



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**Etiología y tratamientos del trastorno orgásmico femenino:
Revisión sistemática**

**Etiology and treatments of female orgasmic disorder:
Systematic review**

Alumna: Sara Patón Martínez

NIA: 707935

Director: Ángel Castro Vázquez

Grado de Psicología

AÑO ACADÉMICO 2018-2019



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**

Universidad Zaragoza

Etiología y tratamientos del trastorno orgásmico femenino: Revisión sistemática

Sara Patón Martínez y Ángel Castro Vázquez

Universidad de Zaragoza

Resumen

El trastorno orgásmico femenino es un fenómeno que afecta a la salud sexual de las mujeres y que no se ha estudiado en profundidad. Entonces, es necesario conocer y entender los aspectos relacionados tanto con el orgasmo como con su disfunción. Por ello, el objetivo de este estudio era realizar una revisión teórica de la literatura científica publicada desde el año 2000 hasta la actualidad sobre los factores implicados en la anorgasmia femenina y las opciones de tratamiento disponibles. De esta forma, se localizaron un total de 31 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Se encontró que la anorgasmia femenina es una disfunción sexual multifactorial, en la que están involucradas cuestiones biológicas, psicológicas, relacionales y socio-culturales, que tiene una variable y alta prevalencia y que deteriora el bienestar y la calidad de vida de la mujer.

Palabras clave: disfunción sexual femenina, trastorno orgásmico femenino, anorgasmia femenina, dificultades orgásmicas, causas psicológicas, tratamiento.

Etiology and treatments of female orgasmic disorder: Systematic review

Sara Patón Martínez y Ángel Castro Vázquez

Universidad de Zaragoza

Abstract

Female orgasmic disorder is a phenomenon that affects female sexual health and it has not been studied in depth. Then, it is necessary to know and understand the aspects related with orgasm as well as its dysfunction. Because of that, the objective of this study was to do a review about scientific literature published from 2000 to the present regarding the factors implied in female anorgasmia and the available treatments. Thus, it was found a total of 31 studies meeting the inclusion criteria. It was found that female anorgasmia is a multifactorial sexual dysfunction, involving biological, psychological, relational and socio-cultural issues with a variable and high prevalence that deteriorates the well-being and quality of life of women.

Keywords: female sexual dysfunction, female orgasmic disorder, female anorgasmia, orgasmic difficulties, psychological causes, treatment.

El orgasmo femenino es, según Meston, Levin, Sipski, Hull y Heiman (2004):

Una sensación de intenso placer que crea un estado alterado de la conciencia, generalmente acompañado de contracciones rítmicas e involuntarias de la musculatura circunvaginal estriada pélvica, a menudo con contracciones uterinas y anales concomitantes y miotonía, que resuelve la vasocongestión inducida sexualmente (a veces solo parcialmente), generalmente con una inducción de bienestar y satisfacción (p. 785).

El orgasmo femenino ha sido un tema históricamente controvertido. El placer de la mujer ha sido considerado excesivo, por no ser imprescindible en las dos funciones que se presuponen a su sexualidad: la reproducción y el placer del hombre (Bowman, 2014; McClelland y Fine, 2008), llegándose incluso a considerar el orgasmo como algo inapropiado (Laan y Rellini, 2011). De esta forma, no se ha tenido en cuenta la capacidad de la mujer para disfrutar de su experiencia sexual, siendo relegada a la satisfacción masculina (Zapiain, 2013).

Esta concepción de la sexualidad ha ido cambiando. Hoy en día, incluso se puede encontrar una Declaración de los Derechos Sexuales, elaborada por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS; 2014), que pone de manifiesto la importancia de la sexualidad y su vivencia desde la libertad, la seguridad, la diversidad, la educación y la igualdad. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2002), ofrece una definición de salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad. Hace también hincapié en los aspectos positivos de la misma y no solo en la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar.

El orgasmo también ha ido conceptualizándose de otra forma con el paso del tiempo. La segunda ola del feminismo trajo consigo una revolución sexual que lo proclamó como un derecho que reclamar (Laan y Rellini, 2011). Esta visión del orgasmo como un deber que cumplir (Tiefer, 1995), junto con la presión de los medios de comunicación, que también le conferían mucha importancia y las expectativas de la pareja sexual, pueden hacer que la mujer experimente angustia incluso por cambios o dificultades leves o a corto plazo en el orgasmo (Graham, 2010; Laan y Rellini, 2011). También puede tener posibles implicaciones para la relación sexual, y para la relación en general, además de poder afectar al sentido general de autoeficacia sexual de la mujer y conducir a atribuciones internalizadas con respecto a la causa de estas dificultades (Rowland, Cempel y Tempel, 2018).

En ocasiones, las dificultades en el orgasmo acaban siendo un problema clínico que afecta a un porcentaje de entre el 10 y el 42% de las mujeres, según el DSM-5 (American

Psychiatric Association, 2013). Esta es la segunda disfunción sexual más prevalente en las mujeres, después del trastorno del deseo sexual hipoactivo. Según este manual, el trastorno orgásmico femenino (TOF) es la dificultad para experimentar el orgasmo o la reducción marcada de las sensaciones orgásmicas (Criterio A). Hay una gran variabilidad en cuanto a cómo las mujeres experimentan el orgasmo y qué estimulación es adecuada para conseguirlo, además de en la misma mujer, también entre diferentes mujeres. Estos síntomas se deben dar en la mayoría de ocasiones donde ocurra la actividad sexual (entre el 75 y el 100%) y prolongarse al menos seis meses en el tiempo (Criterio B) (American Psychiatric Association, 2013).

Para que se realice el diagnóstico, es fundamental que exista un malestar clínicamente significativo asociado a los síntomas (Criterio C). En una gran cantidad de los problemas orgásmicos, las causas son multifactoriales o no se pueden determinar. Si se considera que la anorgasmia se puede explicar mejor por otro trastorno mental, los efectos de sustancias o medicamentos o por una afección médica, no se hace el diagnóstico. Tampoco se diagnostica si existen factores interpersonales o contextuales significativos, como una alteración grave de la relación, violencia de género u otros factores estresantes relevantes, o si las dificultades orgásmicas vienen dadas por una estimulación sexual inadecuada (American Psychiatric Association, 2013).

Aparte de los criterios anteriormente expuestos, el trastorno orgásmico femenino es especificado según si es de por vida (anorgasmia primaria) o adquirido (anorgasmia secundaria), que se refiere a si el trastorno ha existido desde que se alcanza la madurez sexual o si empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal; o si es situacional o generalizado, que indica si ocurre solo en determinados momentos o con determinada pareja o estimulación, o por el contrario no se limita en cuestión a estos factores. Por último, se especifica la gravedad referida al malestar experimentado a causa de los síntomas del criterio A, clasificándolo como leve, moderado o grave (American Psychiatric Association, 2013).

Como se comentaba anteriormente, la etiología de las dificultades orgásmicas es multifactorial y además, raramente están causadas por un factor predominante (Althof et al., 2005; Rowland et al., 2018). Nekoolaltak, Keshavarz, Simbar, Nazari y Baghestani (2017), dividen los factores que pueden afectar al orgasmo en biológicos (e.g., variaciones fisiológicas y neuroanatómicas relacionadas con el orgasmo), psicológicos (e.g., culpa, ansiedad, depresión), relacionales (e.g., falta de habilidad para hablar de las actividades sexuales) y socio-culturales (e.g., mitos sexuales, influencia ejercida por los medios de comunicación). Por su parte, Rellini y Clifton (2011), presentaron los factores asociados a la

anorgasmia como biológicos (e.g., ciertas condiciones médicas o medicaciones), psicológicos (e.g., ansiedad, depresión, algunas condiciones psicológicas desadaptativas, abuso sexual en la infancia) y sociales (e.g., dificultades en la comunicación con la pareja, satisfacción marital). Actualmente se están estudiando diversas cuestiones que puedan explicar las dificultades orgásmicas, pero hay cierta tendencia en los datos que hace pensar en la probable gran importancia de los factores psicológicos y psicosociales. Por ejemplo, la ansiedad es un fenómeno muy estudiado como causa clave en esta cuestión (McGloin y Carey, 2006).

La anorgasmia ha tenido diferentes aproximaciones terapéuticas desde diversas terapias (e.g., cognitivo-conductual, psicoanalítica, sistémica, farmacológica). En la primera, que ha sido la única que ha obtenido resultados empíricos significativos, se encuentran intervenciones como la masturbación directa, la educación sexual, el entrenamiento en habilidades comunicativas, los ejercicios de Kegel o distintas técnicas de reducción de la ansiedad, como la focalización sensorial (Meston et al., 2004). Los tratamientos psicológicos suponen una serie de ventajas sobre los demás, pues no presentan efectos secundarios físicos y tienen como objetivo el restablecimiento de la función sexual y el aumento de la satisfacción, en lugar de la reducción de los síntomas. Las primeras intervenciones psicológicas en este ámbito fueron llevadas a cabo en los años setenta del siglo XX por Masters y Johnson y desde entonces, la mayoría de opciones de tratamiento que se han ido desarrollando estaban basadas en este programa (Frühauf, Gerger, Schmidt, Munder y Barth, 2013).

La terapia sexual sitúa el foco en el resultado esperado de las relaciones sexuales, el orgasmo. Por ello, durante mucho tiempo, su objetivo principal ha sido ayudar a la mujer a mejorar su capacidad orgásmica (Pereira, Arias-Carrión, Machado, Nardi y Silva, 2013). Además, existen discrepancias respecto a las medidas de resultado del éxito del tratamiento. Mientras en algunas ocasiones se considera que es suficiente la consecución del orgasmo, independientemente de la estimulación utilizada, en otros es necesario que éste ocurra durante las relaciones sexuales en pareja, o incluso necesariamente mediante el coito (Labrador y Crespo, 2001). Redelman (2006), afirmó que el objetivo último del tratamiento debe ser permitir a la mujer lograr la satisfacción sexual y su realización a través de la resolución de los obstáculos que causan las dificultades orgásmicas, lo cual conduciría a una mejora de su calidad de vida.

Los tratamientos para las disfunciones sexuales femeninas son complicados, debido a la ausencia de un solo factor único que las explica (Frank, Mistreta y Will, 2008). Igualmente, la literatura científica acerca de las opciones de tratamiento de la anorgasmia es

limitada y sus resultados, en ocasiones, contradictorios. Además, existe una escasez de ensayos aleatorios controlados que estudien específicamente esta disfunción, llegando incluso a generalizarse los resultados obtenidos sobre otras disfunciones sexuales (IsHak, Bokarius, Jeffrey, Davis y Bakhta, 2010). Estos datos muestran la falta de consenso en esta disciplina y por ello, el objetivo de este estudio era realizar una revisión teórica de las publicaciones científicas realizadas en los últimos años (desde el 2000 hasta la actualidad) acerca de la etiología y los tratamientos de la anorgasmia femenina desde una perspectiva psicológica.

Método

Materiales

Se revisaron fuentes primarias de investigación y revisiones teóricas procedentes de publicaciones científicas obtenidas en *Scopus* y *Web of Science* desde el 2000 hasta la actualidad. También se utilizaron las bases de datos *ProQuest*, *Pubmed*, *Science Direct*, *Dialnet* y *Google Scholar* para realizar las primeras búsquedas.

Procedimiento

En primer lugar, se hizo una búsqueda general con algunos términos para conocer los conceptos utilizados en el ámbito de estudio elegido. Se escogió *female orgasmic disorder*, por ser la definición utilizada por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), y *anorgasmia*, por ser una de las denominaciones más comúnmente utilizadas para hablar de este fenómeno. También se utilizó *treatment* y *causes*. Con estos cuatro conceptos, se hizo la búsqueda combinando pares de términos.

Se obtuvieron 305 artículos que se sometieron al proceso pertinente de identificado, cribado e idoneidad, como se puede observar en detalle en la Figura 1, teniendo en cuenta los criterios de inclusión que se presentan a continuación:

- Se limitaron los estudios al castellano y el inglés por ser las lenguas dominadas.
- Se eligieron artículos que abordaban disfunciones sexuales en general y también en hombres siempre y cuando incluyeran datos específicos acerca del TOF en mujeres.
- Se escogieron artículos que abordaran tratamientos de todo tipo del TOF, con la condición de contar también con datos acerca de los procedimientos psicológicos, en los que fue centrado el análisis.

- Se incorporaron estudios con mujeres en diferentes etapas del ciclo vital y culturas.
- Se incluyeron trabajos que abordaban la etiología del TOF de forma amplia, centrando el estudio en los factores psicológicos.

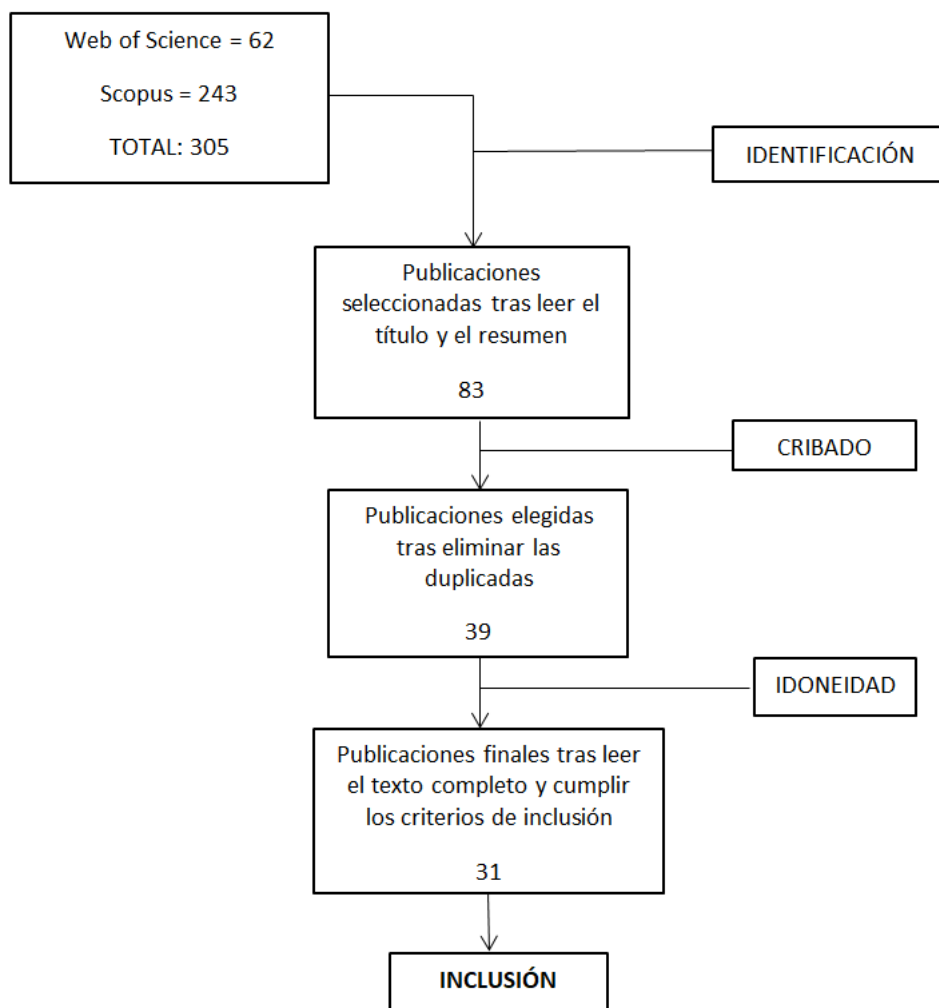


Figura 1. Diagrama de flujo explicando el procedimiento de selección de los artículos.

Resultados

A continuación, se presentan en la Tabla 1 los resultados de los 31 artículos finalmente seleccionados para la presente revisión, ordenados alfabéticamente teniendo en cuenta el primer apellido del autor/a, incluyendo también el año de publicación, el marco territorial donde fueron realizados los estudios, las propiedades de la muestra utilizada y los hallazgos más relevantes encontrados respecto al TOF, su etiología y tratamientos.

Tabla1. *Resumen de los resultados obtenidos en los artículos incluidos en la revisión.*

Autores/as y año	Territorio	Participantes	Principales hallazgos
Althof et al. (2005)	Varios	Mujeres con y sin disfunciones sexuales	Plantean que las disfunciones sexuales deben abordarse desde un enfoque biopsicosocial. Las mujeres con dificultades en el orgasmo suelen experimentar más culpa sexual, ser menos asertivas sexualmente, tener más actitudes negativas frente al sexo y la masturbación, menos consciencia acerca de los signos fisiológicos de la excitación y del orgasmo y tener miedo a perder el control durante el mismo. La masturbación es una técnica muy exitosa para tratar la anorgasmia, sobre todo la primaria.
Althof y Needle (2013)	Estados Unidos	Mujeres con y sin disfunciones sexuales	Similar al anterior. Con la masturbación como técnica de tratamiento, la mujer puede llegar a ser más consciente de su excitación y placer sexual y esto se puede generalizar a los encuentros sexuales con la pareja. También han tenido mucho éxito la focalización sensorial y la TCC.
Bason (2002)	Canadá	Mujeres con disfunciones sexuales	Se remarca la alta comorbilidad entre el trastorno de excitación sexual y el TOF. El orgasmo no es solo un fenómeno que aparece como un pico determinado, es un componente de la excitación sexual subjetiva. Cuando ésta es alta, la mujer es más consciente de las sensaciones genitales y existe mayor vasocongestión objetiva.
Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum y Luria (2010)	Varios	Mujeres con disfunciones sexuales	La eficacia de la masturbación como tratamiento en el TOF de por vida sugiere que la falta de estimulación adecuada es un importante factor etiológico del mismo. La masturbación directa junto con la educación sexual, la utilización de técnicas de reducción de la ansiedad y la TCC siguen siendo las principales herramientas terapéuticas para abordarlo.
Burri, Cherkas y Spector (2009)	Reino Unido	Mujeres con y sin trastorno del orgasmo	La inteligencia emocional tiene un gran impacto sobre el funcionamiento sexual de la mujer y su habilidad para comunicar sus deseos a la pareja en este ámbito. Se obtiene evidencia de que mayores niveles de inteligencia emocional contribuyen a la habilidad para conseguir orgasmos de forma más frecuente. Proponen aproximaciones cognitivo-conductuales para tratar el TOF, además de la utilización de programas educativos que promuevan esta competencia y así conseguir una mejora de la salud sexual.

Autores/as y año	Territorio	Participantes	Principales hallazgos
Frank et al., (2008)	Estados unidos	Mujeres con disfunciones sexuales	La prevalencia del TOF en la población general es del 4 al 7% y en atención primaria, del 5 al 42%. Se concede importancia a la educación de la paciente por parte del médico sobre la función sexual y la anatomía “normal”. La masturbación directa, la TCC y la focalización sensorial son tratamientos exitosos para la anorgasmia.
Frühauf et al. (2013)	Suiza	Mujeres con disfunciones sexuales	Actualmente contamos con tratamientos bien establecidos para el trastorno orgásmico femenino primario. Las intervenciones psicológicas tuvieron efectos medios en la severidad de los síntomas y en la satisfacción sexual en mujeres con TOF.
Greydanus y Matytsina (2010)	Varios	Mujeres adolescentes con disfunciones sexuales	La sexualidad suele ser una parte importante de la adolescencia. Sin embargo, se extrapolan datos de la adultez acerca de las disfunciones sexuales. La educación sexual se basa en evitar embarazos no deseados e ITS y además, a los/as adolescentes les resulta embarazoso compartir sus inquietudes acerca del tema. Esto hace complicado detectar disfunciones sexuales que pueden continuar o empeorar en la adultez.
Harris et al. (2008)	Varios	Mujeres población general	Como factores de la personalidad, la introversión, la inestabilidad emocional y la no apertura a la experiencia incrementan significativamente el riesgo de infrecuencia orgásmica de la mujer en el sexo con la pareja. También está asociada con una historia de abuso sexual en la infancia, no estar casada y no tener hijos/as.
Heiman (2002)	Estados Unidos	Mujeres con disfunciones sexuales	Existe una falta de investigación adecuadamente controlada. Hay tratamientos eficaces para los trastornos del orgasmo, más concretamente para el primario, como es el caso de la masturbación.
IsHak et al. (2010)	Estados Unidos	Mujeres con trastorno del orgasmo	La evaluación de los trastornos del orgasmo debe abordar factores psicosociales aparte de biológicos y atender a la comorbilidad con otras disfunciones sexuales y trastornos del estado de ánimo. Hay que observar también las experiencias en la niñez, factores de la relación, emociones negativas respecto a la sexualidad y la masturbación y las condiciones médicas. Es complicado realizar esta evaluación por las diferentes medidas que se utilizan. Como tratamientos, plantean la terapia cognitivo conductual, la masturbación, la terapia de pareja y la utilización de dispositivos médicos y fármacos, hormonas, etc.

Autores/as y año	Territorio	Participantes	Principales hallazgos
Kelly, Strassberg y Turner (2004)	Estados Unidos	Mujeres con o sin trastorno del orgasmo	Las parejas heterosexuales donde la mujer tiene anorgasmia tienen más problemas de comunicación sexual, sobre todo a la hora de hablar de actividades que implican la estimulación directa del clítoris. Los compañeros varones eran significativamente menos precisos a la hora de estimar las preferencias sexuales de su pareja. Tanto la mujer como el hombre atribuían la responsabilidad de la anorgasmia a la mujer.
Kelly, Strassberg y Turner (2006)	Estados Unidos	Mujeres con o sin trastorno del orgasmo	Similar al anterior. Las parejas donde la mujer tiene anorgasmia parecen capaces de comunicarse claramente sobre asuntos sexuales y no sexuales, pero presentan dinámicas de interacción negativa de culpa y falta de receptividad.
Kingsberg et al. (2017)	Varios	Mujeres con disfunciones sexuales	El orgasmo infrecuente o retrasado a menudo se presenta junto a dificultades de la excitación sexual y el deseo sexual bajo. Un estatus socio-económico más bajo, peor salud física y mental (especialmente ansiedad), actitudes y creencias restrictivas acerca de la actividad sexual, un pobre ajuste de la relación y no recibir educación sexual, son factores de riesgo para la anorgasmia. Las intervenciones que mejoran las habilidades, particularmente la masturbación directa o la focalización sensorial, son tratamientos efectivos para el TOF.
Kingsberg y Knudson (2011)	Canadá	Mujeres con disfunciones sexuales	Se recomienda el modelo PLISSIT para abordar los asuntos sobre salud sexual en atención primaria. Las dificultades orgásmicas tienen causas multifactoriales y difieren en cada mujer, igual que su respuesta sexual. El tratamiento más efectivo es la TCC, que incluye masturbación directa, ejercicios de focalización sensorial y desensibilización sistemática. La masturbación es a menudo la forma más efectiva de aprender qué estimulación es efectiva para conseguir el orgasmo.
Laan y Rellini (2011)	Varios	Mujeres con y sin trastorno del orgasmo	Muchas mujeres que no son capaces de conseguir el orgasmo tienen sentimientos de incompetencia y fracaso y sienten emociones negativas asociadas al coito. La anorgasmia se relaciona con sentimientos de culpa, angustia, ansiedad y desapego. La autonomía sexual está relacionada con la experiencia del orgasmo durante el sexo en pareja. Para los problemas orgásmicos relacionados con la falta de excitación sexual es efectiva la TCC, con la masturbación directa.

Autores/as y año	Territorio	Participantes	Principales hallazgos
Labrador y Crespo (2001)	España	Mujeres y hombres con disfunciones sexuales	Existen pocos tratamientos empíricamente validados para las disfunciones sexuales por la escasez de trabajos con adecuado control metodológico. La masturbación parece ser superior a la terapia sexual convencional como tratamiento para el trastorno orgásmico primario, consiguiendo orgasmos el 90% de mujeres. Para tratar la anorgasmia secundaria, se aplican programas personalizados según cada caso y la terapia de Masters y Johnson.
McCabe et al. (2010)	Varios	Mujeres con y sin disfunciones sexuales	Similar a Althof et al. (2005). Para tratar la anorgasmia adquirida, se utiliza una combinación de educación sexual, entrenamiento en habilidades sexuales, terapia de pareja, masturbación e intervenciones para abordar las preocupaciones sobre la imagen corporal y las actitudes sexuales negativas. Las mujeres con TOF podrían tener un diagnóstico más preciso de trastorno de la excitación sexual.
McGloin y Carey (2006)	Estados Unidos	Mujeres con trastorno del orgasmo	Existen dificultades para diagnosticar por la variabilidad de definiciones de la anorgasmia. Además, es necesario para ello tener en cuenta la experiencia subjetiva de la mujer. Muchos estudios indican un 15% de mujeres con dificultades del orgasmo. La etiología de las disfunciones orgásmicas es multifactorial, siendo a menudo los factores psicológicos de los más importantes.
Meston et al. (2004)	Estados Unidos	Mujeres con y sin trastorno del orgasmo	Se sugiere que hay una reducción generalizada en la intensidad de la expresión orgásmica en la menopausia. La masturbación directa es un tratamiento eficaz empíricamente validado para el TOF de por vida, mientras que no hay tratamientos validados para el adquirido. La educación sexual, el entrenamiento de habilidades de comunicación y los ejercicios de Kegel solos no son efectivos para tratar el FOD, tanto primario como secundario.
Nekoolaltak et al. (2017)	Irán	Mujeres con y sin disfunciones sexuales	Apoyan un abordaje biopsicosocial de los problemas sexuales. Los factores psicológicos y relacionales tienen un efecto más significativo en el orgasmo, como la falta de conocimientos sexuales o concentración, la vergüenza, el miedo al coito o al embarazo o la ansiedad. Plantean que muchas de estas cuestiones tienen su origen en creencias culturales que deben ser eliminadas con la educación sexual.

Autores/as y año	Territorio	Participantes	Principales hallazgos
Nobre y Pinto-Gouveia (2008)	Portugal	Mujeres con trastorno del orgasmo	Las mujeres con trastorno orgásmico activan los esquemas cognitivos de incompetencia y soledad cuando se enfrentan a experiencias sexuales sin éxito. También presentan creencias acerca de la auto-imagen corporal. La falta de pensamientos eróticos, los pensamientos de fracaso y de desconexión y sobre la falta de afecto de los compañeros, son importantes factores que predicen la anorgasmia.
Pereira et al. (2013)	México	Mujeres con disfunciones sexuales	El foco de la terapia sexual parece estar en el resultado esperado en el sexo, el orgasmo. Estos trastornos, junto con los del dolor sexual, son los más estudiados y donde la terapia sexual parece tener mejores resultados. La masturbación es una técnica que ayuda a ser capaz de tener orgasmos y aumentar el repertorio de situaciones donde se pueden conseguir.
Rahman (2008)	Estados Unidos	Mujeres musulmanas con disfunciones sexuales	Se apoya un enfoque centrado en la paciente para abordar las disfunciones sexuales, de una manera culturalmente sensible y renunciando a estereotipos que pueden causar sentimientos de ser juzgadas o incomprendidas. La masturbación es recomendada para abordar los trastornos orgásmicos, pero es una práctica considerada prohibida según algunas interpretaciones religiosas. Las mujeres que hacen una interpretación cultural positiva de la mutilación genital experimentan orgasmos.
Ramage (2006)	Reino Unido	Mujeres con disfunciones sexuales	Acerca del 10% de mujeres no experimenta el orgasmo en ninguna situación. Los compañeros sexuales están a menudo más preocupados por la falta de orgasmo de su pareja que la mujer misma, que incluso puede estar satisfecha con ese sexo. Como opciones de tratamiento se plantea la educación, psicoterapia, los ejercicios de Kegel y el uso de vibradores y lubricantes.
Redelman (2006)	Australia	Mujeres con y sin trastorno del orgasmo	Se plantea que todas las mujeres (excluyendo aquellas con condiciones médicas o quirúrgicas claras), son capaces de tener orgasmos y proponen por ello la denominación pre-orgásmica. El tratamiento para las dificultades orgásmicas necesita a menudo incluir también el de dificultades del deseo o excitación sexual, por ser precursores de éstas. La TCC ha recibido la mayor cantidad de apoyo empírico para tratar el TOF, con tasas de éxito entre el 88 y 90%.

