



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

“DISFUNCIONES SEXUALES”

AUTORÍA GLORIA M^a ESPINOSA RAMOS
TEMÁTICA EDUCACIÓN SEXUAL
ETAPA ESO

Resumen

A continuación hablaré sobre las disfunciones sexuales, que son problemas en la respuesta sexual humana (el deseo, la excitación y el orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una vida íntima plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja.

Padecer de algún tipo de trastorno sexual es algo muy común hoy en día. Lo mejor que se puede hacer es buscar el tratamiento adecuado lo antes posible, para volver a disfrutar de la vida sexual plena que tanto la persona afectada como su pareja merecen. La sexualidad es una vivencia compartida con la pareja, y esto es de suma importancia en el tratamiento de cualquier disfunción sexual.

Palabras clave

- La frigidez; carencia de respuesta sexual femenina.
- Disfunción orgásmica femenina.
- Vaginismo.
- Impotencia; disfunción de la erección.
- Eyaculación retardada; Exceso de control eyaculatorio.
- Eyaculación precoz; control inadecuado de la eyaculación.

1. Naturaleza y causas de las disfunciones sexuales:

Las reacciones sexuales del hombre y la mujer transforman los genitales inertes en un efectivo equipo de reproducción. A primera vista las reacciones sexuales del hombre y la mujer parecen un solo acontecimiento. En el hombre, la erección avanza hasta la eyaculación. En la mujer, la lubricación e hinchazón de los genitales culmina en el orgasmo. Sin embargo, la evidencia sugiere que la respuesta sexual consiste, en ambos géneros, en dos fases separadas.

La primera parte de la reacción sexual consiste en la vasocongestión genital. La segunda, el orgasmo, es esencialmente una serie de contracciones clónicas involuntarias de la musculatura genital.

Cuando estas reacciones, o cualquiera de sus fases es una disfunción sexual. Existen seis disfunciones, tres del hombre y tres de la mujer.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

Si la erección está afectada, el hombre es importante. En la impotencia, la inhibición se limita al componente vasocongestivo, erectivo, de la reacción sexual. En la impotencia, se puede conservar la capacidad de eyacular. Hay dos desórdenes eyaculatorios: la eyaculación precoz y la eyaculación retardada. El eyaculador precoz no logra adquirir un control voluntario adecuado de sus reflejos orgásmicos, y a causa de esto alcanza el orgasmo muy rápidamente. El paciente de eyaculación retardada sufre, en cambio, un involuntario exceso de control. Tiene dificultad en liberar su reflejo eyaculatorio aun cuando reciba un estímulo adecuado.

El vaginismo es el único trastorno femenino que no tiene analogía en el varón. Consiste en que los músculos que resguardan la entrada vaginal están condicionados para responder espasmódicamente cuando se intente la penetración. Esta condición torna imposible el intercambio.

Las otras dos disfunciones femeninas son análogas por una parte a la impotencia y por la otra a la eyaculación retardada. La mujer frígida, o carente de respuesta sexual en general, así como el hombre con dificultad para la erección, no reacciona ante el estímulo sexual con la vasocongestión genital y la lubricación. La mujer que padece de difusión orgásmica, como el hombre de eyaculación retardada, experimenta diversos grados de dificultad para liberar su reflejo orgásmico, pero en otros sentidos reacciona sexualmente.

2. El concepto psicossomático de la disfunción sexual.

Las delicadas reacciones sexuales pueden ser fácilmente dislocadas por los afectos negativos o por los conflictos e inhibiciones psicológicos.

Si un hombre está asustado, furioso o tenso mientras hace el amor, es probable que sus reflejos eréctiles o eyaculatorios sufran deterioro. Para un correcto funcionamiento sexual no sólo es preciso encontrarse libre de intensos afectos negativos sino también de un exceso de control cognoscitivo. En otras palabras, la actividad sexual satisfactoria exige un estado emocional sosegado y el abandono a la experiencia erótica. Esto ocurre también en las demás funciones biológicas controladas por el sistema nervioso autónomo. La digestión, la respiración y las funciones cardiovasculares, inervadas de la misma forma por los nervios viscerales, pueden ser igualmente afectadas por factores emocionales y cognoscitivos. Dicho de otra manera, estos sistemas funcionales pueden sufrir trastornos psicossomáticos.

