

**Nombre del alumno: Jonatan
Emmanuel Silva López**

**Nombre del profesor: Dr. Hugo
Ballardo Maza Pastrana**

**Nombre del trabajo: Disfunciones de
la vida erótica (Ensayo).**

Materia: Sexualidad Humana

Grado: 3.

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de Octubre de 2020.

Disfunciones sexuales

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.

Cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales:

1. 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;
2. 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;
3. Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.
4. 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. La identificación de estas categorías facilita el trabajo diagnóstico.

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.

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.

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 haciéndoles 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 paciente 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.

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 percata 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:

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)

Criterios diagnósticos:

1. Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual;
2. La alteración provoca un malestar acusado o dificultades en la relación interpersonal;
3. 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.

Etiología biológica

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:

- a) anatómicos
- b) endocrinos
- c) neurales centrales y periféricos
- d) vasculares

En cuanto al aspecto anatómico hay que considerar la integridad del área pélvica, en sus partes óseas y fibromusculares, así como el adecuado tono de los músculos que forman el piso pélvico. Traumatismos graves en esta zona pueden ocasionar problemas de dolores al momento de darse la excitación lo que actúa bloqueando la erección de manera refleja.

Los factores endocrinos se refieren a dos aspectos; el primero relacionado con la acción de hormonas sexuales, y el segundo consiste en hormonas centrales que afectan su acción en el momento de la excitación sexual.

Los esteroides sexuales como la testosterona y los andrógenos, requieren de niveles adecuados (p. ej. la testosterona debe ser mayor de 3 picogramos por mililitro) para el desarrollo de una adecuada libido y potencia eréctil. La testosterona libre se metaboliza a dihidrotestosterona (DHT) por la acción de la alfa-5-reductasa, esta transformación incrementa su actividad hormonal y sus efectos físicos específicos.

Este paso metabólico puede ser alterado o bloqueado por cambios en hormonas centrales como la prolactina, la cual compite adicionalmente por los receptores a la testosterona en el órgano blanco de la erección y también a nivel cerebral causando inicialmente una importante depresión de la libido.

Adicionalmente la acción de otras hormonas sistémicas como la hormona tiroidea puede afectar la velocidad de metabolización a DHT, por ejemplo al producirse un hipotiroidismo bajaría la conversión; por el contrario, al darse un hipertiroidismo puede generarse un incremento paralelo de las proteínas que transportan (y fijan) a las hormonas sexuales, lo que lleva a una disminución de la fracción libre (y metabolizable) de testosterona. En ambos casos se produce una disfunción eréctil por esta causa.

La hormona luteinizante en el hombre estimula a las células de Leydig (HECL) para la secreción de testosterona. La disminución de la HECL provoca una condición de hipogonadismo hipogonadotrópico, en el que es común encontrar disfunción eréctil de toda la vida, con un tipo generalizado.

En cuanto al sistema neurológico podemos abarcar dos grandes rubros: los daños en el sistema nervioso central y los daños en los nervios periféricos.

Los nervios periféricos son tanto de carácter simpático como parasimpático, estos últimos son los que se han implicado principalmente en la función eréctil. Lesiones en la región lumbosacra de la columna vertebral pueden dar lugar a la pérdida de erecciones voluntarias y a la presentación de erecciones reflejas a los estímulos locales (como el roce del pantalón) en el área genital.

La degeneración neuronal periférica propia de enfermedades desmielinizantes, o la acción similar de ciertos tóxicos, drogas y alcohol, puede dar lugar a que se presente pérdida paulatina e irreversible de la función eréctil.

La sección quirúrgica de los nervios parasimpáticos erigentes puede ser una iatrogenia resultado de un accidente al realizar resecciones prostáticas, o de ganglios retroperitoneales. Otro factor igualmente importante puede ser la irradiación pélvica con fines antineoplásicos.

Otro aspecto de la iatrogenia en el origen de las disfunciones eréctiles puede ser el uso de diversos fármacos. Esto se puede deber a su efecto directo como en el caso de los tranquilizantes, los anticolinérgicos o los medicamentos con efecto anticolinérgico como los antidepresivos tricíclicos y ciertos antipsicóticos (tioridacina) los cuales alteran el inicio bioquímico de la erección. O al efecto observado en otros sistemas necesarios para una correcta erección, caso de algunos antihipertensivos como ejemplo.

