



CONDUCTA SEXUAL

Sexualidad Humana



27 DE AGOSTO DEL 2021
DR. SAMUEL ESAU FONSECA FIERRO
YANNICK HARPER NARCIA

Las normas aceptadas de comportamiento y actitud sexual varían mucho en las distintas culturas. Los profesionales sanitarios nunca deben juzgar la conducta sexual, incluso cuando las influencias sociales les presionen para ello. En general, un profesional sanitario no puede definir lo que es "normal" y "anormal". Sin embargo, cuando la conducta sexual o las dificultades sexuales causan un malestar significativo en un paciente o su pareja o provocan daño, está justificado el tratamiento.

Hay 4 componentes principales de la función sexual masculina:

- Libido
- Erección
- Eyaculación
- Orgasmo

La disfunción sexual es un problema en uno de estos componentes que interfiere con el interés o la capacidad del paciente de tener relaciones sexuales. Muchos fármacos y numerosos trastornos físicos y psicológicos afectan la función sexual.

Libido

La libido es el componente consciente de la función sexual. La disminución de la libido se manifiesta como una falta de interés sexual o una reducción en la frecuencia e intensidad de los pensamientos sexuales, ya sea espontáneos o en respuesta a estímulos eróticos. La libido es sensible a la concentración de testosterona, así como a la nutrición general, el estado de salud y el consumo de drogas.

Las patologías que con más probabilidades disminuyen la libido pueden ser el hipogonadismo, la enfermedad renal crónica y la depresión; hasta el 25% de los hombres con diabetes pueden cumplir con la definición de hipogonadismo.

Los fármacos que potencialmente disminuyen la libido incluyen a los antagonistas débiles de los receptores de andrógenos (p. ej., espironolactona, cimetidina), los agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) (p. ej., leuprolida, goserelina, buserelina) y los antagonistas (p. ej., degarelix) que se usan para tratar el cáncer de próstata, los antiandrógenos utilizados para tratar el cáncer de próstata (p. ej., flutamida, bicalutamida), los inhibidores de la 5-alfa-reductasa (p. ej., finasterida, dutasterida) utilizados para tratar la hiperplasia prostática benigna, algunos antihipertensivos, y prácticamente todos los fármacos que actúan en el sistema nervioso central (p. ej., ISRS, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos). La pérdida de la libido por acción de los ISRS o los antidepresivos tricíclicos a menudo puede revertirse con la administración conjunta de bupropión o trazodona.

Erección

La erección es una respuesta neurovascular a ciertos estímulos psicológicos o táctiles. La respuesta eréctil está mediada por aferencias corticales superiores y un reflejo parasimpático sacro. El impulso nervioso viaja a través de los nervios cavernosos, que atraviesan la cara posterolateral de la próstata. Al llegar a la vasculatura del pene, estas fibras nerviosas no adrenérgicas no colinérgicas liberan óxido nítrico, un gas. El óxido nítrico difunde en las células del músculo liso arterial del pene, causando una mayor producción de guanosinmonofosfato cíclico (cGMP), que relaja las arterias y permite que más sangre fluya a través de ellas hacia los cuerpos cavernosos. A medida que los cuerpos se llenan de sangre, aumenta la presión intracavernosa, que comprime las vénulas circundantes causando oclusión venosa y disminución del flujo venoso. La mayor afluencia de sangre y la disminución del flujo de salida aumentan aún más la presión

intracavernosa, contribuyendo a la erección. Muchos factores afectan la capacidad de tener una erección (véase Disfunción erectil).

Eyaculación y orgasmo

La eyaculación es controlada por el sistema nervioso simpático. La estimulación nerviosa de los receptores alfa-adrenérgicos en los anexos masculinos (p. ej., el pene, los testículos, el periné, la próstata, las vesículas seminales) provoca contracciones del epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales y la próstata, que transportan el semen a la uretra posterior. Luego, las contracciones rítmicas de los músculos del suelo pélvico producen la eyaculación pulsátil del líquido seminal acumulado. Al mismo tiempo, el cuello vesical se cierra para impedir la eyaculación retrógrada de semen en la vejiga. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los bloqueantes alfa pueden retrasar o inhibir la eyaculación mediante la inhibición de los receptores en estos sitios.