Masters y Jonson, y los conductistas, nos enseñaron que con frecuencia las raíces de las psicopatología se originan en un terreno mucho más inmediato. La ansiedad por el propio desempeño, las inseguridades superficiales, las tensiones debidas a la escasa comunicación con el otro miembro de la pareja, la angustia nacida de una concepción errónea acerca de las reacciones sexuales humanas, pueden causar, y causan, una gran parte de las dificultades sexuales que vemos en la práctica clínica. Y esto es absolutamente lógico, porque en términos fisiológicos la ansiedad sexualmente destructiva es la misma cuando un hombre se aterroriza ante la posible repetición de una dificultad erectiva inducida por el alcohol, o cuando se debe al retorno de los tabúes edípicos y al temor de la castración.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

En realidad, las causas son un continuum que se extiende entre la anticipación superficial de un fracaso y la profunda psicopatología que otorga a la reacción sexual un peligroso sentido simbólico a nivel inconsciente.

Nuestra sociedad, sexualmente reprimida, no ha considerado el sexo como una función natural hasta épocas muy recientes. Por lo tanto, no ha sido asequible la información adecuada. Esta cortina de ignorancia unida de las actividades fuertemente emocionales acerca de las cuestiones eróticas proporcionaron un fértil medio cultural para el crecimiento de la ignorancia, los mitos y los errores.

La ansiedad y la culpa pueden hacer que una persona evite la vida sexual y/o restrinja su conducta sexual, lo que le impedirá aprender y explotar técnicas y actitudes sexuales que podrían gratificarle, así como a su pareja.

Con frecuencia es posible ayudar con la mera educación sexual y la asesoría a las personas que sufren por causa de su ignorancia de las técnicas sexuales y de sus concepciones perniciosamente erróneas. Esta forma de tratamiento disipa la desinformación y la culpa, e instruye acerca de las técnicas sexuales efectivas.

En otro grupo de pacientes disfuncionales, las causas se encuentran a una profundidad algo mayor. Lo que afecta las reacciones sexuales de este grupo es el temor a un fracaso sexual, por su tendencia a permanecer bajo control consciente durante el acto sexual, debida al temor a un rechazo si no logran complacer a su pareja o si no se <<desempeñan>> adecuadamente. Están libres, sin embargo, de culpas y miedos profundos, y también de hostilidad en su relación. Este grupo de pacientes suele responder bien a una terapia sexual breve que se proponga crear un ambiente sexual seguro, abierto y cómodo.

Las interpretaciones suelen ser en general de apoyo, y apuntan a la apertura de las rutas de comunicación de la pareja. El resultado de la terapia sexual con este grupo de pacientes es excelente: por fortuna constituyen una proporción importante de total.

El grupo siguiente es más difícil de tratar. También ellos padecen el temor al rechazo y la ansiedad por su desempeño. Pero en este grupo los temores están relacionados con inseguridades más arraigadas, y el problema sexual se vincula a conflictos profundos. La terapia sexual se topa aquí con relaciones fundamentalmente trastornadas entre ambos sexos. En este grupo de pacientes, la autoestima es más frágil, y la culpa que despiertan la sexualidad y el placer es más tenaz.

El terapeuta debe tener conocimiento de psicodinámica de los conflictos inconscientes y de la relación de estos conflictos con las dificultades sexuales.

