



PASIÓN POR EDUCAR



**Nombre del Alumno: Brenda Nataly  
Galindo Villarreal**

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

**Nombre del Trabajo: ensayo**

PASIÓN POR EDUCAR

**Materia: Sexualidad Humana**

**Carrera: Medicina Humana**

**Grado: 3er Semestre**

**Grupo: "B"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 de Noviembre del 2021

## **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 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.

## **Eyaculación Retardada**

Extremo opuesto a la eyaculación 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 eyaculación coital han perdido esa capacidad la persona puede eyacular mediante la masturbación o por la estimulación no coital de la pareja.

## **Eyaculación 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 Eyaculación Precoz (EP), el DSM IV-TR (APA, 2000) la define como la eyaculación 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 erectil o de trastornos psicopatológicos.

#### Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos ISRS, como la fluoxetina, la paroxetina y especialmente la sertralina, consiguen de forma rápida una notable mejoría de la latencia eyaculatoria.

Debe utilizarse de forma continua y su retirada provoca recaídas de hasta el 90% (Ludovico et al., 1996). Sin embargo, si asociamos ISRS con terapia sexual se alcanza un 92% de éxito terapéutico (Metz y Pryor, 2000).

#### **Anorgasmia**

Incapacidad para llegar al orgasmo, aún con estimulación adecuada, deseo sexual y condiciones medio ambientales apropiadas para ello. Más frecuente en la mujeres, pero afecta también a los hombres.

Sus causas, comúnmente psicológicas son debidos a la educación sexual recibida, sentimientos de auto-rechazo o hacia la pareja.

Dentro de las causas orgánicas se encuentran enfermedades o traumatismos que afecten al sistema nervioso sensitivo, o el consumo de drogas o ciertos medicamentos.

Anorgasmia primaria: nunca se ha conseguido el orgasmo, ni en pareja ni por autoestimulación.

Anorgasmia secundaria: mujeres que habiendo experimentado orgasmos dejan de tenerlos; es frecuente que en estos casos nos encontremos ante conflictos de pareja o una causa médica (factores orgánicos o secundarios a tratamientos).

Anorgasmia situacional: en los casos en que solo se alcanza el orgasmo cuando se dan una serie de factores y/ o determinadas situaciones.

Anorgasmia general: existe una incapacidad absoluta para alcanzar el orgasmo, independientemente de las circunstancias y factores que intervengan.

También es importante determinar si se debe a factores psicológicos exclusivamente o existen factores combinados (orgánico/funcionales).

La disfunción orgásmica es más frecuente en mujeres, y es frecuente que otros aspectos de la respuesta sexual también se vean afectados, como el deseo sexual.