



# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Licenciatura en Medicina Humana

**Título:**

**Adolescencia.**

**Asignatura:**

**Sexualidad Humana.**

**Docente:**

**Dr. Maza Pastrana Hugo Ballardo.**

**Alumno:**

**William Vazquez Saucedo.**

**Semestre:**

**3° A**

**Comitán de Domínguez Chiapas; 06 de julio del 2020.**

. Las disfunciones sexuales son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas. Sus determinantes pueden encontrarse en una variedad de niveles de nuestra naturaleza humana, desde nuestra constitución biológica, con los avatares que sobre la misma producen muchas enfermedades, nuestra naturaleza psicológica, que reclama la integración armónica de nuestras potencialidades eróticas dentro de la totalidad de nuestra persona, la naturaleza del vínculo de pareja y el ambiente social y cultural ante el erotismo. Las disfunciones sexuales, tal como se describen en este trabajo, deben ser entendidas como síndromes ya que, como se verá, la multitud de procesos etiopatogénicos que las generan hacen imposible el hablar de enfermedades propiamente dichas. La experiencia clínica de los autores nos ha llevado a proponer que existen cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales:

Se trata de procesos de naturaleza erótica. Por erotismo entendemos a los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. Convencionalmente limitamos el concepto de disfunción sexual a aquellos procesos eróticos que tienen que ver con el funcionamiento del cuerpo, es decir, en los que se "activan" o se desean activar los procesos de la respuesta sexual; Son procesos que se consideran indeseables, es decir, existe acuerdo entre los miembros de una sociedad (o cuando menos entre los miembros de esa sociedad que elaboran las clasificaciones de salud) en que sería más deseable que las personas no vivieran sus procesos eróticos con las características de las disfunciones sexuales (por ejemplo sin orgasmos), en cuyo enunciado, descripción e intentos por tratarlos existe una afirmación sustentada en una ideología; Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas. Se presentan en la práctica clínica en forma de síndromes, es decir, se presentan como un grupo de síntomas permite la identificación de grupos de personas con síntomas similares pero no permite la identificación del tipo de causas que las determinan. En México el trabajo profesional en el tratamiento de los problemas de disfunción sexual tiene relativamente pocos años. La Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC), ha desarrollado un sistema de clasificación que integra las experiencias clínicas de atención institucional. La Clasificación AMSSAC intenta utilizar los mismos términos usados por las clasificaciones internacionales para tratar de reducir la confusión derivada de la existencia de diversos sistemas de clasificación y utiliza la conceptualización trifásica de Kaplan para ordenar la línea de pensamiento. Sin embargo, se distingue de los otros sistemas de clasificación en que: a) integra la propuesta de Bancroft en el sentido de que los fenómenos de la excitación sexual parecen tener tres niveles: uno genital (el de las respuestas genitales de erección penénea y lubricación vaginal), otro central (manifestado sobre todo por la sensación subjetiva de excitación) y otro que incluye los cambios fisiológicos extragenitales; esta distinción es particularmente clara en los problemas de excitación en donde consideramos la existencia de síndromes de excitación inhibida sin respuesta genital inhibida; b) incluye los problemas derivados del aumento en el deseo sexual, excluido del DSM IV porque en esos casos siempre es posible encontrar una enfermedad causante de la disfunción sexual, sin embargo, como la propuesta de clasificación es a nivel sindromático, pensamos que debe estar incluida en ella, c) Incluye una categoría de problemas usualmente clasificados como "otras disfunciones" identificando un factor común entre ellas: la presencia de algún proceso fisiopatológico que interfiere con los reflejos de la respuesta sexual (contracción muscular en el vaginismo, dolor en el caso de las dispareunias, angustia patológica en el caso de los síndromes de evitación que, por otro lado son erróneamente considerados como problemas del deseo sexual en otras clasificaciones).

[notice]Por ello, definimos a las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el

grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente.].