En cuanto a los vasos sanguíneos se puede dividir su etiopatogenia en la derivada de los vasos arteriales y los venosos. Se debe recordar que el flujo sanguíneo hacia el cuerpo cavernoso depende de la apertura de minúsculos esfínteres arteriolares, los cuales se dilatan bajo la acción de diversos neurotransmisores, por otra parte la potencia eréctil se obtiene al lograr establecer una diferencia a favor entre el flujo de ingreso arterial y la salida al sistema venoso.

La biogenicidad arterial deriva del debilitamiento y oclusión de este sistema, que puede observarse en aterosclerosis, trombos, aneurismas y también en el engrosamiento del vaso sanguíneo en el paciente hipertenso, su efecto es la reducción paulatina de flujo de ingreso y de ahí el enlentecimiento de la erección y su posterior anulación. Una causa poco frecuente de disfunción eréctil la constituye el síndrome de secuestro, el que se presenta mientras se realizan posiciones de coito que implican un gran esfuerzo en los músculos del muslo y la pierna, pues la sangre que debiera llenar el cuerpo cavernoso del pene, se dirige a dichos músculos, por una característica hereditaria de la arteria ilíaca interna de ciertos sujetos.

El sistema de exclusas que constituyen los cuerpos cavernosos y esponjoso del pene, puede encontrarse congénitamente alterado, dañarse por traumatismos o presentar reblandecimiento de las fascias que generan la división de los compartimientos, esto puede derivar en puentes arteriovenoso anormales que dan lugar a una erección que nunca llega a ser completa.

Finalmente, el sistema de drenaje venoso del pene y del área pélvica, tiene pequeñas válvulas que permiten contener cierta presión de salida, el mal funcionamiento o reblandecimiento de estas válvulas origina una erección muy inestable que antes de alcanzar su plenitud, comienza a declinar.

Etiología psicológica:

La psicogenicidad de la disfunción eréctil ha sido abordada por casi todas las escuelas del pensamiento psicológico contemporáneo.

Las teorías psicodinámicas modernas, plantean que la disfunción eréctil se origina en conflictos pre-édipicos, como por ejemplo, fallas en el proceso de separación e individuación del sujeto; también puede originarse en culpas graves por la actividad masturbatoria durante la adolescencia. Por otra parte en los sujetos con relaciones de pareja, la disfunción eréctil es provocada por crisis en etapas de la vida, como serían el deterioro de la relación de pareja o la viudez.

La escuela conductista moderna, propone que el bloqueo de la respuesta de excitación sexual se da como efecto de la intensa angustia de desempeño del sujeto, dicha angustia se fundamenta en las demandas de ejecución sexual autoimpuestas o derivadas de su compañía sexual. Este planteamiento supone que la ansiedad acompañante al acto sexual, deriva del aprendizaje de respuestas inadecuadas frente a una pareja sexual percibida como exigente.

La escuela cognitiva plantea la existencia de una serie de libretos (scripts) o creencias irracionales, que interfieren con la respuesta eréctil del varón. Por ejemplo, la idea de que el pene funciona de forma similar a una máquina y debería de responder siempre que su dueño lo desee independientemente del contexto emocional del sujeto y de la pareja con quien esté. Otros mitos incluyen 1) que el deber del hombre es satisfacer a la mujer a como dé lugar; 2) que el tamaño y firmeza del pene son determinantes en la satisfacción de la mujer; 3) que la penetración es la parte favorita del acto sexual para las mujeres; 4) que el hombre siempre desea y está listo para el sexo; 5) que una vez que la mujer conoce el sexo se vuelve insaciable y lo exige y 6) que con la edad todos los hombres pierden la potencia de sus erecciones.

La escuela de la nueva terapia sexual de la psiquiatra norteamericana Helen Kaplan hace una integración novedosa de los aspectos psicodinámicos, al plantear el uso de técnicas diversas al psicoanálisis, como serían las de gestalt y de modalidad conductual. Esta teoría plantea que el conflicto psicológico (considerado la causa profunda) aunque se encuentra enraizado en el inconsciente, puede ser advertido a través de manifestaciones mentales perceptibles por el sujeto (causa inmediata). La interacción de causas profundas de tipo intrapsíquico e interpersonal (diádico) bloquean la respuesta sexual normal, resultando en la pérdida de la erección. Un concepto interesante de esta escuela, es el del “equilibrio sexual”, en el que estima que cada parte de la pareja aporta para que se presente la disfunción sexual, remarcando así la importancia del contexto emocional.

