

La restauración de la función sexual, y en particular del orgasmo, constituye un aspecto fundamental en la vida de cualquier persona, y este caso resalta la importancia de un diagnóstico detallado y un tratamiento especializado que aborde tanto las dimensiones físicas como las psicológicas de la anorgasmia femenina, ya que un enfoque integral no solo mejora la respuesta sexual, sino también el bienestar general de la paciente, promoviendo una mayor satisfacción en su vida sexual.

Finalmente, es fundamental considerar el desafío que implica el abordaje terapéutico de este tipo de disfunciones, ya que requiere comprender diversas dimensiones, tanto en la complejidad del fenómeno en sí mismo como en la naturaleza del individuo que lo experimenta. Asimismo, el proceso terapéutico, que está orientado a una mejora gradual, no está exento de retrocesos. Por lo tanto, es crucial que el profesional de la salud se mantenga atento a la evolución de la



paciente, a fin de proporcionar una respuesta y apoyo oportunos, evitando posibles problemas de adherencia o el abandono del tratamiento; la capacidad para comprender a la paciente en todas sus dimensiones, priorizando sus necesidades e inquietudes, constituirá sin dudas el principal desafío en esta área para lograr la atención integral de aquellas mujeres que experimentan en distinta medida, una disfunción sexual.

Referencias bibliográficas

1. Ceballos MP, Vásquez A, Arroyo L, Castillo L, Montes J, Vega J, et al. Disfunción sexual femenina: una mirada a los últimos 44 años. análisis bibliométrico. Revista Urología Colombiana . 2021 [citado 22/02/2024];30(4):304-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8257270>
2. Pinos E, Picón J, Tapia J. Disfunciones sexuales femeninas en la comunidad de Sayausí, Cuenca 2019. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca 2021 [citado 22/02/2024];39(1):37-45. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3476/29133>
3. Naveiro-Fuentes M, Benito R, Naveiro M, Heredia M, Cámara I, Fernández P. Evaluación de la salud sexual femenina en la consulta de ginecología. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2022 [citado 22/02/2024]; 49: 1-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-evaluacion-salud-sexual-femenina-consulta-S0210573X2200020X>
4. Kremska A, Wróbel R, Zych B. Prevalence of sexual dysfunctions in women in their early and middle adulthood from the Podkarpackie Voivodeship. Med Sci Pulse .2022 [citado 22/02/2024]; 16(2):41-9. Disponible en: <https://medicalseiencepulse.com/article/01.3001.0015.8855/en>



5. Águila C, Meriño G, Villablanca H, Villablanca M, Cerda B. Función sexual en estudiantes universitarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022 [citado 22/02/2024]; 82(4): 466-77. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/26307/144814492298
6. Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis; 2010.
7. Bianco F. Manual Bianco. Técnicas aplicables en los tratamientos de las enfermedades en sexología médica. Caracas: Editores; 2010.
8. Blümel KE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet y Ginecol. 2004 [citado 9/01/2022]; 69 (2):118-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988009.pdf>
9. Singer Kaplan H. La nueva terapia sexual. 3ra ed. Tomo 1 y 2. Madrid: Alianza; 2014.
10. Vizcaíno-Alonso M. Trastorno orgásmico femenino. Protocolo asistencial. Revista Sexología y Sociedad. 2016 [citado 19/02/2024]; 22 (2):2016-247. Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/604>

