

# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

**Materia:**

**Sexualidad Humana**

**Actividad:**

**Ensayo “Las disfunciones de la vida erótica”**

**Catedrático:**

**Dr. Hugo Ballardo Maza Pastrana**

**Nombre del alumno:**

**Oswaldo Zúñiga Alfaro**

**3ro “B”**

**Lugar y fecha**

**12 de Octubre del 2020, Comitán de Domínguez Chiapas.**

### Disfunciones de la vida erótica

La sexualidad es importante para el bienestar y la calidad de vida de las personas, como tal, debe de ser entendida y tratada por los profesionales de salud.

Los problemas sexuales se entienden como la dificultad que se presenta durante cualquier etapa del acto erótico-coital (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad erótica.

Las dificultades eróticas en las personas mayores pueden haber comenzado en una etapa temprana en la vida sexual, pueden haberse desarrollado de forma gradual a través del tiempo o pueden aparecer de repente, presentándose como una incapacidad total o parcial para participar en una o más etapas del acto sexual.

### ¿QUÉ ES UN PROBLEMA SEXUAL?

Se entiende que se presenta un problema sexual cuando se da alguno de estos supuestos:

La pareja o alguno de sus miembros se siente infeliz o insatisfecho por alguna de las diversas conductas sexuales que el sujeto realiza en su propia intimidad o con la pareja.

La conducta sexual produce sufrimiento, dolor o molestia a sí mismo o a la pareja.

Se impone la conducta sexual a sujetos que no pueden dar su consentimiento para su realización (menores o discapacitados).

Disfunciones de la vida erótica (disfunciones sexuales).

Síndromes persistentes que alteran negativamente la respuesta sexual humana. Participan aspectos socioculturales, psicológicos y orgánicos.

Son procesos de naturaleza erótica que se consideran indeseables y se presentan en forma de síndromes, es decir, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así las causas que las provocan, por lo que es importante generar en los centros de atención en salud, líneas de investigación dirigidas a estudiar los factores asociados.

Como lo señala Rubio y Díaz, los problemas sexuales impiden, en quienes los padecen, el desarrollo de una vida erótica plena con vínculos satisfactorios, lo que con frecuencia deteriora su autoestima.

Masters y Johnson (1970) refieren que hasta un 50% de las parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual Frank, Anderson y Rubinstein (1978): establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para los varones y un 60% para las mujeres, Laumann, Paik y Rosen (1999): prevalencia de 31% para los hombres y 43 % para las mujeres

Una disfunción sexual es la ausencia o modificación de una o varias de las fases de la respuesta sexual humana. La cantidad de causas responsables o facilitadoras de la aparición de las disfunciones sexuales es amplia y hace difícil poder desarrollar un modelo explicativo preciso y único.

Lo más frecuente es la multicausalidad. La unión de factores orgánicos o físicos, junto con la ingestión de sustancias (legales o ilegales) y la aparición de cierta ansiedad ante el hecho de llevar a cabo una conducta sexual.

### Características.

Casi todas las personas mayores desean y pueden gozar de una vida sexual activa y satisfactoria. La actividad sexual habitual ayuda a conservar la capacidad sexual. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, las personas se dan cuenta de que sus reacciones se vuelven más lentas. Esto forma parte del proceso normal del envejecimiento. Cuando los cambios ocurren gradualmente, los síntomas comúnmente están asociados a las causas orgánicas de disfunción sexual asociadas al envejecimiento. Sin embargo, los cambios fisiológicos no deben ser confundidos con disfunción sexual.

### Clasificación.

-En relación a quien las presenta pueden ser: Femeninas - Masculinas. Clasifica disfunciones que afectan indistintamente tanto al hombre como la mujer, y se distinguen otras que son propias de uno u otro sexo.

-En relación a su tiempo de aparición Primarias - Secundarias. Se clasifica según la existencia previa o no de la respuesta sexual adecuada.

-Pueden ser Funcionales u Orgánicas. Se clasifica según la presencia de lesión de órgano o un daño orgánico, la naturaleza de dicho daño y su relación con el funcionamiento normal.

-Selectiva - Generalizada. Se clasifica según su aparición, sea en determinados contextos o de forma permanente.

## -Nivel de Gravedad

**Leves:** refiere a cuadros cuya etiología se encuentra en procesos incompletos de madurez, reacciones secundarias al uso de drogas o fármacos, y/o a deficientes procesos de aprendizajes de la respuesta sexual normal.

**Medianas:** refiere a cuadros que involucran aspectos dinámicos y psicológicos de mediana complejidad, tanto en lo emocional, lo interaccional, lo sistémico, y/o lo psicodinámico.

**Profundas:** refiere a cuadros donde la disfunción es una expresión de la polisintomatología de un trastorno de orden superior, y en donde los componentes psicodinámicos son determinantes.

