



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

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

**Nombre del trabajo: Disfunciones
de la vida erótica**

Materia: Sexualidad humana

Grado: 3

Grupo: A

El presente ensayo es acerca de las disfunciones sexuales. Hablamos de disfunción sexual cuando tienes dificultades para tener o disfrutar del sexo, y esta situación te preocupa. A las disfunciones sexuales a veces se les llama trastornos sexuales. El sexo puede ser una parte muy importante de tu salud y calidad de vida, por eso, tener disfunciones sexuales puede ser difícil física y emocionalmente. Los trastornos sexuales son muy comunes y en la mayoría de los casos se pueden tratar. Las disfunciones sexuales incluyen trastorno del deseo sexual hipoaditivo, disfunción eréctil (DE, por sus siglas en inglés), trastorno orgásmico o disfunción orgásmica, vulvodinia, trastorno de excitación genital, eyaculación precoz, Hay muchas cosas que pueden provocar una disfunción sexual y para muchas personas existe más de una causa. Las causas más comunes incluyen cosas como: estrés miedo y ansiedad relacionado con el sexo consumo de tabaco, alcohol y drogas niveles hormonales problemas de salud mental (por ejemplo, depresión haber experimentado agresión sexual o trauma en el pasado problemas en tu relación o con tu pareja ciertos tratamientos y medicamentos menopausia embarazo, parto o lactancia (amamantar) recientes problemas médicos como cáncer, diabetes, problemas de corazón, esclerosis múltiple o problemas de vejiga. El tratamiento para los trastornos sexuales depende de la causa. Puede ser de mucha ayuda hablar con una enfermera o doctor igual a los que se encuentran en tu centro de salud de Planned Parenthood más cercano, para entender tu disfunción sexual y recibir la ayuda que necesitas. Puede que tu doctor o enfermer te haga preguntas sobre tu historia médica durante tu cita. Te harán un examen y te preguntarán sobre tus síntomas para ayudarte a determinar la causa del problema y encontrar el tratamiento adecuado. No te preocupes si sientes incomodidad hablando con tu enfermer o doctor sobre tu vida sexual, es completamente normal. las enfermer y doctor ya lo han visto y escuchado todo y están ahí para ayudarte, no para juzgarte. Trata de ser honesto y abierta con tu enfermero o doctor sobre lo que te pasa, para que te puedan ayudar a encontrar el mejor tratamiento para ti.

En los hombres, la disfunción sexual hace referencia a la dificultad para realizar el coito. La disfunción sexual abarca una variedad de trastornos que afectan a los aspectos siguientes.

Disfunciones de la vida erótica

“Disfunciones de la vida erótica es cuando se experimenten dificultades en cuanto al deseo, la excitación, el orgasmo o la resolución durante cualquier etapa del acto sexual”

(OMS,2019).

Deseo sexual (Íbido) Capacidad para lograr o mantener una erección (disfunción eréctil o impotencia) Capacidad de eyacuación Capacidad de alcanzar una erección sin una deformidad en el pene Capacidad de alcanzar un orgasmo La disfunción sexual puede ser consecuencia de determinados factores físicos o psicológicos. La mayoría de los problemas sexuales se deben a una combinación de factores físicos y psicológicos. Un problema físico puede conducir a la aparición de problemas psicológicos (como ansiedad, depresión o tensión emocional) que, por otro lado, es posible que agraven el problema físico. A veces, algunos hombres se presionan a sí mismos o se sienten presionados por su pareja para rendir sexualmente de forma adecuada, y se angustian cuando no pueden hacerlo (ansiedad de desempeño sexual). La ansiedad de desempeño sexual puede causar problemas y empeorar mucho más la capacidad de un hombre para disfrutar de las relaciones sexuales. Los trastornos eyaculatorios son las disfunciones sexuales más frecuentes en los hombres. Los trastornos incluyen Eyacuación prematura, antes o poco después de la penetración en la vagina (eyacuación precoz Eyacuación en la vejiga (eyacuación retrógrada) Incapacidad de eyacular (aneyacuación) Las disfunciones eréctiles son frecuentes en los hombres de mediana edad y de edad avanzada. Algunos también presentan reducción de la libido. Causas psicológicas de las disfunciones sexuales Enfado con la pareja Ansiedad Depresión Falta de sintonía o fastidio en la relación con la pareja Miedo al embarazo, dependencia de otra persona o pérdida de control Sentimientos de indiferencia hacia las prácticas sexuales o hacia la pareja Culpabilidad