La teoría sistémica (teoría de los holones de la sexualidad) propuesta por el sexólogo mexicano Eusebio Rubio entiende a la disfunción eréctil como la manifestación integradora de los conflictos de interacción entre diferentes niveles del holón o subsistema del erotismo y de éste con los que

comprenden la reproductividad, la identidad de género y especialmente la vinculación afectiva del sujeto.

Epidemiología:

Los trastornos de la erección por un origen biogénico tienden a presentarse con mayor frecuencia a edades avanzadas, el primer informe Kinsey reportaba una prevalencia del 25 % en varones a los 65 años y de 75 % al llegar a los 80.

La presencia de enfermedades sistémicas aumenta su incidencia en el adulto, por ejemplo los diabéticos pueden presentar hasta un 30% de prevalencia a los 30 años de edad y alcanzar un 70 % a los 50 años de edad.

La disfunción eréctil se mantiene como el tercer diagnóstico más frecuente en clínicas especializadas en sexología y es el primero en aquellas con orientación urológica. En la clínica de AMSSAC en México D.F. correspondió al 20 % de los diagnósticos en 224 sujetos masculinos.

Los sujetos jóvenes y adultos sin enfermedades sistémicas ni adicciones, presentan con mayor frecuencia problemas de la erección con causas psicológicas.

Curso:

Las diversas formas del trastorno de la erección presentan diferente curso, y la edad de inicio varía de manera sustancial. Los pocos individuos que nunca han sido capaces de tener una erección suficiente como para realizar el acto sexual completo, padecen un trastorno crónico para toda la vida. Los casos adquiridos remiten espontáneamente en un 15 a 30 % de los casos. Los casos de tipo situacional pueden depender del compañero.

Diagnóstico:

Cuando se sospecha una biogenicidad predominante es adecuado seguir un flujo diagnóstico en el que inicialmente se hace una adecuada anamnesis del síntoma, sus acompañantes y sus desencadenantes. En la exploración física, se debe comprobar los pulsos periféricos, la sensibilidad periférica y hacer un somero chequeo de las presiones arteriales tanto braquial como del pene (éste deberá tenerla un poco mayor que aquella). Se debe solicitar un perfil hormonal (prolactina, testosterona, LH y FSH). Se debe dejar al final las pruebas con vasodilatadores (prostaglandina E1, o papaverina) y los estudios de gabinete como el hemodinámico (doppler color del flujo peneano) o el neurofisiológico (potenciales evocados somatosensoriales del área pélvica-genital).

La falta de respuesta eréctil en la prueba de vasodilatadores puede ser una falsa positiva, causado por la angustia del sujeto al momento del estudio.

Por lo demás una ausencia de alteración tras este minucioso estudio, nos puede orientar hacia un trastorno con origen psicológico.

Tratamiento médico:

Se recomienda revisar en las páginas de los laboratorios correspondientes las nuevas aportaciones medicamentosas para el tratamiento de la disfunción eréctil, ya que este texto fue realizado en 1997.

Tratamiento psicoterapéutico:

En todos estos casos que implican biogenicidad, es importante recordar que el consultante es ante todo un ser humano, y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, atentan contra su autoimagen y autoestima, sus vínculos y su seguridad en el desarrollo de la respuesta sexual.

El psicoterapeuta debe ayudar al consultante a la consecuente información, educación y adaptación a las medidas comentadas para un óptimo resultado. Por ello, es frecuente que las unidades urológicas especializadas en trastornos de la erección, cuenten siempre con especialistas de salud mental para realizar esta importante misión.

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 mucha mayor importancia para la comprensión clínica del síndrome que, muy probablemente, solamente tenga como factor común la ausencia o dificultad en el orgasmo. En efecto, los determinantes de este problema suelen ser muy diferentes para la mujer que no ha tenido nunca un orgasmo (anorgasmia primaria global) cuando se compara con la mujer que únicamente se queja de no tener orgasmos durante el coito pero que puede tener orgasmos con la autoestimulación y con la estimulación manual de su compañero (anorgasmia secundaria selectiva). Esta advertencia inicial tiene la intención de prevenir las generalizaciones y de matizar la interpretación de los datos estadísticos.