Finalmente hay algunos pacientes de disfunciones sexuales que no se pueden curar con una intervención activa breve. Afortunadamente, son relativamente pocos. Los problemas sexuales de este grupo están firmemente vinculados a una psicopatología profunda, individual y de pareja. Sus depresiones son tan hondas, su paranoia tan pertinaz, su hostilidad conyugal tan maligna y antisexual, y sus defensas tan rígidas y triunfantes que requieren inicialmente una intervención psicoterapéutica más extensa, tendente a cambiar las actitudes emocionales básicas, o de pareja. La finalidad de la



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

última es resolver los conflictos diádicos (de la pareja) profundos, antes de que los pacientes puedan recibir beneficios de la terapia sexual.

3. El concepto de terapia sexual.

La prescripción de experiencias eróticas específicas constituyen el rasgo distintivo de la nueva terapia sexual. Se han empleado varias otras formas de terapia –en particular el análisis, la terapia de pareja y la terapia conductual para tratar las disfunciones sexuales. Todas ellas se basan exclusivamente en las transacciones terapéuticas que ocurren en el consultorio del especialista. El proceso analítico produce una intensa interacción emocional entre el analista y el analizado. El análisis de esta relación se emplea para promover el conocimiento de los conflictos, temores y deseos inconscientes que pueden estar en la raíz de las dificultades sexuales del paciente. El terapeuta de la pareja se vale de su observación de las interacciones entre los miembros de una pareja problematizada para fundamentar sus inferencias sobre las fuentes inconscientes del problema sexual.

Confronta a la pareja de los efectos mutuamente destructivos de su conducta y trata de llevar a su conciencia las fuerzas infantiles y transferenciales inconscientes que presumiblemente han dado origen a su conducta neurótica y también al deterioro de su realización sexual. El terapeuta conductual trata de mejorar el funcionamiento sexual modificando las contingencias que refuerzan la inadaptación y que han causado ansiedades sexualmente destructivas y pautas de conducta antieróticas. Para este fin emplea varias técnicas complementarias, como la desensibilización sistemática para reducir la ansiedad, y un condicionamiento negativo para eliminar las pautas sexualmente destructivas.

La terapia sexual puede utilizar todas estas formas de intervención psicoterapéutica que se desarrollan en el consultorio médico. Sin embargo, en la terapia sexual éstas se emplean conjuntamente con tareas sexuales prescriptas que la pareja practica en la intimidad de su dormitorio. El uso integrado de las experiencias eróticas estructuradas, unido a la exploración psicoterapéutica de los conflictos intrapsíquicos de cada miembro de la pareja, y a la sutil dinámica de sus interacciones, es lo que constituye el carácter diferencial y el concepto básico de la terapia sexual. Muy probablemente, la clave de su eficacia está en esta amalgama de procedimientos experimentales y dinámicos.

4. **Disfunciones sexuales a desarrollar:**

- A. La frigidez; carencia de respuesta sexual femenina.
- B. Disfunción orgásmica femenina.
- C. Vaginismo.
- D. Impotencia; disfunción de la erección.
- E. Eyaculación retardada; Exceso de control eyaculatorio.
- F. Eyaculación precoz; control inadecuado de la eyaculación.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

A- La frigidez: Carencia de respuesta sexual femenina.

La mujer frígida no experimenta sensaciones eróticas ni placer sexual. No presenta señales de excitación fisiológica y, por ejemplo, su vagina permanece relativamente seca aunque sea estimulada por su compañero o tenga relaciones con él. Sus actitudes conscientes con respecto al sexo varían. Puede aborrecer la actividad sexual, sentirse neutral, o incluso gozar del contacto físico.

