



Intervención en disfunciones sexuales del varón.

Antonio Casaubón Alcaraz.

Psicólogo, Sexólogo. Presidente de la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación sexual (FLASSEÉS).

Baza, 3 de Julio de 2012

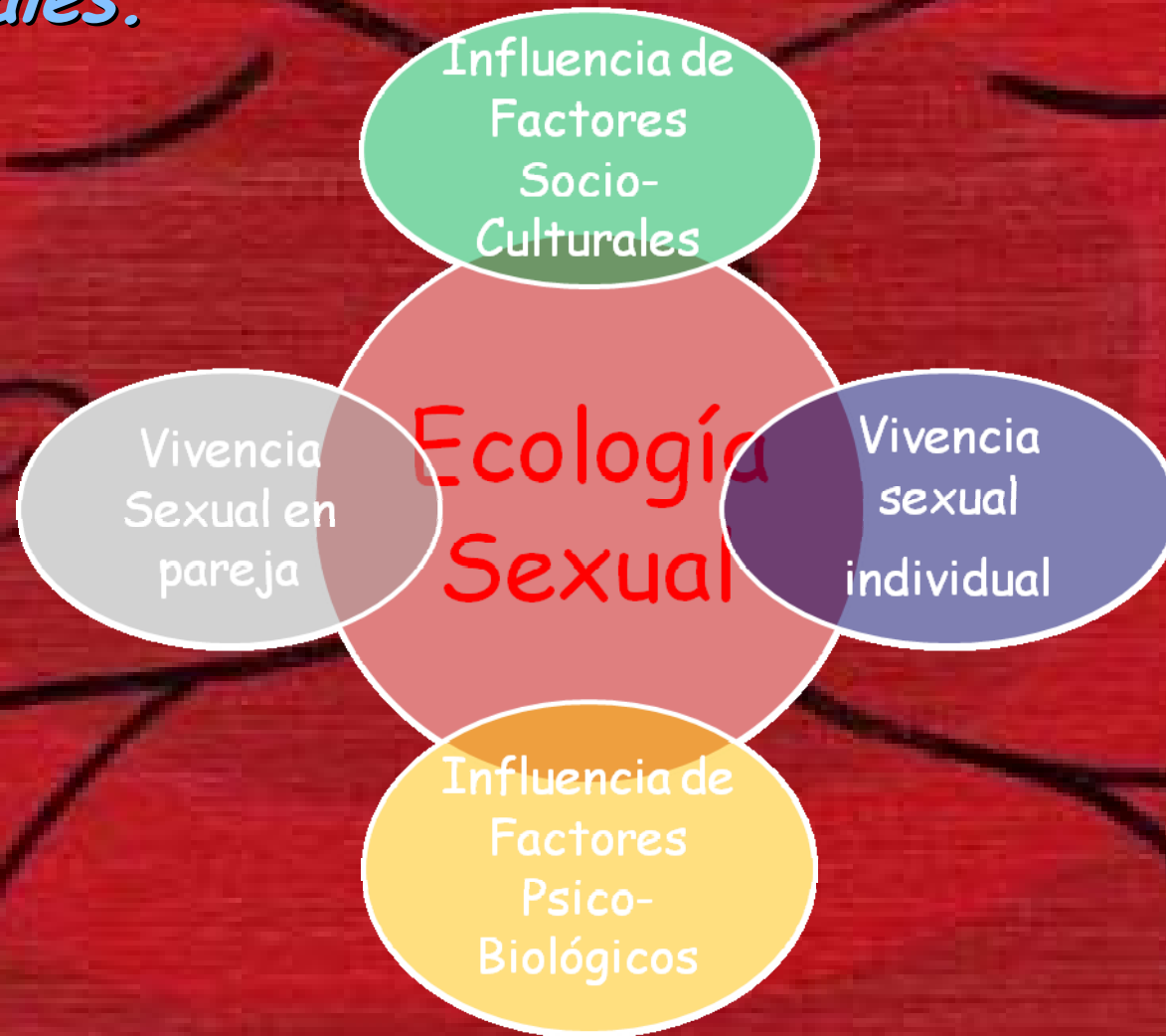
SALUD SEXUAL


"La salud sexual es la experiencia de un proceso progresivo de bienestar físico, psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad"

*Ciudad de Guatemala 2000
OPS / OMS / WAS*

Los factores somáticos, psíquicos, sociales y de relación de pareja interactúan en la etiología de los problemas sexuales, el conocimiento de estos factores y de estrategias de intervención adecuadas, son el fundamento de la actuación sexológica.