Es importante detallar que el término “disfunción orgásmica” se usa para enfocarse en la inhibición del orgasmo de la respuesta sexual en este caso de la mujer. Las mujeres con esta condición se refieren a un bloqueo que sienten que no pueden lograr el “clímax” muchas veces refieren que están a punto de lograrlo pero que este se ve inhibido, en otras ocasiones no registran el sentirse cerca de él. Muchas mujeres fingen tenerlo generalmente para no hacer sentir mal a su pareja en otras ocasiones porque no lo consideraban importante en sus vidas.

Es de vital importancia que la mujer tenga el conocimiento y el compromiso de que su orgasmo es responsabilidad de sí misma no es algo que la pareja le tiene que proporcionar es importante que ella lo busque y que no esté esperando que la pareja se lo brinde, en muchas disfunciones sexuales se crean resentimientos en contra de la pareja pero no se lo comunican y prefieren inventar consciente o no cualquier pretexto para evitar el encuentro sexual.

El problema aquí es que hay un gran número de mujeres en las que el orgasmo coital no sucede si no existe una estimulación directa al clítoris. Hite en su conocido reporte anota que sólo el 30% de sus 3,000 mujeres quienes respondieron a su cuestionario reportaban tener orgasmos coitales sin estimulación directa al clítoris. Esta situación ha generado considerable controversia entre los profesionales pues, se argumenta, una mujer no debería ser clasificada como disfuncional por el solo hecho de que sólo alcanza el orgasmo mediante estimulación manual clitoridea y no durante la penetración peneano vaginal. Diversos investigadores han documentado la relativa ineficiencia del coito para producir orgasmo, cuando se compara con la estimulación directa (manual o por otras técnicas) al clítoris, otros se han ocupado de desarrollar técnicas coitales que incrementen la posibilidad de que la mujer tenga orgasmos en el coito. Algunos autores han salido de este problema evitando hacer el diagnóstico de anorgasmia secundaria selectiva al coito a menos que la mujer en cuestión esté interesada en modificar su vivencia erótica.

En algunas ocasiones hay factores físicos biológicos que facilitan la disfunción, en otras ocasiones son factores psicológicos o sociales que tiene que ver obviamente con la historia de vida y sobre todo con el género ya que a las mujeres se les enseña de una manera muy diferente lo que es la sexualidad y por lo general este aprendizaje es represivo lleno de culpas, mitos, desconocimiento y temores y sin apropiarse de su cuerpo y su sexualidad.

Después de la eyaculación precoz de los hombres la anorgasmia es hoy en día una de las demandas de la psicoterapia sexual más frecuente.

Frecuencia:

La frecuencia del síndrome de anorgasmia femenina ha sido objeto de muchos debates. Existen algunos estimados de la prevalencia del problema para la población norteamericana: Nathan estima la prevalencia de un 5 al 30 %, Kinsey encontró que hacia los 30-40 años de edad, el 10% de sus entrevistadas nunca había tenido un orgasmo. En la ciudad de México, De la Peña y Toledo encontraron que el que el 6.7 % de las mujeres que respondieron a su cuestionario (aplicado a población abierta) dijeron que nunca o casi nunca tenían orgasmos.. En nuestras series clínicas la anorgasmia femenina fue diagnosticada en el 29.9% de las 57 mujeres reportadas por González en 1993.

Etiología:

El síndrome de anorgasmia femenina puede estar originado en casos biológicos y psicológicos. Es notable nuestra carencia de conocimientos respecto a las posibilidades biológicas. Se ha considerado en general que la respuesta sexual femenina es mucho más “resistente” a la presencia de enfermedades físicas que la respuesta sexual masculina, sin embargo es bien sabido que enfermedades como la diabetes mellitus afectan frecuentemente la capacidad de la mujer de experimentar orgasmos, lo mismo sucede con las enfermedades que cursan con neuropatía y las alteraciones endocrinas. En general, si la condición anorgasmica ha existido de por vida, la practica actual es el suponer que los factores son más bien de tipo psicológico, cuando después de un periodo de funcionamiento erótico satisfactorio la mujer pierde la capacidad de tener orgasmos, la búsqueda de posibles factores biológicos debe hacerse con mucho más cuidado.