Es poco común la mujer totalmente carente de respuesta sexual, y esto es afortunado porque es difícil de tratar. En nuestra experiencia, la carencia general de respuesta, particularmente cuando es primaria, es decir, que la mujer no ha reaccionado nunca ante ningún hombre y en ninguna situación, tiene entre todas las disfunciones, la peor prognosis en lo que concierne a la terapia breve. Esta prognosis mejora mucho si la mujer ha reaccionado en otras situaciones, y carece actualmente de respuesta con su marido. Sin embargo, incluso en una frigidez situacional, es necesaria con frecuencia una prolongada psicoterapia antes de que la paciente se torne receptiva a la terapia sexual y logre un buen funcionamiento. Pero incluso en esta severa disfunción, que suele requerir la resolución previa de tenaces conflictos inconscientes, intrapsíquicos y de pareja, las tareas sexuales prescritas desempeñan un importante rol terapéutico. A veces, no se emplean mientras la paciente no ha resuelto sus conflictos básicos por medio de la psicoterapia; otras, los ejercicios concurren con la psicoterapia para facilitar la rápida resolución de los obstáculos que se presentan en el curso del tratamiento.

Quizá sea posible formular la dinámica básica de la carencia de respuesta en la forma siguiente: la mujer alberga un conflicto inconsciente acerca de permitirse sentir placer sexual con un hombre. En apariencia, no hay un conflicto específico en este trastorno, sino profundos temores edípicos a sufrir traumas, hostilidad hacia los hombres en general o específicamente hacia su pareja, miedo al rechazo si se deja llevar, ansiedad por su desempeño, culpa erótica, y demás. Las defensas contra estos conflictos son la causa específica de su incapacidad de respuesta. O evita recibir el estímulo adecuado, o bien prohíbe realmente a su amante que la estimule, o erige defensas preceptuales contra el goce de dicho estímulo. Literalmente, no se concede sensaciones eróticas, no se permite, inconscientemente, una respuesta, ni el abandono a la experiencia sexual.

B- Disfunción orgásmica femenina:

Debe hacerse una clara distinción entre la mujer que carece totalmente de respuesta y aquella que posee capacidad de respuesta, goza de las sensaciones eróticas, y presenta buena reacción vasocongestiva, pero experimenta una dificultad de grado variable para alcanzar el orgasmo. En el pasado, ambos casos se habrían considerado como un único trastorno y ordenado bajo la clasificación común de "frigidez". Esto es un error, porque si bien ambos síndromes tienen mucho en común, y se superponen en cierta medida, son productos de distintos mecanismos subyacentes y se tratan con procedimientos algo diferentes.

La definición de la disfunción orgásmica es un tema de controversia, porque aún no se han determinado la extensión normal ni los límites de la respuesta orgásmica femenina.

El orgasmo es un reflejo. Todos los reflejos tienen cierta gama y distribución de umbrales, es decir, que algunas personas sólo requieren para mover la pierna un leve toque en la rodilla y otras no responden hasta que reciben un buen golpe en el tendón patelar. Ambas son perfectamente normales; el aparato



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

neural que transmite el reflejo está intacto. El umbral de un reflejo puede también ser modificado por otros factores, como la inhibición psicológica, las drogas y los estados emocionales. Por esta razón, a veces es preciso distraer a un paciente nervioso con un apretón de manos para que el médico pueda observar el reflejo. Estas mismas consideraciones se pueden aplicar al reflejo orgásmico femenino, si bien ignoramos los límites normales de este importante reflejo.

Clínicamente el orgasmo femenino parece distribuirse en una curva con forma de campana. En un extremo se encuentran las mujeres que jamás han llegado al clímax. Siguen aquellas que necesitan un intenso estímulo del clítoris a solas y sin ser molestadas por un compañero. Las personas que necesitan estímulo directo del clítoris, pero pueden alcanzar el clímax con su pareja, ocupan la zona central de la curva. También están cerca del centro de la curva las mujeres que pueden llegar al orgasmo con el coito, aunque sólo después de largo y vigoroso estímulo. En la zona superior están las mujeres que sólo requieren una breve penetración para alcanzar el clímax y en el extremo mismo aquellas que pueden alcanzar el orgasmo sólo con el estímulo de sus pechos y/o con la mera fantasía.