## ¿CUAL ES EL ORIGEN DE LAS DISFUNCIONES DE LA VIDA EROTICA?

**Analfabetismo sexual:** Falta de conocimientos y de experiencia

**Inhibición sexual:** No mires, no toques

**Fatiga:** "Estamos demasiado cansados para hacer el amor"

**Conflictos interpersonales:** No puedes hacer el amor hasta no hacer las paces

**Aburrimiento:** El encanto se ha ido

**Ansiedad de desempeño:** Cuestionar su propia sexualidad

**Culpa:** Ganar perspectiva, luego dejarse ir

**Trauma sexual:** Curando las cicatrices emocionales

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LAS DISFUNCIONES DE LA VIDA ERÓTICA.

### Factores Psicológicos

En todo problema sexual, aunque haya factores biológicos en la base del mismo, se suelen generar alteraciones psicológicas. Hay dos factores que indicarían posibles causas de los problemas sexuales:

**Factores interpersonales:** problemas de pareja, de relación

Factores personales: Falta de información sobre sexualidad, Mensajes familiares heredados, enfermedad, embarazo no deseado, aspectos negativos del sexo, Mitos sobre sexualidad, creencias erróneas, Miedo al fracaso, Ansiedad de ejecución, Rol del espectador, Estrés, Problemas psicológicos, depresión, psicosis, ansiedad.

Factores biológicos

Problemas vasculares: arteriosclerosis, HTA, diabetes, hiperlipemia, abuso de alcohol, tabaco y/o drogas.

Problemas neurológicos: lesiones medulares, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, etc.

Problemas endocrinos: niveles alterados de testosterona, prolactina, h. tiroideas, h. suprarrenales, etc.

Factores socioeducativos:

Culto al coito: excesiva fijación en esta conducta hace que muchas parejas no valoren otros aspectos del contacto físico

Represión: muchas represiones sociales al igual que excesivas liberación de conductas influyen negativamente en la conducta sexual

Rigidez en roles de género: prefijar “como debería ser” y “como se debería actuar”

Nuestra educación: modelada por nuestros padres, suele ser muy restrictiva y estricta, sobre todo en la mujer

La belleza: la presión social para “ser bello” afecta a la propia vivencia sexual

### SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL:

- Hombres o mujeres
  - Falta de interés o deseo sexual (pérdida de libido).
  - Incapacidad para sentir excitación.
  - Relación sexual con dolor (menos común en hombres que en mujeres).

**• Hombres**

- Incapacidad para lograr la erección.
- Incapacidad para mantener una erección adecuada y desarrollar el coito satisfactoriamente.
- Eyaculación tardía o ausente a pesar de una estimulación adecuada.
- Eyaculación precoz.

**• Mujeres**

- Incapacidad para relajar los músculos de la vagina lo suficiente como para permitir una penetración no dolorosa o incómoda (vaginismo).
- Lubricación vaginal inadecuada antes y durante la relación sexual.
- Anorgasmia
- Dolor urente en la vulva o la vagina al contacto con esas zonas.

**DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA**

El diálogo en un ambiente confortable que proporcione una buena relación médico paciente es importante para abordar los problemas de sexualidad. No siempre el paciente aborda el tema directamente, por lo tanto es importante que el médico indague en particular, si el adulto mayor tiene problemas en su vida sexual.

Los hallazgos físicos específicos y los procedimientos de los exámenes dependen de la forma de disfunción sexual que se esté investigando. En cualquier caso, se debe obtener una historia médica completa y realizar un examen físico completo para identificar cualquier posible enfermedad o condiciones predisponentes. El examen físico debe incluir todos los sistemas y no debe limitarse al sistema reproductor.

**Deseo Sexual Inhibido (Deseo sexual hipoactivo)**

Bajo nivel de interés sexual, en el cual una persona no responde al deseo ni a estímulos sexuales.

Primaria: en la cual la persona nunca ha sentido deseo erótico.

Secundaria: en la cual la persona solía tener deseo erótico, pero ya no lo tiene. Su forma extrema es la aversión sexual. Algunas veces, el deseo sexual no está inhibido, sino que en la pareja existen niveles de interés sexual diferente.

El deseo sexual hipoactivo masculino es una disfunción sexual de fuerte impacto emocional para los varones. Cada día son más los varones aquejados de que la interacción entre el grado de excitabilidad fisiológica, la disposición cognitiva y afectiva, y los posibles inductores de sentimientos y sensaciones sexuales, no conducen a ningún tipo de sentimiento subjetivo de deseo sexual o llevan a una experiencia de deseo sexual de una intensidad insuficiente.

Estudios recientes (Cabello, 2003) ponen de manifiesto que, en el 87% de los casos, la falta de deseo en el varón es consecuencia de una disfunción sexual previa, percepción inadecuada de disfunción por parte del paciente o creencias irracionales sobre la sexualidad, quedando el 13% restante repartido entre problemas en la intimidad de la pareja, trastornos hormonales, ingestión de medicamentos, etc.

Hipersexualidad-Adicción al sexo.

Comportamiento humano donde la necesidad erótica es incontrolable. Es frecuente la estimulación de órganos sexuales que no producen satisfacción placentera pero sí malestar y culpa.

Esta insatisfacción es el factor psico-emotivo más importante de hiper-estimulación sexual.

El concepto de hipersexualidad sustituye los antiguos conceptos de ninfomanía y "satiriasis"

Aversión/Fobia Sexual

Es el temor persistente e irracional asociado al deseo compulsivo de evitar sensaciones o experiencias eróticas. Este miedo puede llegar a inhibir por completo al erotismo.

Hay pacientes que los lleva a mantenerse vírgenes durante toda la vida siendo causa frecuente de individuos con verdaderas fobias sociales.

Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

Aversión: conducta persistente de miedo, asco, repulsión, evasión, ansiedad o disgusto de cualquier conducta erótica. Es más frecuente en mujeres y ocasionalmente en varones.

Las personas pueden experimentar verdaderos ataques de pánico, dificultad para respirar o fobia ante pensamientos eróticos

Causas de aversión sexual:

- \* Mitos y tabúes
- \* Ambiente familiar represivo
- \* Traumas sexuales como violación, incesto, o abuso sexual
- \* Dispareunia
- \* Sentimientos de culpa, depresión, preocupación, o incertidumbre
- \* Conflictos con la pareja

Disritmia Sexual

Diferencia de sincronía en la disponibilidad y el deseo entre los miembros de la pareja para tener un encuentro erótico. Probablemente sea la disfunción erótica más frecuente.

Hipolubricación vaginal.

Resequedad vaginal causada por niveles bajos de estrógeno en el cuerpo de la mujer lo que lleva a un adelgazamiento de las paredes vaginales pudiendo condicionar atrofia. Puede ir desde una incomodidad hasta dolor imposibilitante durante el coito.

Disfunción Eréctil

Incapacidad para lograr o mantener una erección suficiente para una actividad coital satisfactoria en al menos el 25% de los intentos. Afecta en mayor o menor grado a la mitad de los hombres entre los 40 y los 70 años.

Actualmente la OMS clasifica la disfunción eréctil (DE) como enfermedad tipo III por las graves repercusiones en la calidad de vida del paciente. La DE supone, además, el primer motivo de consulta en la mayor parte de los servicios sexológicos.

Las causas que provocan y mantienen una DE son invariablemente la conjunción de factores orgánicos, psicológicos y actitudinales, por lo que la consideración de como de origen «sólo orgánico» o «sólo psicológico» es a mi entender reduccionista.

### Preorgasmia

Orgasmo poco placentero. Así como que "sí pero no." Frecuentemente el vínculo afectivo y el erotismo en la pareja son disfuncionales.

### Eyacuación Retardada

Extremo opuesto a la eyacuación precoz finalmente se logra eyacular en la vagina pero requiere de tiempo y esfuerzos prolongados.

### Inhibición Eyaculatoria

Incapacidad de eyacular dentro de la vagina teniendo una erección firme y niveles altos de excitación.

Inhibición primaria: El varón nunca ha sido capaz de eyacular en la vagina.

Inhibición secundaria: varones que después de antecedentes normales de eyacuación coital han perdido esa capacidad la persona puede eyacular mediante la masturbación o por la estimulación no coital de la pareja.

### Eyacuación Precoz

Falta de control sobre el reflejo eyaculatorio. Es el problema sexual más frecuente, afectando al 25 a 40% de los hombres. En los casos más severos, el hombre eyacula antes de la penetración o segundos después de hacerlo.

Aunque existen diversos criterios para conceptualizar la Eyacuación Precoz (EP), el DSM IV-TR (APA, 2000) la define como la eyacuación persistente o recurrente como respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

Los parámetros diagnósticos del DSM IV-TR incluyen otros aspectos útiles en el diagnóstico del problema como: el comienzo o duración (si es primaria o secundaria) y el contexto (si es generalizada o situacional).

Han sido numerosas las explicaciones etiológicas ofrecidas para conocer las causas de la EP, pero lo que sí parece claro es que existe una confluencia de múltiples factores:

- Aunque de forma infrecuente, existen factores orgánicos, como fármacos, drogas, irritantes prostáticos o alteraciones neurológicas. Distintos autores refieren como causantes de EP drogas como el clorhidrato de trifluoperacina, el uso de opiáceos o de algunos simpaticomiméticos, como el clorhidrato de pseudoefedrina usado para el resfriado común.
- La rapidez e intensidad de la estimulación sexual, que depende de la frecuencia sexual, la novedad o el tipo de estímulo.
- La capacidad para controlar el reflejo eyaculatorio que requiere un aprendizaje durante la vida sexual del individuo.
- El umbral eyaculatorio, alterado en la EP.
- El déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación.
- La frustración secundaria a un coito eventualmente rápido que provoca la evitación de la relación y el descenso de la frecuencia sexual.
- Conflictos no resueltos en la relación de pareja.
- Existencia de otras disfunciones sexuales como disfunción eréctil o de trastornos psicopatológicos.