



**Alumna: Alina Anahíd Utrilla Moreno**

**CATEDRÁTICO: HUGO BALLARDO MAZA  
PASTRANA**

**Trabajo: ensayo sobre las disfunciones de la  
vida erótica**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**MATERIA: SEXUALIDAD**

**SEMESTRE: 3      GRUPO: A**

## DISFUNCIONES DE LA VIDA ERÓTICA

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. 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 enunciamiento, 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.

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.

**El síndrome de deseo sexual hipoactivo** se caracteriza por una disminución o desaparición de la experiencia subjetiva del deseo sexual, requiere de una evaluación integral de los aspectos médicos y psicológicos que pueden estar determinándolo. 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. 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.

**Disfunción erectil masculina** 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. La etiología biológica, o biogenicidad, de la disfunción eréctil se establece a través de la evaluación de la integridad y funcionamiento de los siguientes factores: anatómicos, endocrinos, neurales centrales y periféricos y vasculares

**Síndrome de anorgasmia femenina.** La ausencia de orgasmos es el dato cardinal del síndrome de anorgasmia femenina. Sin embargo, a diferencia de otros síndromes de disfunción sexual, las circunstancias en las que el orgasmo se ausenta tienen mucho mayor importancia para la comprensión clínica del síndrome que, muy probablemente, sólo tenga como factor común la ausencia o dificultad en el orgasmo. En ocasiones el orgasmo de la mujer se ve afectado por una disfunción sexual en su pareja por ejemplo la eyaculación precoz. La mujer necesita de estimulación continua para el logro de la excitación y el orgasmo, las interrupciones problematizan el alcanzar una respuesta sexual completa y una variedad de eventos psicológicos en el momento de

la vivencia erótica pueden actuar como interferencias: la auto-observación obsesiva, los compañeros sexuales poco cooperadores, la angustia. El tratamiento de la anorgasmia es complicado porque toca muchos aspectos de la historia, identidad, género, represión sexual, una educación con culpas frente a la sexualidad, información, erotismo y el afecto, especialmente el símbolo de lograr el orgasmo es en cada mujer diferente y muy frecuentemente se relaciona con baja autoestima, poco conocimiento de su cuerpo y sus sensaciones, miedo a la experiencia sexual, miedo a lo desconocido, con frecuencia el temor a perder el control, la locura de sentir, “demasiado”, de que les guste mucho y se conviertan en mujeres “malas” de esas que si les gusta la sexualidad, que” no puedan controlar sus excitaciones y deseos,” el no darse permiso a disfrutar el placer, en fin las historias particulares son básicas en el desarrollo psico-sexual de cada una de las mujeres u hombres es por ello que el tratamiento tiene una secuencia. Se les recomienda contacto físico con la pareja como masajes o el intercambio de masajes sensuales, sin tocar los genitales y cada vez los ejercicios psicoterapéuticos se van realizando con la pareja.

**Síndrome de eyaculación precoz.** “condición en que el hombre llega a la eyaculación antes de lo que él quisiera”. (Hastings). la eyaculación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes que la persona lo desee”, y recomienda al clínico que tenga en cuenta factores determinantes en la duración de la fase de excitación, como la edad, las parejas, la frecuencia de la actividad sexual y situaciones nuevas.

Causas. Las pruebas clínicas sugieren que la dificultad en el control eyaculatorio tiende a estar íntimamente asociada a la presencia de ansiedad durante el acto sexual. A causa de la enorme prevalencia de la ansiedad, así como de sentimientos de culpa, el coito inicial (en lucha con los tabúes del sexo prematrimonial) se efectúa, habitualmente, en un clima de tensión, prisa y miedo a ser descubierto. Fue Helen Kaplan quien sugirió la hipótesis, más digna de crédito al respecto: de que el hombre que eyacula en forma prematura no ha aprendido a controlar su eyaculación, debido a que no logra la identificación de las sensaciones que preceden de inmediato al orgasmo.

**El vaginismo** es un síndrome que se caracteriza por la contractura involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina en el momento que se intenta la penetración, el introito vaginal se cierra literalmente de golpe, hasta el punto en que es imposible el acto sexual, la contractura puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración). En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular; por lo que en ocasiones las pacientes con vaginismo suelen ser también fóbicas al coito y a la penetración en la vagina (tampones, espéculos,

dedos). Esta evitación fóbica hace que los intentos del coito sean desagradables y dolorosos. De ahí que el vaginismo sea una causa de matrimonios no consumados incluso después de muchos años y de infertilidad. El diagnóstico se basa en la descripción que hace la paciente de su encuentro sexual, donde manifiesta el fracaso que presenta en la relación sexual cuando su pareja intenta la penetración vaginal. Esta situación puede ser confundida en el momento de la exploración pélvica. Usualmente estas mujeres están tensas y temerosas; sus molestias, evitaciones y tensiones se intensifican al ser colocadas en posición ginecológica para corroborar o descartar el diagnóstico. Actualmente se recomienda una terapia sexual donde se identifiquen los conflictos psicológicos que pueden estar involucrados en la presentación del síndrome. Así como la elaboración de técnicas específicas de desensibilización para eliminar la contractura.

**Síndromes de dolor sexual (Dispareunia).** se caracteriza por la presencia de dolor durante el coito. Es importante señalar que no existen condiciones en las que el dolor pueda considerarse normal.

Cualquier patología que cause inflamación de los órganos pélvicos puede explicar el síndrome doloroso. Las deficiencias estrogénicas que ocurren por ejemplo en la menopausia al presentarse un adelgazamiento de las paredes de la vagina ocasionando dolor durante el coito. Los traumatismos, lesiones producto de cirugías, endometriosis, infecciones vaginales, uterinas, de vías urinarias o de zonas circunvecinas. La dispareunia también puede presentarse en el sexo masculino; y las causas pueden ser: la estrechez del prepucio, que impide parcial o totalmente la exteriorización del glande; la enfermedad de Peyronie (endurecimiento de los cuerpos cavernosos); una inflamación o constricción de la uretra o una hipertrofia prostática. Generalmente el abordaje de este problema es multidisciplinario (con la participación de un equipo especializado tanto de urólogos, ginecólogos como terapeutas sexuales).

**Síndrome de evitación sexual y trastorno por angustia sexual (fobia sexual).** El punto central es esta disfunción es la evitación activa del contacto sexual con la pareja y la aparición de una reacción que puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo ante la posibilidad de un encuentro erótico. Es importante la identificación del proceso patológico que presenta la evitación sexual a través de un diagnóstico integral. Cuando la presencia de síntomas ansiosos obstaculiza el trabajo psicoterapéutico y en otros casos se diagnostica un trastorno de ansiedad concomitante es importante el uso de psicofármacos, de acuerdo a la evaluación de las características del caso se recomienda utilizar antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptura de serotonina, así como algunos benzodiazepinas. La medicación permitirá quitar los síntomas que molestan al paciente y que bloquean el abordaje de conflictos psicológicos profundos y los procesos de desensibilización a través de técnicas sexuales específicas.

## BIBLIOGRAFÍA:

♥ <https://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-sexuales/>