

Síndrome de excitación sexual persistente

Existe un grupo reducido de personas en el mundo que viven una excitabilidad sexual diferente; experimentan sensaciones como calor, ardor, comezón, dolor en sus genitales, acompañadas o no de orgasmos repetitivos, sin que obtengan placer sexual con ellos; padecen lo que se ha denominado trastorno o síndrome de excitación sexual persistente.

POR: **Psicólogo Sexólogo Silvestre Faya**



Foto: Archivo Siglo Nuevo

Aunque hombres y mujeres buscan el placer del orgasmo en su vida íntima, quienes padecen el síndrome de excitación sexual persistente (SESP) no se sienten gratificados o aliviados con los orgasmos que experimentan de manera totalmente involuntaria.

La aparición de este trastorno es repentina y muchas veces sin una causa aparente, aunque se asocia a la compresión del nervio pudiendo después de una caída, una cirugía, parto, traumatismo físico por un choque automovilístico, o por la práctica de deportes como el ciclismo.

El trastorno de excitación sexual persistente consiste en la intrusiva, espontánea y no buscada excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. Esta excitación no se alivia con la consecución de orgasmos y las sensaciones persisten por horas o días.

ANÁLISIS DE UN CASO

Una paciente de 48 años de edad, de género femenino, con antecedentes de hipertensión arterial, que presentó la menopausia a los 43 años, acude a consulta por “sensación de roce y calor en la vulva” y “mucho deseo sexual”.

Dichas sensaciones aparecieron después de una histerectomía abdominal. Al día siguiente del postoperatorio comenzó a sentir sensación de roce y calor en la vulva y en el clítoris. El deseo sexual se incrementó de manera posterior a la cirugía y las relaciones sexuales con el esposo aliviaban los síntomas, aunque no completamente. Por tal motivo, aumentó la frecuencia de las relaciones sexuales y se masturbaba a escondidas de su pareja, con lo cual tampoco lograba alivio. Sus síntomas se agravaban al sentarse, y sólo obtenía algún grado de alivio al ponerse a caminar.

VALORACIÓN

El examen ginecológico fue normal y sus mamas y genitales correspondientes a una edad cronológica de 40 años. En la discusión multidisciplinaria del caso se plantea la hipótesis diagnóstica de una mono-neuropatía del nervio pudiendo por lesión iatrogénica durante la histerectomía.

El dolor de carácter neuropático en la región del clítoris, la vulva, el perineo y el ano es el síntoma fundamental que orienta a pensar en el síndrome de atrapamiento del



nervio pudiendo que la paciente interpretaba como “un aumento del deseo sexual”. La irritación neural le producía una excitación sexual persistente que buscaba ser aliviada mediante el coito.

Existen otras alteraciones que pueden aparecer junto al dolor neuropático por lesión del nervio pudiendo, como dispareunia (dolor durante la penetración vaginal); anorgasmia (incapacidad para alcanzar el orgasmo); y en el hombre, la disfunción eréctil. Tratamiento: médico y quirúrgico.

ACUDIENDO A VALORACIÓN SEXOLÓGICA

Hombres y mujeres por igual pueden llegar a presentar este trastorno, aunque se conocen un mayor número de casos en mujeres por los procedimientos ginecológicos asociados.

La ignorancia sobre el origen de este trastorno y la vergüenza asociada a atenderlo lo encubren y dificultan la atención médica, psicológica y sexual.

La forma en que muchas mujeres enfrentan esta excitabilidad sexual persistente, mediante el coito frecuente o la masturbación, hace que lleguen tardíamente a consulta interdisciplinaria y vean con pesimismo la posibilidad de encontrar un alivio.



El primer paso será aceptar la necesidad de ser ayudado en un trastorno sexual cuyo origen es oscuro y dejar a su ginecólogo, en el caso de la mujer, o a su urólogo, en el caso del hombre, para que mediante la exploración física e interrogatorio establezca un diagnóstico e implemente un tratamiento.

NO ES SUFICIENTE CON EL TRATAMIENTO MÉDICO

Aún reconociendo el origen físico de este trastorno, es necesario atender médica, psicológica y sexualmente a quien lo padece y a la pareja, ya que toda la dinámica sexual se ve alterada por este trastorno.

La mujer con síndrome de excitación sexual persistente, puede llegar a creer que es una “depravada sexual” y que tiene un apetito sexual incontrolable, cuando en realidad no es así. El hombre que llega a tener erecciones involuntarias y por varias horas, observara con recelo y vergüenza sus reacciones eréctiles frente a su familia, en el trabajo o mientras realiza cualquier actividad social. La autoimagen, confianza en sí mismo e incluso la intimidad con la pareja se ven atropelladas por la urgencia coital o masturbatoria de quien padece este trastorno.

La incapacidad para experimen-



tar saciedad orgásmica será otro elemento a valorar en la relación psicoterapéutica. La vida sexual en pareja deberá reeducarse una vez que mediante el tratamiento físico médico quirúrgico la condición se controle o elimine.

La capacidad para intimar a otro ritmo será uno de los primeros objetivos a alcanzar, una vez que la vida de pareja se normalice.

Recuperar el terreno perdido por estar enfrentando a un enemigo formidable requiere de un acompañamiento terapéutico conjunto, tanto de su médico, que deberá explicar el origen de este trastorno e imple-

mentar un tratamiento, así como la presencia y apoyo del psicoterapeuta y el sexólogo.

El desamparo emocional que sufre quien enfrenta esta condición, aun con un tratamiento médico efectivo, provoca que experimente un grado elevado de vulnerabilidad y temor a vivir una sexualidad que creyó perdida.

El papel de la pareja en este trance es de vital importancia, ya que su actitud comprensiva contribuirá a la recuperación de la confianza y la reanudación de una vida sexual íntima y satisfactoria. ♦

www.sexologosilvestrefaya.com