Temporalidad y globalidad-situacionalidad en los síndromes de disfunción sexual

Los síndromes de disfunción sexual pueden presentarse de diversas maneras de acuerdo a los criterios de temporalidad (¿cuándo aparece la disfunción sexual en el marco de la vida de la persona?) y de globalidad-situacionalidad (¿en qué circunstancias se presenta la disfunción?). El trabajo en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual ha permitido documentar como los síndromes disfuncionales de hecho aparecen como grupos de problemas clínicamente muy diferentes cuando se les clasifica en base a estos dos criterios. La temporalidad se clasifica en primaria, cuando la disfunción ha estado presente durante toda la vida del individuo; se denomina secundaria cuando el problema aparece después de un período de funcionamiento normal. La globalidad-situacionalidad se refiere al tipo de circunstancias que rodea la aparición de la disfunción usando las siguientes convenciones: un síndrome de disfunción sexual global es aquél que se presenta en todas las circunstancias de la vida del individuo en las que se esperaría una respuesta sexual y ésta se encuentra ausente, un síndrome de disfunción sexual parcial se refiere al tipo de afectación de la funcionalidad en el que las respuestas sexuales se encuentran presentes en la vivencia autoerótica pero dificultadas o ausentes en la experiencia interpersonal; por último la situacionalidad puede ser muy específica, en cuyo caso se habla de un síndrome de disfunción sexual selectivo, en el que la disfunción sexual aparece sólo ante determinada circunstancia, siendo la variación en pareja el más frecuente motivo de selectividad. La identificación de estas categorías facilita el trabajo diagnóstico. Las causas que han sido identificadas en el trabajo clínico de nuestra institución, así como las reportadas en la literatura especializada, se encuentran relacionadas en las tablas que llevan el título de "Relación de procesos etiopatogénicos en función de los ejes de temporalidad y globalidad" que para cada uno de los principales síndromes de disfunción sexual presentamos adelante. Las causas están agrupadas por tipo de proceso involucrado: biogénicos en los que la identificación de un proceso orgánico es posible y psicogénicos, en los que la presencia de procesos psicológicos que interfieren con la respuesta sexual es la más evidente.

Síndrome de deseo sexual hipoactivo

Definición y descripción. El síndrome de deseo sexual hipoactivo se caracteriza por una disminución o desaparición de la experiencia subjetiva del deseo sexual. En la mayoría de los casos, es el mismo paciente el que identifica la modificación de la forma en la que el deseo sexual aparecía previamente. En algunos pacientes, sin embargo, es necesario identificar otras manifestaciones del deseo como son los pensamientos sexuales, la búsqueda de actividad sexual y las fantasías sexuales. A diferencia de otros síndromes en los que aparece evitación por la actividad erótica, las personas con deseo sexual hipoactivo no sienten repulsión por la actividad sexual, simplemente no se presenta el antojo natural.

Frecuencia

El síndrome de deseo hipoactivo es una de las quejas más frecuentes en la clínica de los problemas sexuales. Con mucha frecuencia se encuentra asociado a otros trastornos de naturaleza médica o psiquiátrica o bien, a otras disfunciones sexuales. Los diversos estudios respecto a la frecuencia con la que se presenta este problema revelan que ocurre entre el 20 y 30 % de las personas que buscan ayuda para problemas sexuales. Una estimación de la prevalencia en la población general norteamericana realizada por Nathan en 1986 la ubica entre el 1 a 15 % para hombres y del 1 al 35 % para mujeres.

Etiología

En la práctica clínica se observan dos situaciones asociadas a la queja de bajo deseo que con mucha frecuencia explican el síndrome: la presencia de un trastorno depresivo asociado, por un

lado y, la presencia de conflictiva interpersonal en la pareja, por el otro. Además, una variedad de situaciones de naturaleza biogénica y psicogénica pueden encontrarse en la génesis de este problema: el uso de medicamentos (casi todos los antidepresivos por ejemplo), problemas hormonales como la deficiencia de testosterona y el incremento de prolactina y la presencia de enfermedades sistémicas graves; entre los factores psicogénicos además de los mencionados conflictos de pareja, en ocasiones problemas de desarrollo psicológico que condicionan temores a la intimidad o conflictiva con las imágenes masculinas o femeninas.

### Diagnóstico

El síndrome de deseo sexual hipoactivo requiere de una evaluación integral de los aspectos médicos y psicológicos que pueden estar determinándolo. La historia del trastorno así como una evaluación sexual completa y la realización de una historia clínica médica y psiquiátrica usualmente orientan la intervención terapéutica en forma eficiente. En general, un síndrome que es selectivo, es decir, que aparece sólo en circunstancias específicas como con una pareja o bajo condiciones de consolidación de la relación, apunta a la problemática psicológica; por otro lado, un síndrome globalizado, en el que el deseo ha desaparecido (o disminuido en forma importante) en forma generalizada, sin conservarse hacia nadie o bajo ninguna circunstancia apunta a los mecanismos biológicos como son la presencia de un trastorno afectivo (depresión) o la presencia de un problema hormonal.