Todo el mundo está de acuerdo acerca de los criterios de normalidad y patología en las regiones extremas del continuum orgásmico. Obviamente, la mujer totalmente anorgásmica, es decir, la que nunca ha llegado al orgasmo, está inhibida y necesita tratamiento. También es evidente que la mujer que en el coito se muestra fácil y rápidamente orgásmica es normal. La controversia se plantea en las zonas medias del espectro del umbral orgásmico.

Algunos trabajadores en este campo, consideran que las mujeres que llegan al orgasmo con sus parejas por medio del estímulo clitoriano son normales. Otros consideran frígida a toda mujer que no alcance el orgasmo por medio del coito, aunque tenga gran capacidad de respuesta y múltiples orgasmos ante el estímulo del clítoris en presencia de su pareja. Los datos asequibles actualmente son insuficientes para resolver definitivamente esta controversia.

C- Vaginismo:

El vaginismo es un trastorno que impide las relaciones sexuales porque el intento de penetración vaginal causa una contracción espástica involuntaria de la entrada de la vagina. Es relativamente raro, y su respuesta a la terapia sexual es excelente.

Las evidencias sugieren que la patología esencial de este disturbio es una reacción condicionada de los músculos que resguardan el vestíbulo de la vagina. Aparentemente, estos músculos pueden ser fácilmente condicionados para responder con un intenso espasmo. El estímulo no condicionado causante del vaginismo puede encontrarse en cualquier fuente de dolor asociada con la penetración. Se han asociado con el origen y perpetuación del vaginismo las enfermedades físicas, los aspectos psicológicamente dolorosos como el miedo y/o la culpa conscientes o inconscientes, los ataques sexuales traumáticos; en ocasiones no es posible identificar la causa traumática.

El vaginismo debe diferenciarse de la obstrucción física de la abertura vaginal, y también del simple temor fóbico a la penetración. Sólo puede diagnosticarse mediante el examen de la pelvis.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

D- Impotencia: disfunción de la erección.

La erección es un reflejo neurovascular que depende del correcto nivel hormonal, la sana anatomía del pene, la adecuada provisión vascular, y un sistema nervioso intacto y en buen estado de funcionamiento. Los problemas en cualquier de estos aspectos pueden provocar trastornos de la potencia con base física. Sin embargo, el 85 por ciento de los casos de impotencia en los EE.UU son estrictamente psicogénicos. Esto no es extraño, porque a pesar de la integridad física del aparato genital, los reflejos autónomos vasculares que gobiernan la erección son delicados y pueden ser distorsionados por los conflictos inconscientes y las emociones como la ansiedad y el miedo. Si un hombre no se encuentra en un estado emocional calmo y libre de conflictos mientras hace el amor, sus reflejos eréctiles pueden presentar deterioros.

En el pasado se creía que la impotencia psicogénica era siempre producto de un conflicto neurótico profundo respecto de la sexualidad. Las causas determinantes primarias de la impotencia psicogénica eran específicamente, según la teoría psicoanalítica, los temores inconscientes a un trauma (la castración), debidos a una situación edípica mal resuelta. Más recientemente se ha enfocado la atención en las causas diádicas (de la pareja) de las dificultades de la erección y se ha formulado la hipótesis de que los trastornos inconscientes de la relación amorosa son también capaces de producirla.

Es evidente que los conflictos inconscientes, intrapsíquicos y diádicos pueden causar, y causan trastornos de la potencia. Estos conflictos suelen manifestarse en el hombre indefenso ante los mismos cuando se encuentra a punto de iniciar la actividad sexual. Sin embargo, muchos disturbios de la erección que vemos en la práctica clínica son causados por factores emocionales más simples y fáciles de corregir. Éstos incluyen la ansiedad por el desempeño, el miedo al rechazo femenino, la anticipación a la impotencia a causa de algún episodio pasado y momentáneo de dificultad en la erección, excesiva preocupación por la satisfacción de la mujer, y culpa inducida culturalmente acerca del goce sexual.