El orgasmo es la sensación placentera que se experimenta en el cerebro, generalmente en forma simultánea con la eyaculación. La anorgasmia puede ser un fenómeno físico debido a la disminución de la sensibilidad del pene (p. ej., por neuropatías) o un fenómeno neuropsicológico debido a trastornos psiquiátricos o fármacos psicoactivos.

las mujeres informan con más frecuencia motivaciones emocionales tales como

- Experimentar y favorecer la intimidad emocional
- Aumentar su sentido de bienestar
- Confirmar que son deseadas
- Complacer o aplacar a su pareja

Especialmente en las relaciones establecidas, las mujeres a menudo tienen poco o ningún deseo sexual inicial, pero ellas acceden al deseo (respuesta) una vez que la estimulación dispara la excitación y el placer (excitación subjetiva) y la congestión genital (excitación genital física). El deseo de satisfacción sexual, que puede o no incluir uno o más orgasmos, va creciendo a medida que la actividad sexual y la intimidad continúan, y que una experiencia física y emocionalmente reconfortante llena y refuerza las motivaciones originales de la mujer.

Un ciclo de respuesta sexual femenino está muy influido por su salud mental y por la calidad de la relación con su pareja. El deseo inicial en general disminuye con la edad, pero aumenta con una nueva pareja a cualquier edad.

Fisiología

La respuesta sexual incluye lo siguiente:

- Motivación (incluyendo el deseo)
- Excitación subjetiva
- Congestión genital
- Orgasmo
- Resolución

La fisiología de la respuesta sexual femenina no es completamente comprendida, pero involucra factores hormonales y del sistema nervioso central.

Los estrógenos influyen en la respuesta sexual. Se sospecha pero no se ha probado que los andrógenos participen y actúan a través de los receptores de andrógenos y los receptores de estrógenos (después de la conversión intracelular de testosterona a estradiol).

Después de la menopausia, la producción ovárica de estrógenos cesa, mientras que la producción ovárica de andrógenos varía. Sin embargo, la producción suprarrenal de prohormonas (p. ej., sulfato de dehidroepiandrosterona [DHEAS]) que son convertidas tanto en andrógenos como en estrógenos en las células periféricas disminuye a partir de la cuarta década de la vida. La producción ovárica de prohormonas también se reduce después de la menopausia. Si esta reducción juega un papel en la disminución del deseo sexual, el interés o la excitación subjetiva, no queda claro.

El cerebro produce hormonas sexuales (neuroesteroides) a partir del colesterol, y esta producción aumenta después de la menopausia. No se sabe si este incremento es universal, si facilita la excitación a medida que la producción periférica disminuye y si es afectado por la administración de hormonas exógenas.

Motivación

La motivación es el deseo de participar en la actividad sexual. Hay muchas razones para querer la actividad sexual, incluyendo el deseo sexual. El deseo puede ser provocado por pensamientos, palabras, imágenes, olores, o el tacto. El deseo puede ser obvio desde el principio, o puede crearse una vez que la mujer comienza a excitarse.

Excitación

Las áreas del cerebro involucradas en la cognición, la emoción, la motivación y la organización de la congestión genital están activadas. Hay neurotransmisores implicados que actúan sobre receptores específicos. De acuerdo con las acciones conocidas de los fármacos y los estudios en animales, algunos transmisores parecen ser prosexuales, entre ellos, la dopamina, la noradrenalina y melanocortina. En general, la serotonina es un inhibidor sexual, al igual que la prolactina y el ácido γ -aminobutírico (GABA).

Congestión genital

Esta respuesta refleja autónoma aparece dentro de los pocos segundos de un estímulo sexual y hace que los genitales se hinchen y se lubriquen. La valoración de los estímulos por el cerebro como biológicamente sexuales, no necesariamente como eróticos o subjetivamente excitantes, desencadena esta respuesta. Las células musculares lisas alrededor de los espacios de sangre en la vulva, el clítoris y las arteriolas vaginales se dilatan, lo que aumenta el flujo de sangre y la trasudación de líquido intersticial en el epitelio vaginal (lubricación). Las mujeres no siempre son conscientes de la congestión; el hormigueo y la sensación de palpitación genital son informadas más típicamente por las mujeres más jóvenes. A medida que la mujer envejece, el flujo sanguíneo genital basal se reduce, pero la congestión genital en respuesta al estímulo sexual (p. ej., ver videos eróticos) puede no disminuir.

Orgasmo

Se produce un momento de excitación pico; está acompañado por contracciones de los músculos pelvianos cada 0,8 s y va seguido por una reducción lenta de la congestión genital. Los tractos simpáticos eferentes toracolumbares parecen estar involucrados, pero el orgasmo es posible aun después de la sección completa de la médula espinal (cuando se usa un vibrador para estimular el cuello). Durante el orgasmo se liberan prolactina, ADH y oxitocina, que pueden contribuir al sentido de bienestar, relajación y cansancio que sigue (resolución). Sin embargo, muchas mujeres experimentan un sentido de bienestar y relajación sin experimentar un orgasmo definido.

Resolución

La resolución es una sensación de bienestar, relajación muscular generalizada, o la fatiga que normalmente sigue al orgasmo. Sin embargo, la resolución puede ocurrir lentamente después de una actividad sexual altamente excitante sin orgasmo. Muchas mujeres pueden responder a estimulación adicional casi inmediatamente después de la resolución.

Las actitudes sociales sobre la sexualidad y el género cambian con el tiempo, como ha ocurrido con:

Masturbación: la masturbación antes era considerada ampliamente como una perversión y causa de trastornos mentales, pero los médicos la reconocen desde hace tiempo como una actividad sexual normal a lo largo de la vida. Se la considera anormal sólo cuando inhibe la conducta orientada a la pareja, se realiza en público o cuando es suficientemente compulsiva como para provocar angustia. Alrededor del 97% de los varones y el 80% de las mujeres se masturban. Aunque la masturbación no provoca daños, genera sentimientos de culpa por las actitudes de desaprobación y castigo aún sostenidas por algunas personas, que pueden causar una angustia considerable y un deterioro del rendimiento sexual. La masturbación es normal durante toda la vida, incluso en una relación sexualmente saludable.

Homosexualidad: desde hace > 4 décadas, la American Psychiatric Association no considera que la homosexualidad sea un trastorno. El 4-5% de la población se identifica a sí misma como exclusivamente homosexual durante toda su vida; un 2 a 5% adicional se identifica como bisexual. Al igual que la heterosexualidad, la homosexualidad es consecuencia de factores biológicos y ambientales complejos que provocan una capacidad de sentirse sexualmente excitado por personas del mismo sexo. Y al igual que la heterosexualidad, la homosexualidad no es una cuestión de elección.

Promiscuidad: la actividad sexual frecuente con muchas parejas, que a menudo implica encuentros anónimos o únicos indica escasa capacidad de intimidad emocional. Sin embargo, la promiscuidad no es por sí misma un trastorno psicosexual. El sexo casual es común en las culturas occidentales, aunque el miedo al sida, las infecciones por herpes simple y otras enfermedades de transmisión sexual han llevado a una disminución de esta tendencia.

Relaciones sexuales extraconyugales: la mayoría de las culturas desalientan las relaciones extramaritales, pero se acepta la actividad sexual preconjugal o no conyugal como normal. En los Estados Unidos, la mayoría de las personas tienen relaciones sexuales antes del matrimonio o sin matrimonio, como parte de la tendencia hacia una mayor libertad sexual existente en los países desarrollados. El sexo extramarital es frecuente, a pesar de los tabúes sociales. Este comportamiento permite la transmisión de enfermedades a los cónyuges desprevenidos y las parejas sexuales.

Identidad de género: identidad de género es el sentido subjetivo de saber a qué género uno pertenece. Existe un creciente reconocimiento cultural de que algunas personas no se ajustan (tampoco necesariamente desean ajustarse) a la dicotomía tradicional hombre-mujer.