Causalidad psicológica:

Los mecanismos psicogénicos que pueden contribuir a esta disfunción los podemos clasificar en inmediatos y profundos.

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 por la actividad erótica, la rabia o sentimientos de hostilidad hacia su pareja, por mencionar solo algunos de ellos. Entre los mecanismos profundos más comúnmente observados esta los que son consecuencia de la represión sexual durante el desarrollo. La introyección de valores culturales como la doble norma de

moralidad sexual, en la que la mujer buena es vista como una mujer asexual que no goza ni se interesa por la actividad erótica hace que la vivencia de las sensaciones eróticas y el necesario abandono corporal para la experiencia orgásmica despierten en la mujer angustias y dificultades para “perder el control” que se traducen en las interferencias que se explicaban arriba.

Tratamiento:

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, aunque como cada caso es particular no hay una sola respuesta. Muchas mujeres permanecen calladas durante años ya que su respuesta sexual no se ve afectada ni el deseo, ni la excitación y su respuesta a la lubricación puede ser abundante y presentarse toda la respuesta vasocongestiva, sus sensaciones son de gran placer pero en la fase de la meseta o al finalizar esta, llega el momento de se detienen “se termina sin terminar” esto es independiente de la intensidad del estímulo y del placer así como de la excitación que han sentido, el orgasmo suele darse entre más sea el estímulo y la excitación pero en la mujer pre orgásmica son elementos diferentes, el umbral del orgasmo y de la excitación son distintos, en ocasiones hay mujeres que no se excitan tan intensamente pero que logran su orgasmo.

Se recomienda evaluar la posibilidad de que exista un trastorno de la afectividad, ya que los trastornos sexuales pueden ser síntomas de la depresión o presentarse como efecto secundario al tratamiento farmacológico de los antidepresivos, en la actualidad se encuentran en el mercado diferentes antidepresivos que tienen el mínimo de efectos secundarios sobre la sexualidad. Cuando llegamos al diagnóstico de un trastorno depresivo encontramos con mayor frecuencia, poco interés en la otra persona, temor al placer miedo a lo desconocido y al vínculo, “la entrega a la otra persona”. Temor a merecer placer y bienestar.

En el marco del tratamiento es importante informar a la paciente que el reflejo orgásmico esta inhibido por falta de conocimiento y practica pero que no se ha perdido en forma definitiva, también es fundamental explicar que el orgasmo es una sensación muy placentera pero hay que colocarla en su

dimensión real, es decir, desmitificarla ya algunas mujeres creen que obteniendo el orgasmo van a advertir sensaciones “extrañas”, “fuertes” o “inmanejables” y que les puede cambiar la vida, impidiendo el control de su excitación, deseos o miedo a la locura. Es primordial motivarla para que se dé permiso y se posibilite la experiencia tan placentera del climax o el orgasmo.

Para los casos de anorgasmia primaria, en la que los orgasmos no han sido reconocidos por la mujer, el uso de un programa de experiencias de autoreconocimiento morfológico, sensual y erótico es muy eficaz.

El primer paso es hacer que conozca y reconozca todo su cuerpo desnudo mirándose al espejo y lo haga parte de ella y no como algo distante el cuerpo se tiene que reconocer como ella conoce cuidadosamente su cara, después se le pide que con un espejo mire sus genitales y explique sus sensaciones, estos ejercicios se tiene que realizar en absoluta privacidad con el ambiente que ellas requieran , en su habitación y con el tiempo suficiente para no ser interrumpidas o que tengan que realizar otras actividades, posteriormente se les indica que toquen sus genitales para reconocer las formas y texturas, una vez realizados estos ejercicios se les pide que reconozcan las sensaciones, posteriormente que introduzcan un dedo en su vagina es aconsejable recomendarle un lubricante con base en agua y soluble en agua y busquen más sensaciones en la autoestimulación. También se les solicita que contraigan los músculos abdominales y perineales en los momentos que sientan más placer en algunas ocasiones se les recomienda que utilicen un dildo o vibrador para estimular sus genitales y facilite el orgasmo. Las fantasías eróticas son recomendables o cualquier herramienta que les facilite la excitación.