Inhibiciones o ignorancia del comportamiento sexual Ansiedad por el fracaso sexual (preocupación por el desempeño durante el coito) Experiencias traumáticas anteriores relacionadas con la actividad sexual (por ejemplo, violación, incesto, abuso sexual o disfunción sexual previa) Función sexual masculina normal La función sexual normal es una interacción compleja que implica la participación tanto de la mente como del cuerpo. Los sistemas nervioso, circulatorio y endocrino (hormonal) interactúan con la mente para producir una respuesta sexual. Una interacción delicada y equilibrada entre estos sistemas controla la respuesta sexual masculina. El deseo (también llamado estímulo sexual o libido) es el impulso por querer mantener relaciones sexuales. Puede desencadenarse por pensamientos, palabras, vistas, olores o tacto. El deseo lleva a la primera etapa del ciclo sexual, la excitación. A continuación se produce la excitación sexual. Durante la excitación, el cerebro envía señales nerviosas a través de la médula espinal hasta el pene. Las arterias que suministran sangre a los tejidos eréctiles (cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso) responden haciéndose más anchas (relajación y dilatación). Las arterias aumentan notablemente el flujo sanguíneo a estas áreas, que se congestionan con sangre y se expanden. Esta expansión ejerce una presión que comprime las venas del pene, que normalmente evacúan la sangre del pene, pero que ahora retardan la salida de la sangre y elevan así la presión sanguínea dentro del pene. La presión elevada en el pene produce la erección y la rigidez. Asimismo, aumenta la tensión muscular en todo el cuerpo.

He llegado en la conclusión que en la fase de meseta, se intensifican la excitación y la tensión muscular. El orgasmo es el punto máximo o clímax de la excitación sexual. En el orgasmo, aumenta más la tensión muscular en todo el cuerpo, se contraen los músculos de la pelvis y a continuación sobreviene la eyaculación. La eyaculación se produce cuando los nervios estimulan las contracciones musculares en los órganos reproductores masculinos: las vesículas seminales, la próstata, los conductos del epidídimo y los conductos deferentes. Estas contracciones hacen que el semen penetre en la uretra. La contracción de los músculos que rodean la uretra aumenta el impulso del semen hacia fuera del pene. El cuello de la vejiga también se contrae y evita así que el

semen retroceda y vaya hacia la vejiga. Órganos reproductores masculinos
Órganos reproductores masculinos Aunque la eyaculación y el orgasmo con frecuencia se producen simultáneamente, son fenómenos separados. Con poca frecuencia puede producirse una eyaculación sin orgasmo. Igualmente, el orgasmo puede producirse sin eyaculación, sobre todo antes de la pubertad o como efecto secundario de determinados medicamentos (como antidepresivos) o tras una cirugía (como la extirpación del colon o la próstata). Por lo general, el orgasmo suele ser muy placentero. En la fase de resolución, el cuerpo vuelve al estado anterior a la excitación. Una vez alcanzada la eyaculación o el orgasmo, las arterias del pene se constriñen y el músculo liso de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso se contrae, reduciendo con ello el aporte de sangre y aumentando su salida, de modo que el pene recupera la flacidez (detumescencia). Después de un orgasmo no puede conseguirse una segunda erección durante algún tiempo (periodo refractario), a menudo unos 20 minutos o menos en los hombres jóvenes, pero más en los mayores, debido a que suele aumentar con la edad.

OMS (2019). Estudio Transversal: Boletín de Prevalencia de Disfunción de la vida erótica y Factores Asociados en Pacientes. 8(1), 19-24.