Ecología Sexual: Patrón de relaciones entre la sexualidad del individuo y su pareja con el agregado de influencias biológicas, sociales y culturales.





***DISFUNCIONES
SEXUALES DEL
VARÓN***

La Eyaculación precoz/rápida probablemente sea la disfunción sexual más frecuente en la primera mitad de la vida sexual del hombre y es de hecho uno de los mayores motivos de consulta. Aproximadamente un 7 de cada 10 hombres la padece a lo largo de su vida.

Hasta los años 60 no se incluye a la E.P./E.R. dentro de las disfunciones sexuales. Hasta entonces, muchos hombres no mostraban preocupación por su control eyaculatorio, ni su pareja, aparentemente, se lo solicitaba. La sexualidad era contemplada básicamente con fines reproductivos y, para muchas mujeres, como algo que tenían que soportar. Por ello, cuanto más rápida fuera la eyaculación, menor compromiso de la pareja y de cada uno de sus integrantes con la sexualidad como forma de comunicación y expresión del amor.



Masters y Johnson hablan de:

"Incapacidad para retrasar el reflejo eyaculatorio durante la penetración el tiempo suficiente como para satisfacer a su pareja en el 50 % de sus contactos sexuales".

En la década de los 80 a los 90 se estableció la "dictadura del orgasmo" y el hombre pasó a ser responsabilizado y, sobre todo, sentirse culpable de la ausencia del orgasmo de la mujer. Esta nueva concepción pesa sobre los hombros del hombre como una obligación sexual. Llevándose a que muchos de los casos que se etiquetaban como eyaculación precoz... no lo eran, siendo en realidad problemas en el orgasmo de la mujer.



La CIE-10 la define como:
"la incapacidad de controlar la
aparición de la eyaculación
durante el tiempo necesario
para que ambos participantes
disfruten de la relación sexual".

Establece una duración mínima de
los síntomas de por lo menos 6
meses.

Helen Kaplan dice que:

"debe considerarse eyaculador rápido al varón que no tiene, no ha adquirido o ha perdido la capacidad de decidir, dentro de límites razonables, su capacidad de control del momento eyaculatorio"

Estas definiciones presentan un aspecto discutible. Ya que ningún hombre ejerce control voluntario sobre la eyaculación, al ser un acto reflejo que no depende de la voluntad. Lo que Masters y Johnson definen como la "inevitabilidad eyaculatoria". Lo que sí se puede controlar son las reacciones orgánicas que preceden al reflejo eyaculatorio y así prevenir la inevitabilidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) Define la Eyaculación Rápida como:

“Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.”

Al sujeto que padece EP, dicha eyaculación podemos decir que...le coge por sorpresa.



La Academia Internacional de Sexología Médica considera que:

La Eyaculación Precoz/ Rápida es la condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden el reflejo eyaculatorio, produciendo malestar personal y/o en la relación con su pareja.





Cronología	Primaria Secundaria
Ámbito Temporal	General Situacional
Patogenia	Debido a factores psicológicos Debido a factores orgánicos Debido a efectos secundarios de medicamentos Debido a factores combinados

Según el Criterio Cronológico la DSM-IV clasifica la E.P./E.R. en:

- Primaria "De toda la vida" (desde el inicio de la vida sexual)
- Secundaria "Adquirida" o (cuando hay períodos previos en que la E.R.. no ocurre). En este caso, el currículum sexual y las circunstancias tienen notable influencia.

• Según el **CONTEXTO** el DSM-IV clasifica la Eyaculación en:

General : cuando esta ocurre con independencia de las circunstancias o personas.

Situacional o circunstancial : cuando ocurre en determinadas circunstancias o con determinadas personas.

• Según la **ETIOLOGÍA** la Eyaculación Precoz/ Rápida puede deberse a:

- Factores psicológicos,
- Factores orgánicos
- Efectos secundario de los medicamentos
- Factores combinados

Farmacológicos

Psicógenos

Orgánicos

De origen Psico-Emocional:

La ansiedad, la inseguridad, el temor al fracaso, la depresión, el estrés, los problemas entre la pareja, pueden estar en el trasfondo o ser el desencadenante de la eyaculación precoz.

De origen orgánico:

Pueden deberse a lesiones de la uretra y próstata y todos aquellos problemas neurológicos que interfieren con las vías nerviosas que ejercen o controlan el reflejo eyaculatorio y la percepción del mismo.

De origen farmacológico

- Interferencia sobre las hormonas sexuales
- Disminución del aporte arterial
- Interferencia sobre el S.N. Autónomo

Criterios para su determinación:

- Ausencia de antecedentes
- Instauración +/- brusca (relación temporal con inicio de tratamiento)
- Desaparición de la D.S. tras ↓ dosis o supresión del fármaco.

Antidepresivos: y Ansiolíticos:
Disfunción eréctil, ↓ deseo, ↓
excitación y retraso orgasmo

Antihipertensivos y Duréticos:
Disfunción eréctil, ↓ deseo

Litio: Retraso en la eyaculación, ↓
deseo

Antipsicóticos: Alteración de las 3
fases de la RSH

La Academia Internacional de Sexología Médica clasifica la EP/ER en función de la gravedad:

- Grado I o Leve - eyacula luego de la penetración y después de un escaso número de movimientos coitales.
- Grado II o Moderado - eyacula inmediatamente tras la penetración.
- Grado III o Severo - eyacula antes de la penetración (Eyaculación "ante portas") o en ausencia de erección.

En la mayoría de los casos, el control de la eyaculación es una respuesta aprendida con una gran influencia socio-cultural. Muchos varones marcan en el coito...un ritmo similar a la masturbación.

Técnicas de la comprensión de Master y Johnson (Técnica del Apretón)

- 1era Fase: Se realiza con la estimulación de los genitales del hombre por parte de su compañera, hasta que el orgasmo sea inminente y lleva a cabo la compresión en la base del glande.
- 2da Fase: Se procura el apretón durante el coito con la mujer en posición superior.
- 3ra fase: Consiste en utilizar la misma técnica del apretón pero durante el coito lateral.

Ejercicios De Parada y Arranque de Kaplan:

- **Ejercicio 1**

1º paso .-

Autoestimúlese en solitario, concéntrese en las sensaciones que tiene, poco antes de tener el orgasmo, pare.

2° paso.-

A continuación (después de unos instantes) reinicie la estimulación centrando toda la atención en las sensaciones placenteras que dichas caricias le aportan. De nuevo pare.

3° paso.-

Hágalo así un par de veces y por último deje que se produzca la eyaculación.

(hacer cada 2 ó 3 días)

Transcurridas dos o tres semanas
pasamos a la siguiente fase.

4° paso.-

Haga de nuevo los pasos anteriores, pero usando jabón líquido y agua caliente. siga paso por paso cada parte del ejercicio anterior.

Recostado boca arriba la mujer le estimula el pene (manual u oralmente) él centra su atención exclusivamente en las sensaciones que emanan de su pene. Se le advierte expresamente que no preste atención alguna a su pareja para que no se distraiga de su experiencia sexual. Cuando experimenta las sensaciones que preceden el orgasmo pide a su pareja que deje de estimularle. Antes de perder del todo la erección, vuelve a reanudarse la estimulación para suspenderla de nuevo justo antes de alcanzar el orgasmo.

Se llevará a cabo el acto sexual con la mujer encima, permaneciendo él quieto mientras ella se mueve y empleando una vez más el procedimiento de "detención-arranque".

Cuando él alcanza un nivel preorgásmico, la detiene y se quedan quietos hasta que desaparezca la sensación, para luego volver a reanudar los movimientos.


PRILIGY[®]
(dapoxetine HCl) tablets



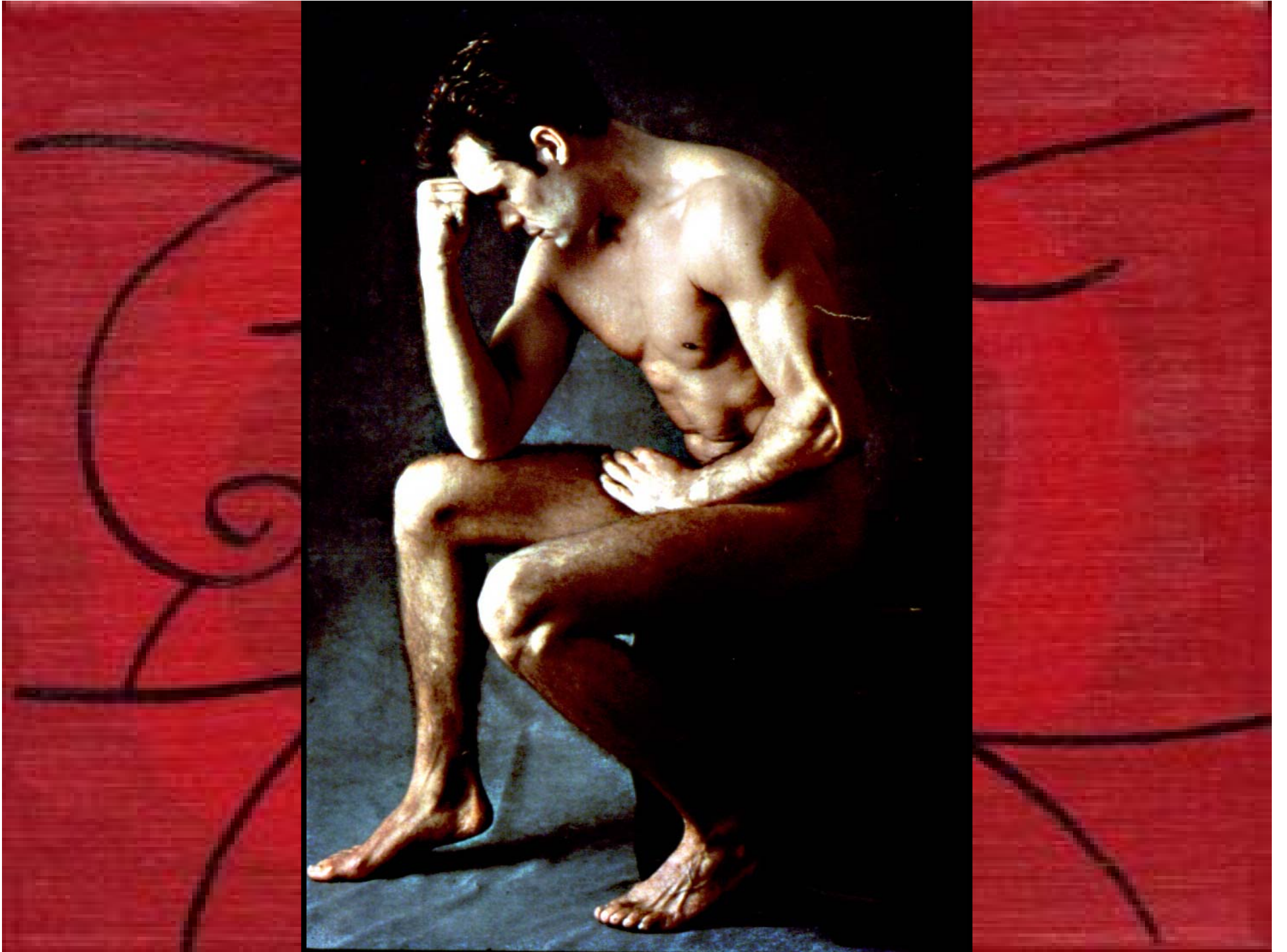
- Ejercicios de Kegel :

El sujeto cada vez que lleve a cabo la micción, cortará varias veces la orina.

- Usar preservativo con crema retardante.
- Que la pareja tenga uno o dos orgasmos antes de la penetración.
- La pareja arriba y estimulando su clítoris (usando Play O).

La disfunción eréctil (DE):

Puede ser una incapacidad total para lograr una erección, una capacidad inconsistente para hacerlo, o una tendencia a tener solamente erecciones breves.



Historia Médica

- Descartar condiciones comórbidas
- