

## Algo sobre trastornos sexuales para el médico integral

Por el Dr.:

RICARDO GONZALEZ MENENDEZ<sup>21</sup>

González Menéndez, R. *Algo sobre trastornos sexuales... para el médico integral*. Rev Cub Med 15: 3, 1976.

Se plantea que la convicción de que más del 90% de los pacientes con impotencia, eyaculación precoz y frigidez responden favorablemente al tratamiento que un médico integral sea capaz de orientar, y la presunción de que la mayoría de los casos referidos a psiquiatría pueden deberse a ciertas deficiencias en la información sobre el tema, por considerarse históricamente enfermedades tributarias de tratamiento especializado, determinaron la revisión teórica y práctica del tema en nuestros seminarios sobre psicoterapia, con el propósito de transmitir al médico integral elementos de utilidad para el manejo de dichos trastornos.

La alta frecuencia con que los psiquiatras recibimos en consulta pacientes portadores de trastornos sexuales banales, como impotencia, eyaculación precoz y frigidez y el convencimiento total de que más del 90% de estos pacientes pueden ser manejados exitosamente por el médico integral, con la presunción de que la causa más importante de! "referido a psiquiatría" es la información insuficiente sobre esta patología, considerada históricamente como tributaria de tratamiento psiquiátrico, nos motivó a revisar el tema en sus aspectos prácticos y recoger las experiencias de nuestros compañeros de equipo durante los seminarios sobre psicoterapia, efectuados durante el presente año en el servicio de psiquiatría del Hospital Provincial de Especialidades de Santiago de Cuba, con la finalidad de transmitir a los médicos no psiquiatras, algunos aspectos que consideramos de utilidad para ampliar su arsenal terapéutico ante estos trastornos, tan frecuentes como benignos.

### *Aspectos psicosociales de los trastornos sexuales más frecuentes*

*Valoración social de la patología sexual.* Tres factores fundamentales explican la alta valoración social de las funciones sexuales y su patología: el primero en importancia, es su gran significado en la definición del papel masculino o femenino que cada sujeto debe desempeñar; el segundo, su categoría de funciones reproductivas, y el tercero, el representar las actividades más placenteras del ser humano.<sup>1</sup>

La deficiencia o incapacidad para lograr la erección, la eyaculación prematura y la frigidez, constituyen, sin duda, las más frecuentes patologías sexuales en nuestro medio, generando notable angustia en quienes las padecen y constituyendo, en ocasiones, el principal origen de manifestaciones psiquiátricas reactivas,

---

21 Instructor de psicología médica y psiquiatría. Escuela de Medicina, Universidad de Ote.

como depresión, ansiedad, cuadros de agotamiento y hasta suicidios. Por otra parte, la escasa y distorsionada información sobre estas funciones por sus características de absoluta privacidad y por el manto de misterio y vergüenza que históricamente, como producto de apreciaciones religiosas (que rechazaban por pecaminosa toda función placentera), determina que un alto porcentaje de la población carezca de los conocimientos elementales sobre qué es normal y qué anormal en las funciones sexuales; por lo que cualquier pequeña dificultad en esta esfera es motivo angustioso de consulta.

*Importancia de los factores psicosociales en la etiopatogenia, evolución y manejo de los trastornos sexuales más frecuentes.*

La vida sexual normal requiere, sin duda, una maduración psicosocial adecuada, y normalidad constitucional.<sup>3</sup> El hecho de ser la relación sexual la más importante y profunda de las relaciones humanas y la notable influencia inhibitoria de los factores psicosociales sobre la misma, explica la alta frecuencia de estos trastornos en la población general. Estadísticamente se ha demostrado, que menos de un 5% de las dificultades en la erección y eyaculación en el hombre y del orgasmo en la mujer, tienen causa predominantemente orgánica,<sup>1</sup> siendo las restantes, patologías fundamentalmente psicógenas.

El más frecuente mecanismo psicológico, determinante de fracasos sexuales en el hombre en nuestro medio, es el de "espera",<sup>5</sup> término dinámico utilizado para designar la situación en la cual siente que la mujer espera de él una actividad sexual normal, creándose automáticamente la angustia ante la posibilidad de fallar. Esto explica la frecuencia con que se refiere, que las dificultades ocurren sobre todo en las primeras experiencias con mujeres poco conocidas, en tanto que

raramente aparecer con la esposa o mujeres a quienes se haya demostrado previamente la "normalidad" sexual. Es muy frecuente que el sujeto al entrar en esta situación, se comporte ante la mujer como un examinado, con la angustia básica de demostrar su papel masculino, por lo que olvida el objetivo fundamental de la experiencia: el placer. Al producirse una frustración sexual, el sujeto, cualquiera que sea la reacción de la pareja, proyecta sobre la misma su autocrítica y se angustia ante la idea (generalmente falsa) de que aquélla pueda dudar de su hombría. Esta apreciación, que actúa como círculo vicioso, lo lleva a sentir más angustia, por tanto, aumentan sus posibilidades de fallar, determinando a veces la fobia al fracaso sexual.

El papel activo del hombre y la fácil evidencia de sus dificultades sexuales, hacen que dicha patología determine en el mismo, mayor angustia que en la mujer, quien en la mayoría de los casos soporta su frigidez sin muchas dificultades, pues utiliza el recurso de simular el orgasmo ante su esposo. La frigidez, sin embargo, es mucho más frecuente y de peor pronóstico que los trastornos masculinos, producto de las mayores inhibiciones en la mujer, condicionada socialmente a los temores a la defloración, al embarazo, al parto y los sangramientos ginecológicos; el síntoma muchas veces constituye el recurso que se utiliza para manifestar la hostilidad al esposo, cuando las relaciones humanas se deterioran en la pareja.<sup>6</sup>

*La impotencia.* Aunque algunos autores utilizan este término con un sentido más amplio, es indiscutible que popularmente ha sido limitado a las dificultades en la erección. Es la más frecuente y angustiosa patología sexual masculina, y juega, sin duda, importante papel en un alto porcentaje de suicidios en nuestro medio. Como antes señalábamos, más del 95% de estos cuadros, son predominantemente psicógenos y su diagnóstico se logra fácilmente por el

interrogatorio al demostrar la característica fundamental de los mismos: *su eventualidad*. En efecto, el paciente que es impotente en relaciones extramaritales, pero no con su esposa, el que sólo lo es dentro de su matrimonio, el que fracasa en un intento sexual y posteriormente reacciona con erección ante el recuerdo de los estímulos a que estuvo sometido, el que logra erecciones por medios masturbatorios y quien aprecia erección durante el sueño, aporta elementos suficientes para ser valorado clínicamente como un cuadro psicógeno.

A grandes rasgos, los cuadros de impotencia pueden clasificarse en orgánicos y psicógenos, según predominen los trastornos estructurales y fisiológicos o los mecanismos psicológicos en su producción.

Existen diferentes formas clínicas de impotencia psicógena; puede establecerse una clasificación evolutiva y pronóstica elemental que considere la impotencia primaria, que aparece desde las primeras experiencias heterosexuales del adolescente y la secundaria, que se instala luego de algún período de normalidad sexual. La primera determinada generalmente por dificultades en la maduración psicosexual del sujeto, la segunda con múltiples posibilidades etiológicas.

Para analizar los trastornos que competen al médico integral, pasaremos a describir las formas clínicas más frecuentes de impotencia secundaria en nuestro medio, pero antes comentaremos el sustrato anatómico y fisiológico de la erección.

Las estimulaciones eléctricas en zonas límbicas o hipotalámicas en los animales, han evidenciado la estrecha relación entre estos centros nerviosos y la actividad sexual; iguales correlaciones se producen con las funciones vegetativas con las que se demuestra la influencia positiva del parasimpático en la vasodilatación que congestiona los cuerpos cavernosos y la inhibición que sobre esta respuesta produce la hipertonia simpática. En efecto, la erección

es una función refleja con centros medulares sacros parasimpáticos que transmiten sus impulsos mediante los nervios erectores. Esta función con capacidad de producirse automáticamente por estímulos adecuados y reproducible en animales descerebrados, es sin embargo, sumamente sensible a influencias corticales, tanto positivas como negativas, y estas últimas actúan por el conocido mecanismo de freno de los niveles superiores sobre los inferiores. La parcial desconexión cortical durante el sueño y la hipertonia parasimpática producida durante el mismo, explican en parte la erección nocturna y las preocupaciones, angustia y miedo; el incremento del tono cortical y la liberación simpática, explican la inhibición de la erección que aparece en dichos estados.

#### *Formas clínicas más frecuentes de impotencias psicógenas secundarias*

*La producida por mecanismos de espera.* Descrita anteriormente, es casi una consecuencia directa del medio machista en que nos desarrollamos, donde la actividad sexual del hombre tiene alta valoración como determinante del prestigio masculino. En esta forma clínica juegan importante papel los mecanismos paradójales de la corteza cerebral, consistentes en que a estímulos intensos correspondan respuestas débiles y viceversa, aunque sin duda, el más importante factor etiopatogénico es la hipertonia simpática producida por la angustia ante la idea de fallar y no lograr lo que la pareja *espera*. Estos son los hombres que tienen erecciones normales con la esposa y fracasan en relaciones extramaritales, donde el estímulo sexual es muchas veces superior; que logran en ocasiones erecciones normales con mujeres poco agraciadas y no con mujeres hermosas y que reaccionan normalmente cuando la mujer no puede tener relaciones por estar menstruando o en condiciones que impliquen peligro de ser sorprendidos, y fallan, paradójicamente,

cuando están presentes todas las condiciones para una relación sexual ideal.

*La impotencia secundaria sintomática.* Es secundaria a alguna afección psiquiátrica menor o mayor y es la segunda forma clínica de este trastorno en nuestro medio. Los cuadros de ansiedad, los depresivos y los neurasténicos, son con frecuencia causas determinantes de impotencia; lo mismo ocurre ante patologías psiquiátricas más graves como la esquizofrenia y otras enfermedades endógenas. El pronóstico de esta forma clínica es muy bueno cuando se asocia a afecciones psiquiátricas benignas, como ocurre en la mayoría de los pacientes.

*La impotencia por inhibiciones condicionadas.* Es muy frecuente y su pronóstico es bueno, pues el paciente responde rápidamente al modificarse las condiciones ambientales determinantes. Es el caso de la pareja que fracasa en sus intentos de cohabitar en el lecho paterno, o el de la inhibición por presencia de niños en la habitación, las determinadas por ruidos producidos por la cama o por no existir garantía de absoluta privacidad.

*La impotencia de la luna de miel.* Se ve sobre todo en parejas que llegan al matrimonio sin mucha experiencia sexual, donde el hombre, en la mayoría de los casos, sólo ha conocido las relaciones con prostitutas o mujeres fáciles y no ha logrado unificar aún los aspectos sentimentales y sexuales en la relación con su pareja. El temor a fracasar en la desfloración (determinado culturalmente por falsas informaciones) juega muchas veces algún papel; y otras veces se explica por la angustia de la esposa que por enseñanzas sociales negativas espera el acto como algo terriblemente doloroso y trasmite extraverbalmente su inhibición al esposo. Estas manifestaciones bastante frecuentes, tienen siempre un magnífico pronóstico.

*La impotencia con la esposa y no con otra mujer.* Aquí, sin duda, las relaciones humanas no están bien o las actividades extramaritales

son tan frecuentes que agotan el impulso sexual.

*La impotencia por sugestión.* Muy típica del recién divorciado, sobre todo en pacientes de baja cultura, con creencias mágicas de que la exesposa o la mujer abandonada le han deseado que fracase en próximas experiencias.

*La erección interrumpida.* Es muy típica de los cuadros ansiosos y asténicos; aunque en ocasiones se observa con mujeres cuya vagina es muy flácida, lo que imposibilita el mantenimiento de estimulaciones adecuadas durante el coito.

*La impotencia por identificación incestuosa.* Se ve con menos frecuencia, siendo su causa el establecimiento generalmente inconsciente de algún parecido entre la pareja y la madre, hermana o alguna persona de gran significación con la cual, socialmente, estaría prohibida cualquier manifestación erótica.<sup>8</sup>

*La impotencia en espejo.* Este es el caso del sujeto que después de cierto tiempo cohabitando con una mujer frígida, recibe, en forma extraverbal informaciones que debilitan su respuesta sexual, por lo que se presenta el trastorno que, afortunadamente, desaparece tan pronto se cambie de pareja o se resuelva la frigidez.

*Manejo del impotente.* Por considerar este tema de importancia, tocaremos no sólo los aspectos psicosociales del tratamiento, sino también los recursos farmacológicos más recomendados.

Como la mayoría de los pacientes consideran su impotencia como producto de trastornos hormonales o deficiencias "somáticas", uno de los primeros objetivos psicoterapéuticos es demostrarles la característica psicógena de su cuadro; para esto se deben utilizar como argumentos la eventualidad de sus manifestaciones y la sensibilidad de las funciones sexuales a las influencias psico- sociales.

El segundo punto es informarles la frecuencia con que se presentan estos trastornos en el hombre sano y persua

dirlos de que la falsa impresión de tener una afección poco frecuente, es producto de la privacidad con que se tratan estos problemas, pues se le comunican exclusivamente al médico. Esta información debe ser simultánea a la de su buen pronóstico, curación garantizada y ausencia de complicaciones. Una buena frase es que estos trastornos son tan frecuentes como fáciles de curar.

Luego de estos primeros recursos utilizados en todas las formas de impotencia, el manejo será orientado de acuerdo con la forma clínica que presente.

Así, en casos de impotencia primaria, será necesario explorar con detenimiento el desarrollo psicosexual del sujeto y discutir las experiencias inhibitorias producidas, valorar su identificación sexual y el significado (muchas veces mezclado a fantasías agresivas e incestuosas) que la relación sexual pueda tener. Estos pacientes, por requerir un tratamiento prolongado, son generalmente remitidos al psiquiatra. Los restantes, sin embargo, son directamente tributarios de manejo por el médico integral, quien seguramente, en breve tiempo, resolverá más del 90% de los mismos con un tratamiento racional, donde se incluye la explicación detallada al enfermo de los mecanismos productores de su inhibición y la modificación de las situaciones ambientales que pueden estar influyendo (véase formas clínicas).

La impotencia por mecanismos de espera, la más frecuente en nuestro medio, será manejada según la situación específica del paciente: en caso de aparecer en un hombre casado, la entrevista con la esposa y la discusión posterior con la pareja. de las dificultades y su origen, constituyen el primer paso: posteriormente se orientará la relación sexual limitada (técnica llamada también coito dirigido) en la cual el hombre es liberado de su angustia, ante la posibilidad del fracaso, al prescribírselo con necesidad de estricto cumplimiento, la limitación de las actividades sexuales, a las caricias preliminares, prohibiendo la introducción del

pene en la vagina *aunque ocurriera la erección*. De esta forma y después de alguna experiencia, se logra la ruptura de las inhibiciones paradójales y angustiosas, la recuperación de la confianza y finalmente la eliminación del síntoma durante una violación terapéutica que en consultas subsiguientes será explicada con un "no pude contenerme", lo que recibirá como respuesta del médico una sonrisa de aprobación.

Las influencias sugestivas, asegurándole una total recuperación, deben agregarse a los recursos señalados.

Si la dificultad se presentara durante relaciones extramaritales, donde el hombre siente la angustia de que se dude de su masculinidad, deben utilizarse recursos persuasivos, recordarle que en su condición —generalmente de hombre casado y con hijos— y con sus características de personalidad, no sería lógico que se pensara lo que él teme: se insistió en que los trastornos por ese mecanismo, sólo se producen en sujetos que estiman mucho su papel masculino y que jamás estarían presentes en personas con desviaciones sexuales.

Es bueno también, hacerle pensar en cuál sería la reacción de la mujer ante su propia inseguridad cuando ocurre la falta de erección, considerándose generalmente la causante del fracaso por no gustarle lo suficiente o por haberlo "desencantado" en alguna forma. Existen casos especiales donde el paciente debe ser orientado a reparar su pareja: le comunicará que después de un accidente, presenta ciertas dificultades de tipo emocional, que por orientación médica serían superables con la ayuda de una mujer comprensiva, de esta forma se logrará modificar la situación de sobretensión, pues a partir de entonces el paciente dejará de sentir que la pareja espera de él la erección y, se atenúan la angustia y los mecanismos paradójales que determinaban el síntoma. Debe señalarse también que muchos matrimonios felices iniciaron su vida sexual con una situación como la descrita, en casos de hombres no casados. La interpretación de que está comportándose como si en lugar de

ir a disfrutar fuese a examinarse de hombre, seguida de la observación, con objetivo de apoyo, de que olvida que en su vida anterior ha ratificado dicho papel masculino, y la información de que la mujer es más sentimental que sexual y que valora los aspectos sexuales en forma muy diferente a como lo hace el hombre, pueden ser utilizados a veces con efectos muy valiosos.

Finalmente, debe aconsejarse a quien presente estos mecanismos que evite la relación con mujeres por las que solamente siente atracción física, debiendo lograr, antes de iniciar la experiencia sexual, una estrecha relación sentimental que le garantice que la pareja se sentirá bien con él haya erección o no.

La mayoría de los casos se resuelven sin duda con medidas muy elementales; los recursos más profundos se deben utilizar cuando la evolución no sea favorable, debiendo valorarse entonces la inferioridad sexual que seguramente explica el curso seguido.

Conjuntamente con los recursos psicosociales recomendados, el médico integral manejará su arsenal farmacológico; las indicaciones se harán según los mecanismos fisiopatogénicos que predominen en cada paciente.

Algunos consejos prácticos serían los siguientes: los ansiolíticos o tranquilizantes serán utilizados en los pacientes en que exista temor al fracaso, pero deben evitarse las dosis altas y los fármacos de mayor efecto bloqueador medular, como el diazepam, nitrazepam y meprobamato.<sup>1'</sup> Debe recordarse, además, que estos medicamentos tienen una importante acción límbica, por lo que reducen muchas veces el apetito sexual (en forma temporal desde luego).

Nosotros recomendamos la trifluoperazina en dosis pequeñas (media tableta de 1 mg tres veces al día) para evitar la depresión medular. La referencia de sudores fríos (sudor simpático), frialdad en las manos y

palpitaciones, síntomas expresivos de simpaticotonía durante el acto sexual, pueden sugerirnos la utilización de fármacos parasimpaticotónicos; con esta finalidad recurrimos a una antigua fórmula, cuyos efectos muchas veces son más sugestivos que farmacológicos (las fórmulas tienen ese efecto por considerarlas el paciente como un tratamiento individual).

R	
Salicilato neutro de eserina	25 mg
Jarabe de azahares	40 cc
Agua CSP	120 cc

Tomar 25 gotas antes de desayuno, almuerzo y comida.

En los pacientes donde existan importantes componentes sugestivos en la etiopatogenia del cuadro, se utilizará la sugestión indirecta con el sulfato de magnesio en la vena, se le planteará al paciente que el calor que sentirá tendrá efecto curativo sobre el síntoma y se prescribirá, además, algún placebo una hora antes del coito.

Los cuadros de impotencia sintomática a alguna afección psiquiátrica tendrán desde luego como tratamiento farmacológico, el adecuado para la patología de base, y en este caso, el médico debe olvidarse de posibles efectos colaterales en los psicofármacos, va que lo importante es resolver el cuadro actual; se le debe explicar al paciente que los trastornos son solamente expresión sintomática de su patología transitoria.

La utilización de anabólicos del grupo andrógeno tiene efectos positivos en cuadros depresivos asténicos y en pacientes en edades de involución, pero el médico, al utilizarlos (sólo en estos casos) debe tener presente que su efecto sobre la impotencia es indirecto al actuar sobre la patología psiquiátrica subyacente; por otra parte, es necesario aclarar al paciente, que su indicación sólo persigue mejorar su estado de ánimo, ya que no existen en él deficiencias

hormonales, de otra forma, y según las características del mismo, su manejo pudiera ser yatrogenizante. Por último, debe recordarse, que los fármacos de efectos vagolíticos deben evitarse y prescribir en su lugar, la atropina, homatropina, escopolamina, así como la benactizine, trihexifenidil (parkisonil) y bloqueadores ganglionares.

*La eyaculación precoz.* Este trastorno, tan frecuente en el hombre como la ansiedad, es a veces motivo de consulta en sujetos totalmente normales, que, por informaciones distorsionadas sobre el tiempo de eyaculación habitual, llegan a establecer el falso criterio de que eyaculan precozmente. Muy pocos hombres en nuestro medio saben que el tiempo de eyaculación es más del 80% de las personas, es de dos o tres minutos y que, aunque en el caso de varias relaciones sucesivas el tiempo se alarga, llegando, a veces, a la ausencia de puesta orgástica, la duración de la eyaculación es generalmente breve. La carencia de información determina también, que en ocasiones la técnica sexual sea deficiente, aun en sujetos con "mucho experiencia", que olvidan excitar hasta el nivel necesario a la pareja por desconocer que el orgasmo femenino es más demorado que el masculino.<sup>10</sup>

Aunque el fracaso orgástico por prematuridad es también determinante de angustia, resulta sin embargo, más tolerable, por considerarse menos desvalorizador de la virilidad que la impotencia, aunque ocurre con más frecuencia que aquella en la vida conyugal determina a veces mecanismos que llevan al fracaso en la relación sexual y marital, sobre todo si la esposa, lejos de asumir una conducta inteligente se deja llevar por la hostilidad y utiliza recriminaciones de efectos catastróficos para el hombre, cuya angustia aumentará con la consecuente hipertensión simpática y prematuridad de la eyaculación.

Un breve recuento fisiológico nos permitirá comprender la importancia de los factores psicosociales en la etiopatogenia de este trastorno. Independientemente de los condicionamientos que permiten lograr la erección y hasta la eyaculación en algunos

sujetos por simples evocaciones y ante situaciones de otra índole que actúen también por vía psicológica, la fase inicial de la respuesta sexual en el hombre está representada por las sensaciones sexuales cuyo punto de partida es la excitación de receptores muy sensibles localizados en el glande, piel del pene, escroto y regiones perianales, así como en estructuras internas como uretra, próstata y testículos. La vía aferente de estas sensaciones son los nervios pudendos, que a través del plexo sacro conducen el estímulo a la médula sacra; éste sube posteriormente hasta zonas cerebrales no totalmente definidas, aunque se supone que sean el sistema límbico y el hipotálamo las estructuras encefálicas más importantes en este aspecto.<sup>11</sup> La respuesta medular, incluida positiva o negativamente por los niveles superiores, produce la erección o su fracaso utilizando los nervios erectores como conductores de los impulsos parasimpáticos que dilatarán las arterias cavernosas y contraerán las vénulas correspondientes, dando lugar a la trampa vascular determinante de la erección al ingurgitar los cuerpos cavernosos y el tejido esponjoso del pene. La continuación de las sensaciones sexuales, ahora incrementadas por la congestión vascular, determina un fenómeno de sumación sensorial, que al sobrepasar el umbral individual, genera el impulso eyaculador procedente de la médula lumbar en sus porciones L1 y L2, sometido desde luego a influencias reforzadoras o inhibitorias de los niveles superiores, que conducen la orden eefectora por el plexo hipogástrico; esto da lugar al fenómeno de miotonía, determinante de la excreción seminal, seguido del período refractario, de duración variable entre unos sujetos y otros. La influencia simpática eyaculadora es primordialmente el factor que explica la estrecha relación entre la ansiedad, donde el tono simpático y la prematuridad eyaculatoria se incrementa.

### *Manejo del eyaculador anticipado*

Luego de utilizar los recursos generales orientados en la impotencia y de una breve explicación de las influencias nerviosas sobre la función que motiva la consulta, el médico agotará todos los recursos para atenuar la angustia que por círculo vicioso hace que aumente la hipertonia simpática y la precocidad eyaculatoria.

Posteriormente, la valoración fisiopatogénica del trastorno nos llevará a la utilización racional de recursos específicos.

Así, la excitabilidad aumentada de los receptores será controlada con pomadas anestésicas como la lidocaína al 1 ó 2%; se debe aplicar después de lograda la erección y evitar que la misma tenga efecto sobre la mujer. El preservativo, por su interposición mecánica, puede lograr efectos positivos importantes en este aspecto; éste puede utilizarse solo o en combinación con el anestésico, según el caso. Otro recurso para contrarrestar esta hipersensibilidad es la inserción profunda del pene en la vagina para evitar desplazamientos importantes que aumentarían el estímulo excitante.

La congestión vascular mantenida, determinada por trastornos circulatorios o infecciones pelvianas residuales, juega a veces un importante papel al aumentar la excitabilidad de los receptores localizados en estructuras internas, por lo que se recomiendan medidas de control para la misma, como los baños de asiento, sustancias descongestionantes pelvianas como el castaño de indias y el hamamelis en forma comercial de venatón o similares (30 gotas tres veces al día). Los ejercicios físicos —la natación, sobre todo— tienen una importante indicación en este sentido.

La ansiedad, determinante de hipertonia simpática, debe manejarse farmacológicamente con tranquilizantes y aquí sí pueden utilizarse aquéllos con potentes efectos bloqueadores medulares, como el diazepam, nitrazepam y meprobamato,

siempre que no haya impotencia concomitante. La hipertonia simpática puede también ser controlada por fármacos de efectos simpaticolíticos, como los antidepressivos, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), cuyos efectos retardatorios de la eyaculación son en ocasiones complicaciones del tratamiento antidepressivo; la nialamida (nuredal) en dosis de una o dos tabletas de 25 mg antes de desayuno y almuerzo o la isocarboxazida (marplán) en igual número de tabletas de 10 mg en el mismo horario, son recursos útiles que el médico debe manejar. La fórmula de eserina, antes valorada, es también un buen recurso por su efecto parasimpaticotónico.

Existe también un método, de efecto inhibitor de la eyaculación, basado en mecanismos neurógenos, que ha sido recomendado por *Kinsey* y ratificado por *Master y Johnson* que consiste en la modificación de la respuesta eyaculadora luego de varias manipulaciones masturbatorias interrumpidas exactamente antes de que la eyaculación se produzca; con éste se han reportado magníficos resultados. (Este método es el mismo utilizado popularmente por los hombres "avezados" al cambiar de posiciones en la proximidad del orgasmo, con lo que prolongan el acto sexual).

Finalmente, la experiencia de los sexólogos ha aportado recomendaciones a veces muy útiles, entre las que se encuentran la contracción voluntaria del esfínter anal; la ideación controlada sobre temas no sexuales durante el coito; la producción de pequeños estímulos dolorosos inhibitorios; logrados mediante pellizcos, mordidas en la lengua y mejilla, y el entrenamiento para mantener la erección después de la eyaculación, mediante contracturas de la musculatura abdominal y pelviana.

### *La frigidez*

Por razones antes mencionadas, el desarrollo psicosexual de la mujer confronta en nuestro medio mayores dificultades que el



del hombre; este hecho se evidencia en una mayor frecuencia de trastornos en la actividad sexual, siendo la frigidez el máximo exponente de los mismos.

Existen características clínicas que hacen generalmente fácil el diagnóstico etiológico de la misma, siendo su relación con estados emocionales y la eventualidad descrita en los casos de impotencia, los principales orientadores de la psicogenicidad de estos cuadros.

La clasificación más general de este trastorno es en orgánicos —cuando hay factores estructurales o fisiológicos subyacentes y psicógenos—, cuando éstos no pueden evidenciarse; los primeros ocurren en menos de 1 - 5% de los pacientes, en tanto que los segundos constituyen la gran mayoría restante.

Según su aparición desde el inicio de la vida sexual o después de haberse logrado experiencia orgásmica, pueden clasificarse en primarios y secundarios respectivamente, siendo los segundos mucho más frecuentes. Todas las categorías descritas pueden finalmente expresarse en forma parcial (donde existe algún grado de placer, aunque no se llegue al orgasmo) o total, donde no se logra sensaciones placenteras algunas.

La frigidez primaria psicógena es sin duda mucho más frecuente que la impotencia de igual categoría y ello es producto de las influencias ambientales que afectan el desarrollo psicosexual de la mujer, sobre todo, las derivadas de la deficiente educación sexual impartida en la mayoría de los países. La angustia y el rechazo determinados por la menstruación no anunciada; las negativas influencias religiosas que condiciona la idea de pecado ante las actividades placenteras —de mayor efecto en la mujer por sus componentes masoquistas también socialmente engendrados—, el temor a la violación, a la desfloración, al embarazo no deseado, al parto doloroso y a la hemorragia, explican entre otras causas el por qué de este hecho estadístico.

La frigidez secundaria psicógena es indiscutiblemente la que pertenece completamente al terreno del médico integral y sus esfuerzos terapéuticos serán coronados por el éxito en más del 80% de los casos. Ello nos lleva a que valoremos sus formas clínicas más frecuentes:

*La frigidez sintomática.* En este caso el trastorno está explicado por alguna afección psiquiátrica; aquí se incluyen las que aparecen en los cuadros de depresión, ansiedad y neurastenia o en patologías más graves como la esquizofrenia. Esta regresa rápidamente al controlarse la enfermedad de base.

*La frigidez por temor al embarazo.* Esta forma clínica es muy frecuente en multíparas y en mujeres con experiencias desagradables en los partos y su tratamiento racional es el uso de anticonceptivos seguros.

*La frigidez por hostilidad.* Producida cuando existen dificultades interpersonales, es una forma frecuente por ser una de las pocas vías por las que la mujer puede expresar su resentimiento a la pareja. Una de sus características clínicas más importantes es la falta de angustia en la portadora que generalmente viene al médico ante la insistencia del esposo que se percata del trastorno porque aquélla no hace nada por ocultarlo. El manejo de este cuadro va orientado a modificar la actitud generadora de hostilidad presente en la relación.

*La frigidez ninfomaniaca.* Es un tipo de frigidez parcial en que la mujer siente constantemente deseos sexuales por no poder llegar al orgasmo que la liberaría de sus tensiones; este trastorno es el que explica por lo general, los llamados popularmente casos de "fuego uterino". Estos casos son de manejo psicoterapéutico.

*La frigidez coital.* Se ve con bastante frecuencia y consiste en la imposibilidad de lograr el orgasmo en el acto sexual; sin embargo, lo logra en actividades

masturbatorias y hasta con fantasías sexuales.

Generalmente esta forma es explicada por condicionamientos negativos, reales o imaginarios, relacionados con el coito. (Primeras relaciones dolorosas, fantasías de desgarrar, etc.). El manejo más recomendable es la discusión abierta de estos mecanismos y la utilización de posiciones en el acto sexual, donde puedan producirse simultáneamente el coito y estimulaciones manuales clitoridianas que acerquen la experiencia a las condiciones en que ha sido exitosa.

*Frigidez por anestesia vaginal.* En la evolución psicosexual, la zona sensible de los genitales femeninos está localizada casi exclusivamente en la región clitoriana en las primeras etapas y posteriormente se irradia a la vagina. Muchas mujeres, sin embargo, no logran esta maduración y mantienen su posibilidad orgástica limitada a la estimulación del clítoris, por lo que fracasan en relaciones donde éste no sea directamente estimulado. La referencia que más fácilmente orienta este diagnóstico, es la imposibilidad de lograr el orgasmo en ciertas posiciones y no en otras, o la necesidad de simultanear la estimulación manual del clítoris con el coito. En estos casos, deben orientarse posiciones como la mujer en supino, donde se produzca la estimulación por el pene, considerando que la misma actividad sexual exitosa irá logrando la erotización de las zonas inmaduras.<sup>12</sup>

*Frigidez por coitalgia.* Aunque en esta forma clínica hay factores orgánicos —generalmente inflamaciones pelvianas 'roñicas— muchas veces se agregan factores inhibitorios por condicionamiento y, en ocasiones, serias preocupaciones que incrementan la dificultad. La explicación de los mecanismos y el tratamiento de la coitalgia son los recursos a utilizar.

*Frigidez posdesfloración.* Se han descrito casos de pacientes donde la primera experiencia ha sido real o fantasiosamente mal conducida por el hombre, lo que da lugar

a condicionamientos negativos frente a la figura causante de la desfloración. Estos cuadros descritos por los psicoanalistas como consecutivos a complejos de castración en la mujer, son poco frecuentes en la práctica; se ha descrito, que el orgasmo, a veces, puede lograrse con otro hombre.

*Frigidez por factores inhibitorios condicionados.* Con mayor frecuencia que en el hombre, las inhibiciones ambientales repercuten negativamente sobre el orgasmo femenino. Los ruidos evidenciadores del acto para personas en habitaciones contiguas, la conversación —mientras se realiza el acto—, de una figura significativa como el padre o la madre, una llamada a la puerta o la presencia de niños en la habitación, son causas frecuentes de frigidez, siendo esta forma clínica de muy buen pronóstico, ya que se resuelve al eliminarse el factor ambiental.

*Frigidez por mecanismos de espera.* Por razones comprensibles es mucho menos frecuente que su homóloga en el hombre y el manejo sería el mismo que en aquéllos, siempre que el esposo se hubiese percatado espontáneamente del trastorno; ya que si esto no ha ocurrido no debe comunicársele bajo ningún concepto y recomendar a la esposa que finja hasta que el cuadro sea superado.

*Frigidez en la nulípara y en la mujer estéril.* Existen muchos casos de mujeres que logran sus primeros orgasmos solamente después de su primer o segundo parto. Aunque se plantea que son los factores hormonales los principales responsables de estos trastornos, algunos autores señalan que el incremento en la seguridad personal producido por la ratificación del rol femenino por el parto, explica parcialmente el cambio favorable.

*Frigidez por identificación incestuosa.* Muchas mujeres son frías con su pareja hasta que hacen consciente que aquél presente características que lo acercan a personas significativas, con las cuales

cualquier conexión erótica estaría totalmente prohibida. El médico debe explorar esta posibilidad ante cuadros cuya etiología no haya sido evidenciada fácilmente.

*Frigidez en espejo.* Esta forma clínica puede aparecer después de varias experiencias fracasadas con la pareja, cuando aquél presenta deficiencias en la erección o eyaculación. El propósito es bueno siempre que se mantenga el amor.

*Frigidez cíclica.* Muchas mujeres sólo sienten el orgasmo en etapas preovulatorias de su ciclo menstrual; se ha demostrado que en muchos de estos casos existen factores psicológicos condicionados que se añaden a los mecanismos hormonales.

Finalmente, debemos hablar de *la pseudofrigidez* motivo de consulta de muchas mujeres, cuyos esposos manejan una técnica sexual deficiente que, por lo general, consiste en realizar el coito tan pronto se logra la erección, sin dedicar el tiempo necesario para excitarlas adecuadamente.

*Recomendaciones para el manejo de la mujer frígida.* Aunque la pasividad sexual de la mujer, biológica y socialmente determinada, le permite en un alto porcentaje de casos ocultar el trastorno a su pareja, es frecuente que los sentimientos de inferioridad y la culpabilidad ante el esposo determinen cuadros psiquiátricos reactivos que constituyen a veces el motivo principal de consulta. La frigidez se evidencia durante el interrogatorio dirigido a encontrar los factores determinantes del cuadro psiquiátrico. Existen casos, sin embargo, afortunadamente poco frecuentes, donde la humectación vaginal está ausente y este es, posiblemente, el único signo que le permite al profano diagnosticar las dificultades de su compañera, aunque aquélla trate de fingir, creándose entonces serios conflictos al considerar el hombre que su mujer ha dejado de quererlo.

Como los mecanismos fisiopatogénicos y los factores psicológicos son en esencia

similares a los descritos al hablar de impotencia, la relación médicopaciente, que será siempre del tipo "participación mutua", debe iniciarse con los pasos generales antes descritos, orientados a eliminar la angustia secundaria al trastorno. Es muy importante orientar a la mujer a que finja el orgasmo hasta que el trastorno haya sido superado, ya que muchos hombres carecen de la información y madurez suficiente para comportarse adecuadamente ante la situación. Las medidas específicas serán orientadas según la forma clínica presente y fluctuarán desde sencillas orientaciones a aumentar la privacidad del acto sexual, hasta exploraciones profundas del desarrollo psicosexual de la mujer.

Desde el punto de vista farmacológico pueden utilizarse algunos recursos como los ansiolíticos en los casos en que existan mecanismos de espera o cuando el acto sexual genera angustias por fantasías agresivas, temores a hemorragias, etc. El manejo de estos fármacos debe ser, sin embargo, cuidadoso; se deben evitar las dosis que puedan bloquear la médula en grado capaz de impedir el orgasmo.

La administración de estrógenos o andrógenos y su combinación en los días próximos a la ovulación, es un recurso que a veces resuelve rápidamente casos de frigidez secundaria, al aumentar la excitabilidad genital de la mujer. La androgenona depósito (ámpulas de 100 mg) un ámpula diez días antes de la próxima menstruación o el androstradiol, fármaco que combina 65 mg de enantato de testosterona con 4 mg de valeraniato de estradiol, administrado 15 días antes de la próxima menstruación, son los fármacos más utilizados.

Algunos médicos utilizan con éxito los estrógenos conjugados en aplicación tópica vaginal, pues le añaden al efecto farmacológico la acción sugestiva al plantearle a la paciente que ello aumentará su sensibilidad.

El buen pronóstico de más del 80% de los trastornos sexuales descritos en

el hombre y la mujer y su fácil manejo mayoría de los pacientes, indiscutiblemente plantean al médico integral responsabilidad de enfrentar con seguridad el tratamiento de estos pacien-

tes y dejar de considerarlos como caen las difíciles tributarios de orientación especializada y reserva el referido a la psiquiatría para los casos que evolutivamente lo ameriten.

#### SUMMARY

González y Menéndez, R. *Information on sexual disorders for the integral physician.* Rev Cub Med 15: 3, 1976.

It is stated the fact that more than 90% of patients with impotence, ejaculatio praecox, and frigidity answer favorably to the treatment prescribed by any integral physician, as well as the probability that the remittance of many patients for psychiatric treatment may be due to some deficiencies in the information on the issue—for these being considered historically as disorders to be subjected to specialized treatment—determined the practical and theoretical review of this subject in our seminars on psychotherapy in order to give integral physicians useful elements for managing these disorders.

#### RESUME

González y Menéndez, R. *Quelques aspects des troubles sexuels pour le médecin intégral.* Rev Cub Med 15: 3, 1976.

L'auteur signale que le fait que plus de 90% des patients avec impuissance, éjaculation précoce et frigidity répondent favorablement au traitement qu'un médecin intégral puisse orienter, et que la majorité des cas envoyés en psychiatrie peuvent être dus à certaines insuffisances en ce qui concerne l'information sur ces questions, historiquement considérées comme des maladies tributaires de traitement spécialisé, a déterminé la révision théorique et pratique de ces questions dans les séminaires sur psychothérapie afin de transmettre au médecin intégrale des éléments utiles pour le traitement de ces troubles.

#### PE3KME

roH3ajie3 z MeH6Hfle3 P. \*ito Hiidygi) o tojiobhx pacTpoacTB juih HHTerpa. ji- Horo Bpa^a. Bev Cub Med 15: 3»1976.

yKa3HBaeTCH O tom,hto oojiee 90% namientOB CTpajtarankX HMnoTeHrcilefi. paH Heft 3HKVJIHHHH Z nOJIOBOe XOJIOFHOCTB OJiarOIipHHHO OTBe aiOT K Jie^eHUIO KOTOTOHO HHT6rpSJHHH BpaHB CnCCOOeH npOBOWITB H npeIUIOXOK6HI!e O I' Offl

**tjto QoJLineHTBO cJly^aeB ncnxHaTpaia cwioyT COBHCKTB ot HejiocTancoB e TOTOH 3peHHfl O WHftnplMTflm no TeiaaTBKy ■ TaK KaK zi CTOnraeCKHH CHKTaiOT- CH K3K tiOJl63HH HyKflailIHXXH OT CneiJiaJIH3HpOBaHHOH Jie^eHHH,HTO onefle- jhwo TeopeTiraekKoe a npaKTiraekKoe paccMOTpeime Hanrax ceMmap no ncH- xoTepaHM c' iiejno nepenaTB HHTerpaJXHofl Bpa->ii BHroflHHX sjieMeHTOB jvia BefleHM tskhx HapymeHn".**

#### BIBLIOGRAFIA

7. *Noyes, A.* Psiquiatría clínica moderna, Ediciones Revolucionarias, Cuba, 1966.
8. *Chaio, J.* Desarrollo biopsíquico del niño. Editorial Escuela. Argentina, 1964.
9. *Krantz y Care.* Los principios farmacológicos en la práctica médica. Cooperativa del libro, FEU, La Habana, 1961.
10. *Master, H. Johnson, V.* Respuesta sexual humana. Ediciones Revolucionarias, 1967.
11. *Cannon, W.N.* Fisiología médica. Ed. Revolucionarias. Cuba, 1966.
12. *Delgado, H.* Curso de psiquiatría. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1969.