### Tratamiento

El enfoque terapéutico requiere una intervención multi-modal.

La detección de un trastorno que explica el síndrome conlleva al tratamiento del primero. Así si se detecta una depresión, lo que hay que tratar inicialmente es ese trastorno, si se concluye que la conflictiva de pareja es la responsable de la inhibición del deseo, lo que hay que implementar es un tratamiento de terapia de pareja para abordar esta conflictiva. La terapia sexual con sus componentes de tareas de interacción sensual-erótica estructurada a la pareja en ocasiones es útil para la recuperación de la intimidad erótica en la pareja que ha visto lesionada su vida sexual por este problema.

Los enfoques terapéuticos originalmente desarrollados para tratar las disfunciones de fases genitales han sido utilizados exitosamente para el tratamiento de los problemas de deseo haciendo dos modificaciones substanciales: primero las intervenciones cognitivas y conductuales están específicamente dirigidas a aumentar el deseo sexual, segundo, las intervenciones tienen un contenido psicodinámico y de intervención en la dinámica de pareja de manera mucho más notable que en las otras disfunciones pues los pacientes con problema de deseo tienen problemas psicopatológicos y de relación muy frecuentemente.

Un mecanismo psicogénico inmediato observado con mucha frecuencia en los pacientes con problema de deseo es la aparición súbita de pensamientos que tienen un contenido anti-erótico y que funcionan de manera eficiente para "desconectar" al paciente de sus motivantes fisiológicos de deseo sexual. De esta manera se conforma un eficiente mecanismo que actúa sobre los reguladores "naturales" del deseo sexual. En estos casos se tiende a una idealización negativa del compañero o compañera sexual que facilitan la aparición de pensamientos poco agradables que terminan por sabotear la disponibilidad individual al acto erótico. Diversas estrategias se han usado para modificar este nivel de causalidad, mencionamos a continuación algunas de estas estrategias.

Aumentar la conciencia de los pacientes: es común que los pacientes supongan que su falta de

deseo es resultado de una “falta de química con su pareja” y que tengan muy poca conciencia de como en realidad ellos mismos inhiben el deseo con la aparición de los contenidos antieróticos de sus pensamientos. Así, un primer paso será el lograr que la persona reconozca su participación en la “desactivación” de su deseo. Cuando el paciente identifica el poder de las ideas antieróticas y se percató de que puede tener control sobre ellas. El tratamiento ha de dirigirse entonces a lograr que los pacientes aprendan a experimentar de manera cómoda los pensamientos sexuales con sus parejas. Esta estrategia en ocasiones puede ayudarse del uso de técnicas de relajación para lograr controlar la ansiedad o inclusive el uso de medicamentos ansiolíticos.

Existen una variedad de estrategias que son eficientes para aumentar el interés sexual en los pacientes, el uso de fantasías, la ayuda con materiales impresos con contenido sexual o la estimulación leve de los genitales. Las fantasías sexuales son la representación mental de un objeto sexual o una práctica sexual que excita a una persona y pueden llegar a ser un poderoso motivador de deseo sexual, son parte integral del desarrollo y la vida sexual humana.

### Disfunción eréctil masculina Definición

La Asociación Psiquiátrica Americana, en su Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), establece la posibilidad de una etiología mixta, psicológica y somática que tiende a ser coexistente, aunque admite alternativamente la primacía en cualquiera de estos factores; sin embargo, establece categorías diagnósticas diferentes en caso de que los aspectos somáticos sean predominantes (por ejemplo, uso de drogas o alcohol, o enfermedad médica concurrente)

Establece los siguientes criterios diagnósticos:

Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual;

La alteración provoca un malestar acusado o dificultades en la relación interpersonal;

El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I (que no sea disfunción sexual) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Como se puede observar desde el problema de definir la disfunción eréctil, el clínico se enfrenta con la disyuntiva de adjudicar categóricamente el origen del trastorno a factores psicológicos o somáticos. En la práctica lo más frecuente es encontrarlos de manera concurrente, en un traslape que requiere de un abordaje diagnóstico mixto, a fin de establecer de manera aproximada el peso relativo de los factores psicológicos y somáticos en el efecto final de la erección.