Estas preocupaciones, así como otros temores más profundos, pueden asediar al hombre mientras hace el amor, e interferir en su abandono a la experiencia sexual. Para el funcionamiento correcto de los reflejos eréctiles es necesario el abandono libre de interferencias por parte de la ansiedad o las defensas contra la ansiedad.

Los trastornos de la potencia que surgen de estas causas más simples son en gran medida curados por la terapia sexual, que permanentemente trata de humanizar, desmitificar y disminuir la ansiedad que contamina la relación sexual entre los miembros de la pareja. De esta manera el abandono sexual se torna posible y se restaura la potencia.

E- Eyacuación retardada: Exceso de control eyaculatorio.

La eyacuación retardada es una inhibición involuntaria del reflejo orgásmico del hombre. Este trastorno es fisiológicamente análogo a la disfunción orgásmica femenina. El paciente de eyacuación retardada puede sentir excitación sexual y tener erecciones normales, pero aunque reciba un estímulo que debería ser ampliamente suficiente, experimente dificultades para liberar su reflejo eyaculatorio. Es raro un exceso de control severo, lo que es afortunado puesto que es difícil de tratar. En formas más leves la eyacuación retardada es relativamente común y la prognosis de la terapia sexual es excelente. En



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

casos moderadamente graves, el hombre sólo puede eyacular cuando se masturba a solas. Los pacientes de la forma leve pueden alcanzar el orgasmo en presencia de su pareja, pero sólo en respuesta al estímulo oral y/o manual. No pueden eyacular en la vagina. Otras formas, aún más leves, son situacionales, y algunos afectados sólo requieren, para eyacular, un coito excesivamente largo y vigoroso.

La patogénesis del exceso de control eyaculatorio es similar a la patogénesis de la constipación, el globus hystericus y la dificultad de iniciar la micción. Los actos de tragar, orinar, defecar, eyacular, así como el orgasmo, dependen de reflejos transmitidos por intermedio del sistema nervioso autónomo y normalmente se encuentra bajo el control de la voluntad. Cuando el individuo está en un estado de excitación emocional o bajo el dominio de un conflicto psicológico, puede surgir una reacción defensiva involuntaria que inhiba dichos reflejos. Esta reacción defensiva implica un exceso de control, es decir, la incapacidad de liberar el reflejo del control cortical.

F- Eyaculación precoz: Control inadecuado de la eyaculación.

La eyaculación precoz es la disfunción favorita de los terapeutas en materia sexual, pues, aunque muy frustrante y difundida, es extremadamente fácil de tratar mediante la terapia sexual en la mayoría de los casos. Sin embargo, es resistente a otras formas de tratamiento.

El paciente de eyaculación precoz alcanza el clímax tan rápidamente que la relación sexual es con frecuencia decepcionante para ambas partes. La razón de esto es la carencia de un adecuado control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio.

Algunos reflejos están sujetos al control de la voluntad y otros no. La erección del hombre, la vascongestión genital de la mujer, no pueden ser sometidos al control voluntario. La eyaculación y el orgasmo sí. Una persona normal puede demorar el orgasmo y dejarlo venir cuando desea. El eyaculador precoz no puede hacerlo y eyacula, en forma refleja, apenas alcanza un nivel crítico de excitación. He formulado la hipótesis de que el eyaculador precoz no ha aprendido la continencia eyaculatoria porque no es consciente de las sensaciones premonitorias del orgasmo. Esto se debe probablemente a que experimente alguna ansiedad que lo distrae en ese momento. La percepción consciente de las sensaciones que conducen a un reflejo, como por ejemplo los de orinar o defecar, es un requisito previo para aprender el control voluntario.

5. Bibliografía:

- Manual ilustrado de terapia sexual. Autora: Helen S.Kaplan

Autoría

- Nombre y Apellidos: GLORIA M^a ESPINOSA RAMOS
- Centro, localidad, provincia: MÁLAGA
- E-mail: gloria_espinosa_ramos@hotmail.com