Además del uso de este tipo de programas de autoreconocimiento, es recomendable enmarcar los descubrimientos y dificultades encontradas por la mujer en el contexto psicoterapéutico. La dificultad que va apareciendo en el tratamiento es conveniente interpretarlas desde la panorámica de desarrollo psicológico y sexual de la mujer en particular, así como las dificultades que encuentran su origen en la dinámica de la pareja.

Síndrome de eyaculación precoz:

Eyaculación precoz es “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.

La medida crucial de la prematuridad (para nuestro momento) es la ausencia del control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio, independientemente de si ha habido penetración o no, o si ocurre antes de que la mujer llegue o no al orgasmo.

Frecuencia:

Aunque no se dispone de estudios adecuados sobre la incidencia de la eyaculación precoz, la experiencia clínica indica que es la más frecuente de todas las disfunciones sexuales masculinas. En México se han confirmado estas apreciaciones: Rubio y Covian en 1991 reportan el síndrome de eyaculación precoz como el más frecuentemente hallado entre las disfunciones en varones en AMSAC con el 31%. Nathan en 1986 estimó su prevalencia en un 35% de la población norteamericana. Entre los jóvenes de los Estados Unidos se ha reportado una prevalencia de este síndrome hasta del 50% en los estudios realizados por Frank, Anderson y Rubinstein en 1978.

El síndrome de eyaculación precoz ocurre en los hombres de todos los niveles socioeconómicos y parece no haber relación alguna entre éste y cualquier conflicto sexual específico o alguna forma particular de psicopatología. La frecuencia con la que se consulta por este problema refleja en gran parte el clima social y las costumbres sexuales de la época. Es más probable que durante la época victoriana, cuando las mujeres respetables no podían disfrutar el sexo, los hombres con tendencia a la eyaculación precoz apenas se preocupaban por ésta. Más aún, es probable que tales esposas estuviesen despreocupadas de la brevedad e incluso la agradecieran. Actualmente, con el mayor conocimiento de la mujer sobre sus propias capacidades y su derecho al placer sexual, la existencia de la eyaculación precoz se ha hecho más patente, y las demandas terapéuticas más frecuentes.

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. Los hombres jóvenes de la actualidad tienen su primer encuentro sexual con muchachas de su grupo; a menudo estas experiencias tienen lugar en un automóvil estacionado, en peligro inminente de ser descubiertos por la policía, o en el dormitorio de la chica, donde en cualquier momento podría entrar el padre. En otras ocasiones, este primer coito se realiza con prostitutas que, por razones obvias persiguen un rápido desenlace. Además si el joven pertenece al grupo que concede importancia a la satisfacción femenina, la rapidez eyaculatoria desarrolla ansiedades ligadas al funcionamiento sexual.

Tratamiento:

La experiencia de la psicoterapia sexual en forma individual, de pareja, así como grupal, ha dado resultados por demás exitosos en este tipo de disfunción. Entre los aspectos basados en el manejo de los holones de la Teoría General de Sistemas de manera suscita a tratar en estas tres formas de abordar el problema, se encuentran: la dificultad para reconocer la disfunción; valorar la problemática que esta disfunción causa en la pareja; experiencias sensoriales reestructuradas que, dentro de otros objetivos, tienen el de disminuir la angustia, aparte de estimular la comunicación sexual, y el mejoramiento de la calidad en la relación afectiva y cotidiana.

Se deberá trabajar sobre el reconocimiento del cuerpo y su sensualidad, sobre las experiencias de reestructuración erótica, cuyo objetivo es el aprendizaje del control eyaculatorio, por medio de tareas de autoestimulación para conseguir el control del reflejo eyaculatorio, fomentando la percepción de las sensaciones genitales durante la fase de excitación intensa, en la cual se presentan las situaciones que preceden al orgasmo.

Síndrome de Vaginismo:

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.

Causas orgánicas:

Cualquier patología de los órganos pélvicos que en el momento presente haga dolorosa la penetración en la vagina o el acto sexual, puede constituir la base para que se establezca una respuesta de vaginismo. Entre los factores físicos que producen el vaginismo más comúnmente citados en la literatura son: himen rígido, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, atrofia senil de la

vagina, relajación de los ligamentos uterinos, tumores pélvicos, patologías obstétricas (partos distócicos), estenosis de la vagina, carúnculos uretrales, hemorroides, entre otras.