Autores/as y año	Territorio	Participantes	Principales hallazgos
Rellini y Clifton (2011)	Estados Unidos	Mujeres con trastorno del orgasmo	Las causas del TOF son biológicas, psicológicas y relacionales. La masturbación es un tratamiento eficaz y empíricamente validado, especialmente si es para tratar la anorgasmia de por vida. Si es adquirida, se recomienda la técnica de alineamiento coital y terapia de pareja. Para las mujeres que experimentan ansiedad, desensibilización sistemática o focalización sensorial.
Rosen (2000)	Estados Unidos	Mujeres y hombres con trastorno del orgasmo	La prevalencia de la anorgasmia está entre un 24 y 37%. Hay más casos entre las mujeres solteras que las casadas o que cohabitan con su pareja. La capacidad orgásmica se ha asociado a la asertividad sexual y la experiencia con la masturbación. Hay peores resultados en el tratamiento de la anorgasmia secundaria que la primaria.
Rowland et al. (2018)	Estados Unidos	Mujeres con y sin trastorno del orgasmo	La ausencia o inhibición del orgasmo varía en las mujeres entre el 10 y el 40%. El 50% de las mujeres tenía problemas severos para alcanzar el orgasmo en el sexo con la pareja (no cuando se masturban). Lo atribuían sobre todo al estrés/ansiedad, falta de tiempo e insuficiente excitación/estimulación. Entre el 25 y el 30% de mujeres tenía una excitación inadecuada más que problemas con el orgasmo per se. Las mujeres angustiadas apuntaban causas para la anorgasmia que tenían que ver con su internalización.
Walsh y Berman (2004)	Estados Unidos	Mujeres de edad avanzada con disfunciones sexuales	En general, el nivel de actividad sexual y satisfacción en edades más mayores parece estar relacionado con los niveles en edades más jóvenes. La ausencia de enfermedad es un importante predictor asociado con el mantenimiento del interés sexual en mujeres de más edad. Un 36% experimenta un descenso en la sensibilidad del clítoris, un 29% en la frecuencia orgásmica y un 35% en la intensidad.
Zielinski (2013)	Estados Unidos	Mujeres con disfunciones sexuales	Proponen una aproximación diferente a la salud sexual de la mujer. Ella misma es la que determina dónde está su “normalidad” y su “disfunción”, dejando atrás la perspectiva más biomédica del DSM-5. Le confieren mucha más importancia a los factores socio-culturales que contribuyen con las disfunciones sexuales, aparte de tener en cuenta también los factores que tienen que ver con la pareja y su relación, factores psicológicos y biomédicos.

Discusión

El orgasmo femenino es un fenómeno que se ha considerado históricamente como inapropiado (Laan y Rellini, 2011), por no ser algo fundamental para las dos funciones que se presuponen respecto a la sexualidad femenina: la reproducción y el placer del hombre (Bowman, 2014; McClelland y Fine, 2008). Por otro lado, ha existido también una presión por alcanzar el orgasmo, proveniente de la revolución sexual y los mensajes lanzados por los medios y las expectativas de las parejas sexuales (Graham, 2010; Laan y Rellini, 2011). Estas situaciones pueden deteriorar la salud sexual de la mujer y tener consecuencias, perjudicando su autoeficacia sexual y su relación de pareja (Rowland et al., 2018). Por ello, el objetivo de este estudio era realizar una revisión de la etiología y los tratamientos de la anorgasmia femenina, con la finalidad de entender las implicaciones de este fenómeno y el enfoque terapéutico que se lleva a cabo en función de esos factores.

Existe un importante desacuerdo en cómo se determina la respuesta sexual femenina, cómo se define el orgasmo y las dificultades asociadas, por la gran diversidad de experiencias y capacidad orgásmica de las mujeres (McGloin y Carey, 2006). En ocasiones, se generaliza el orgasmo como una situación placentera, aunque no siempre tiene por qué darse esa satisfacción sexual. Otros trabajos plantean que toda mujer es pre-orgásmica, es decir, que tienen el potencial de tener orgasmos, exceptuando mujeres con ciertas condiciones médicas o quirúrgicas (Barbach, 1974; Redelman, 2006). De esta forma, es difícil estimar la prevalencia de la anorgasmia, encontrando cifras entre el 4 y el 7% en población general y entre el 5 y el 42% en población clínica (Frank et al., 2008).

Esto se refleja también en las dificultades para evaluar y diagnosticar las dificultades orgásmicas, surgiendo la necesidad de centrar la atención en la experiencia subjetiva de la mujer (McGloin y Carey, 2006). En general, se plantea abordar este tipo de disfunciones desde un enfoque biopsicosocial, que tenga en cuenta todas las dimensiones del problema (Althof et al., 2005; Nekoolaltak et al., 2017). Además, es importante hacerlo desde una aproximación a la paciente de forma culturalmente sensible y que evite sentimientos de juicio o incomprensión (Rahman, 2018). Aparte, el diagnóstico debe tener en cuenta la vivencia personal de la mujer, donde ésta tenga un papel importante en determinar cuál es su "normalidad" y su "disfunción" personal (Zielinski, 2013). A menudo, las dificultades orgásmicas se presentan junto a dificultades en la excitación y un bajo deseo sexual (Kinsberg et al., 2017). Esto podría explicarse teniendo en cuenta el orgasmo como componente de la excitación sexual subjetiva, en lugar de concebirlo como un pico aislado (Bason, 2002).

No existe un factor único predominante que explique la anorgasmia (Althof et al., 2005), ya que es un fenómeno que tiene causas multifactoriales (Kigsberg et al., 2017). Si bien hay factores biológicos que tienen que ver con esta condición, los factores psicológicos son a menudo más importantes a la hora de comprenderla (McGloin y Carey, 2006). Normalmente, existe una falta de educación y conocimientos sexuales, que suele cubrirse con información proporcionada por los medios de comunicación o los grupos de iguales (Nekoolaltak et al., 2017). Esta carencia puede explicar la limitada conciencia acerca de los signos fisiológicos de la excitación y del orgasmo (Althof et al., 2005).

Por otro lado, existen problemas en la relación que en ocasiones afectan a la capacidad orgásmica de la mujer, como la existencia de dinámicas de interacción negativa de culpa y falta de receptividad, que pueden provocar insatisfacción sexual (Kelly et al., 2006). Igualmente, las parejas de las mujeres con anorgasmia presentan poca precisión a la hora de estimar las preferencias sexuales de sus parejas y tienen más problemas de comunicación sexual, sobre todo a la hora de hablar de actividades que impliquen la estimulación directa del clítoris (Kelly et al., 2004). Además, los compañeros sexuales están a menudo más preocupados por la falta de orgasmo de su pareja que la propia mujer, que incluso puede estar satisfecha con la relación sexual (Ramage, 2006).