Algunas de estas causas no involucran directamente el introito vaginal; sin embargo, pueden causar dolor durante la relación sexual y producir reacciones negativas a la penetración vaginal y, de esta manera se establece un condicionamiento negativo traduciéndose en vaginismo.

Causas psicológicas:

Actualmente se identifica al vaginismo (espasmo involuntario) como una respuesta condicionada por la asociación de estímulos aversivos: dolor, temor, daño por los intentos de penetración vaginal o incluso con fantasías alrededor de la penetración, las cuales son desagradables, hostilidad del compañero o la intuición de un posible daño provocado por la penetración, debido a la falta de información, pueden convertirse en estímulos aversivos.

En la etiología de este síndrome pueden intervenir una variedad de factores psicológicos tales como experiencias traumáticas en la infancia (abuso sexual, entre otras).

En una terapia sexual será necesario abordar estos aspectos conjuntamente con técnicas específicas para eliminar la contractura.

Síntomas y trastornos asociados:

Es posible que las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo) no estén afectadas a no ser que se produzca o se piense en la amenaza de la penetración. Siendo este mecanismo suficiente para bloquear las fases de la respuesta sexual. El obstáculo físico debido al espasmo impide generalmente el coito. Por esta razón el vaginismo puede limitar la actividad sexual de la mujer y afectar las relaciones de pareja.

Curso:

El vaginismo primario (de toda la vida) tiene habitualmente un inicio repentino, se manifiesta durante los primeros intentos de penetración por parte de la pareja o durante el primer examen ginecológico. Una vez que ha aparecido el síndrome, el curso es generalmente crónico, a no ser que mejore con el tratamiento. El vaginismo adquirido puede también aparecer de repente en respuesta a un trauma sexual o una enfermedad médica.

Diagnóstico:

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.

El simple tacto de sus genitales externos les provoca reacciones negativas a la exploración. La palpación del rafé perineal en el introito revela contracción intensa del músculo pubococcigeo, además de la imposibilidad de la paciente para relajar esta zona. La mujer reconoce que sus músculos están contraídos. Dadas las dificultades que se presentan ante la exploración genital no es conveniente repetirlas hasta que haya desaparecido el síndrome a través de una terapia sexual.

Tratamiento:

Anteriormente y aún hasta nuestros días se sigue utilizando la cirugía como técnica para intentar corregir el vaginismo; sin embargo, no existe la indicación específica que justifique el abordaje quirúrgico, dado que con la intervención no se modifican los patrones de contractura muscular involuntaria. 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.

Se sugiere trabajar ambos aspectos a la par, con la finalidad de que se vean resultados a corto y mediano plazo evitando con esto la deserción terapéutica.

Síndromes de dolor sexual (Dispareunia)

Definición y descripción

La 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.

En la cultura mexicana es frecuente que se trasmita el concepto de que las primeras relaciones sexuales siempre son dolorosas dándole connotación de normalidad a la presencia de una disfunción sexual.

Este dolor puede presentarse en el momento de la penetración, durante la fricción en algunas posiciones específicas, con determinados movimientos. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor intenso.

La dispareunia es una disfunción que con elevada frecuencia tiene su origen en un trastorno físico.

Etiología: factores biogénicos

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.

Etiología: factores psicogénicos

Los procesos psicológicos profundos (antecedentes de abuso o algún evento traumático durante el desarrollo, entre otros) así como los conflictos de pareja (hostilidad, lucha de poder, etc.) desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, exacerbación y la persistencia de la dispareunia.

Estos procesos actúan interfiriendo con la respuesta sexual; específicamente en el caso de la dispareunia se identifica por ejemplo una falta de lubricación como consecuencia de un bloqueo psicológico en la fase de excitación que provoca dolor por la fricción del pene contra las paredes de la vagina.

Etiología: factores combinados

En la presentación de la dispareunia se pueden identificar tanto factores biogénicos como psicogénicos.

Lo que es importante señalar es que en la clasificación diagnóstica del DSM-IV cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de algunos fármacos) son suficientes como causa del trastorno, debe diagnosticarse como un trastorno sexual debido a una enfermedad médica y/o un trastorno sexual inducido por sustancias.

Curso:

Posiblemente después de la anorgamia la dispareunia sea la disfunción más común en las mujeres.