Los factores cognitivos pueden tener un papel importante en este punto. Aptitudes como la inteligencia emocional, la autonomía sexual o la asertividad sexual pueden tener un gran impacto positivo sobre la habilidad de la mujer para comunicar sus deseos a la pareja y mejorar la capacidad orgásmica (Burri et al., 2009; Rosen, 2000). Por otro lado, las mujeres con trastorno orgásmico activan esquemas cognitivos de incompetencia y soledad cuando se enfrentan a experiencias sexuales sin éxito, además de carecer de pensamientos eróticos, presentar pensamientos de fracaso y desconexión y sobre la falta de afecto de sus compañeros (Nobre y Pinto-Gouveia, 2008). De igual forma, muestran estilos de pensamiento negativos y tienen más asociaciones cognitivas negativas (e.g., angustia, ansiedad, culpa, vergüenza, desapego), además de concebir la imagen corporal como un aspecto central de la sexualidad, lo que puede hacer que se vean a sí mismas como incompetentes y abandonen las actividades sexuales, siendo complicado conseguir el orgasmo (Rellini y Clifton, 2011).

Estos pensamientos pueden ir asociados a ciertas emociones negativas relacionadas con el coito (Laan y Rellini, 2011), como la culpa sexual, el miedo a perder el control (Althof et al., 2005), la vergüenza, el miedo al coito o al embarazo o la ansiedad (Nekoolaltak et al., 2017). La ansiedad y la depresión son trastornos afectivos que suelen presentarse junto con alguna disfunción sexual y por tanto, pueden tener causas comunes. La ansiedad se considera

un factor central en la experiencia subjetiva y en el mantenimiento de las disfunciones sexuales. Pero, por otra parte, parece que no es universalmente disruptiva (Althof et al., 2005). Además, es la causa más considerada por las mujeres con dificultades orgásmicas para explicar su situación (Rowland et al., 2018).

Existen otros factores psicológicos que influyen en la capacidad orgásmica de la mujer, como haber sufrido abuso sexual (Althof y Needle, 2013), o algunas variables de personalidad. Se ha documentado que factores como la introversión, la inestabilidad emocional y la no apertura a la experiencia incrementan significativamente el riesgo de infrecuencia orgásmica de la mujer en el sexo con la pareja (Harris et al., 2008).

En otro orden de cosas, los factores socio-culturales que se estudian para explicar las dificultades orgásmicas son la edad, como factor sociodemográfico (Greydanus y Matytsina, 2010; Walsh y Berman, 2004), el estatus socioeconómico (Kingsberg et al., 2017), las diferencias culturales y religiosas (Nekoolaltak et al., 2017; Rahman, 2018) y los roles de género (Laan y Rellini, 2011). Respecto a la edad, la capacidad orgásmica es variable, si se tienen en cuenta los cambios fisiológicos que tienen que ver con la menopausia y el envejecimiento. En esta etapa se produce una reducción generalizada en la intensidad de la expresión orgásmica (Meston et al., 2004), reflejado en un descenso de la sensibilidad del clítoris, de la frecuencia y de la intensidad orgásmica (Walsh y Berman, 2004). Por otro lado, la falta de experiencia y conocimientos sexuales en la adolescencia puede contribuir a las dificultades orgásmicas (Greydanus y Matytsina, 2010).

Actualmente existen dos categorías que determinan el grado de eficacia de los tratamientos con evidencia empírica, desarrollados por la APA en 1995; que esté bien establecido o que sea probablemente eficaz, por orden de rigor (Heiman, 2002). En el caso de la anorgasmia, la masturbación es la única intervención bien establecida para tratar la versión de por vida. En el caso de la anorgasmia adquirida, solo existen tratamientos probablemente eficaces, como es el caso de la terapia sexual de Masters y Johnson. No hay evidencia de que la desensibilización sistemática, la focalización sensorial, la educación sexual, el entrenamiento en habilidades comunicativas o los ejercicios de Kegel, por sí solos, sean efectivos (Meston et al., 2004). Por otro lado, no hay tratamientos farmacológicos aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA), siendo el único dispositivo médico aceptado el *EROS-CTD*, un artefacto que estimula el clítoris (McGloin y Carey, 2006).

A través de la masturbación, la mujer puede llegar a ser más consciente de su excitación y placer sexual y esto se puede generalizar a los encuentros sexuales con la pareja (Althof et al., 2005). Además, su éxito como tratamiento sugiere que la falta de estimulación

adecuada es un importante factor etiológico de la anorgasmia (Brotto et al., 2010). De hecho, la masturbación es a menudo la forma más efectiva de aprender qué estimulación induce a conseguir el orgasmo (Kingsberg y Knudson, 2011) y, además, ayuda a aumentar el repertorio de situaciones donde se puede conseguir (Pereira et al., 2013), teniendo una tasa de éxito del 88 al 90% (Redelman, 2006).

En los servicios de atención primaria se recomienda el modelo PLISSIT para ofrecer una intervención inicial de las disfunciones sexuales, que consiste en dar permiso para discutir estos temas, ofrecer información acerca de la sexualidad, sugerir intervenciones iniciales y realizar una terapia más intensiva si se estima necesario (Kingsberg y Knudson, 2011). En este caso, se considera importante ofrecer educación a la paciente sobre la función sexual y la anatomía de las estructuras fisiológicas relacionadas con ella (Frank et al., 2008).

La revisión que se ha presentado cuenta con una serie de limitaciones que conviene destacar. En primer lugar, se ha puesto el foco en los factores psicosociales que explican la anorgasmia y las dificultades orgásmicas. Aunque existe evidencia apoyando el gran peso de los mismos, sería conveniente incluir también los factores biológicos, para ofrecer una visión más integrada de este fenómeno. En segundo lugar, no se ha realizado un análisis lo suficientemente profundo acerca de las diferencias culturales y del ciclo vital que pueden influir en la anorgasmia y convendría seguir en esta línea. Por último, existe una limitación respecto a la literatura existente en el área, en cuanto a la falta de consenso sobre las concepciones del orgasmo y la etiología de la anorgasmia, así como en relación a la normatividad representada, no incluyendo en los estudios a personas de diferentes orientaciones e identidades sexuales y de género.

A pesar de estas limitaciones, el estudio realiza algunas aportaciones importantes. En primer lugar, hay que tener en cuenta la diversidad respecto a cómo las mujeres experimentan el orgasmo y sus dificultades, ya que hay algunas que sienten malestar por ello y otras no. En segundo lugar, existe una gran diversidad de factores que tienen que ver con el desarrollo y el mantenimiento de la anorgasmia y por ello, es necesario realizar una completa evaluación biopsicosocial que arroje luz sobre los factores involucrados en el caso de cada mujer. Tercero, los factores psicosociales parecen tener un gran peso a la hora de explicar esta condición. Por último, teniendo en cuenta estos datos, es necesario comprobar la eficacia de los diferentes tratamientos e individualizarlos para ofrecer las intervenciones adecuadas en cada ocasión.

La salud sexual es algo que se debe tener en cuenta, por su papel fundamental en la salud general y en la calidad de vida. La anorgasmia, de igual manera, es una condición que

afecta a múltiples ámbitos de la vida de la mujer, deteriorando cuestiones tan importantes como su autoestima, sus relaciones sexuales y generales y provocando sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y ansiedad. Aunque las mujeres no tengan un diagnóstico, pueden igualmente sufrir esa preocupación por sus dificultades orgásmicas. Por ello, se debe ofrecer información consistente en relación a este fenómeno y sus factores asociados, para poder brindar intervenciones eficaces y ajustadas a cada caso y poder asegurar el bienestar y la calidad de vida que tiene que ver con la experiencia sexual de la mujer.

Referencias

- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., ... Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 793-800.
- Althof, S. E. y Needle, R. B. (2013). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arabian Journal of Urology*, 11, 299-304.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Mundial para la Salud Sexual (2014). *Declaración de los Derechos Sexuales*. Recuperado el 30 de abril de 2019, de <http://www.worldsexology.org>
- Barbach, L. G. (1974). Group of treatment of preorgasmic women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1, 139-145.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire arousal and sexual pain disorders too broad and our definition to orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 289-300.
- Bowman, C. P. (2014). Women's masturbation: Experiences of sexual empowerment in a primarily sex-positive sample. *Psychology of Woman Quarterly*, 38, 363-378.
- Brotto, L. A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S. y Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 71, 584-614.
- Burri, A. V., Cherkas, L. M. y Spector, T. D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1930-1937.
- Frank, E. F., Mistretta, P. y Will, J. (2008). Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician*, 77, 635-642.
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T. y Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 915-933.
- Graham, C. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 256-270.
- Greydanus, D. E. y Matytsina, L. (2010). Female sexual dysfunctions and adolescents. *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 22, 375-380.
- Harris, J. M., Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J. R. y Spector, T. D. (2008). Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in

- heterosexual women: A population-based study. *International Journal of Sexual Health*, 5, 1177-1183.
- Heiman, J. R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Archives of Sexual Behavior*, 31, 445-450.
- IsHak, W. W., Bokarius, A., Jeffrey, J. K., Davis, M. C. y Bakhta, Y. (2010). Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 3254-3268.
- Kelly, M. P., Strassberg, D. S. y Turner, C. M. (2004). Communication and associated relationships issues in female anorgasmia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30, 263-276.
- Kelly, M. P., Strassberg, D. S. y Turner, C. M. (2006). Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 81-95.
- Kingsberg, S. A., Althof, S., Simon, J. A., Bradford, A., Bitzer, J., Carvalho, J., ... Shifrin, J. L. (2017). Female sexual dysfunction-Medical and psychological treatments. *International Consultation on Sexual Medicine Report*, 14, 1463-1491.
- Kingsberg, S. A. y Knudson, G. (2011). Female sexual disorders: Assessment, diagnosis, and treatment. *CNS Spectrum*, 16, 49-62.
- Laan, E. y Rellini, A. H. (2011). Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy*, 26, 329-341.
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (2011). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13, 428-441.
- McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C. y Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *International Journal of Sexual Health*, 7, 327-336.
- McClelland, S. I. y Fine, M. (2008). Rescuing a theory of adolescent sexual excess: Young women and wanting. En A. Harris (Ed.), *Next wave cultures: Feminism, subcultures, activism* (pp. 83-102). Londres: Routledge.
- McGloin, L. y Carey, C. (2006). Orgasmic dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 33, 579-587.
- Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M. y Heiman, J. R. (2004). Women's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15, 173-257.

- Nekoolaltak, M., Keshavarz, Z., Simbar, M., Nazari, A. M. y Baghestani, A. R. (2017). Women's orgasm obstacles: A qualitative study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 15, 479-490.
- Nobre, P. J. y Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 325-342.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pereira, V. M., Arias-Carrión, O., Machado, S., Nardi, A. E. y Silva, A. C. (2013). Sex therapy for female sexual dysfunction. *International Archives of Medicine*, 6, 496-507.
- Rahman, S. (2018). Female sexual dysfunction among Muslim women: Increasing awareness to improve overall evaluation and treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 6, 535-547.
- Ramage, M. (2006). Female sexual dysfunction. *Psychiatry Clinics of North America*, 6, 105-110.
- Redelman, M. (2006). A general look at female orgasm and anorgasmia. *Sexual Health*, 3, 143-153.
- Rellini, A. H. y Clifton, J. (2011). Female orgasmic disorder. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 31, 35-36.
- Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2, 189-195.
- Rowland, D. L., Cempel, L. M. y Tempel, A. R. (2018). Women's attributions regarding why they have difficult reaching orgasm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44, 475-484.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.
- Walsh, K. E. y Berman, J. R. (2004). Sexual dysfunction in the older women. *Drugs & Aging*, 21, 655-675.
- Zapiain, J. G. (2013). *Psicología de la Sexualidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zielinski, R. E. (2013). Assessment of women's sexual health using a holistic, patient-centered approach. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58, 321-327.