Esta disfunción llega a ser incapacitante pues la mujer puede vivir sin orgasmos, pero la presencia de dolor afecta su vida propia y de relación. El curso de la dispareunia tiende a ser crónico en la mayoría de situaciones.

Diagnóstico:

La investigación cuidadosa de los antecedentes patológicos, la exploración física y los estudios de laboratorio, permiten al profesional de la salud detectar si existe el síndrome doloroso y si existe descartar la presencia de factores biogénicos involucrados en la disfunción.

Paralelamente a este proceso se valorará la presencia de factores psicogénicos y sus implicaciones en esta disfunción.

Tratamiento:

Es frecuente que la mujer al experimentar dolor durante el coito acuda en busca de ayuda, ya que este síndrome le impide tener y disfrutar una relación sexual. En ocasiones hemos observado que la motivación presente para buscar ayuda es el deseo de un embarazo.

El tratamiento deberá ir encaminado a identificar la participación de procesos biogénicos y psicogénicos en la presentación de la disfunción.

Generalmente el abordaje de este problema es multidisciplinario (con la participación de un equipo especializado tanto de urólogos, ginecólogos como terapeutas sexuales).

Y se buscará la resolución a través de las vías necesarias de acuerdo a la etiología, con la finalidad de mejorar el funcionamiento global del individuo.

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.

Estos síndromes se han designado de distintas formas: evitación fóbica, aversión sexual y fobia sexual.

Dentro de la Sociedad Americana de Psiquiatría, el Comité a cargo de revisar la categoría de las disfunciones psicosexuales ha indicado que el trastorno por aversión al sexo se incluya en la edición del DSM IV bajo la categoría de Trastorno del deseo sexual: aunque en nuestra experiencia clínica observamos que la alteración del deseo se manifiesta secundariamente ante el desarrollo de un patrón evitativo y esto, no en todos los casos.

Y este trastorno lo definen como un malestar extremo, persistente o recurrente y la evitación de todos, o casi todos, los contactos sexuales genitales con la pareja sexual.

El DSM IV hace el diagnóstico diferencial de este trastorno con el de fobia específica, (sexual). El rasgo esencial es un miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar situaciones o emociones (sexuales). El sujeto reconoce que su miedo es excesivo e irracional en proporción con el riesgo real que implica la situación. La evitación fóbica (del sexo) es una fuente significativa de malestar y puede incapacitar al sujeto en su vida propia y en la relación.

Síntomas y trastornos asociados:

Existen individuos con formas graves de este trastorno que, ante una situación de tipo sexual, pueden sufrir crisis de angustia, con ansiedad extrema, terrores, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultades para respirar. Las relaciones interpersonales pueden estar gravemente afectadas. Estas personas pueden evitar situaciones de tipo sexual mediante diversas estrategias algunos ejemplos podrían ser: acostándose pronto, viajando, descuidando su habitus extremo, abusando de sustancias o volcándose excesivamente en actitudes laborales o sociales entre otras.

Diagnóstico diferencial y evaluación médica:

Es importante evaluar integralmente a los pacientes, que descartar que los síntomas de ansiedad o pánico (temblores, palpitación, dificultades en la respiración, mareos, etc.) no corresponden a manifestaciones de otras alteraciones médicas tales como hipoglucemia, arritmias cardiacas, hipertiroidismo, abuso de estimulantes del SNC o supresión de éstos.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos es fundamental la evaluación del estado mental del paciente para descartar trastornos obsesivo-compulsivos, depresión mayor, trastornos por estrés postraumático entre otros. También este trastorno puede estar asociado a otras disfunciones sexuales (por ejemplo dispareunia).

Evaluación psicológica:

Algunos autores señalan como factores predisponentes en la presentación de este trastorno a la angustia de separación en la niñez y la pérdida de objeto repentina así como la sensibilidad excesiva al rechazo y la intolerancia a los reproches.

Esto se observa clínicamente con mayor frecuencia en pacientes mujeres, y frecuentemente presentan otros trastornos de angustia como sería ataques de pánico.

Tratamiento:

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 antidepressivos tricíclicos o inhibidores de la recaptura de serotonina, así como algunas benzodiacepinas.

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:

- *Amssac. (2020). Disfunciones Sexuales . Amssac Asociación , 2-12.*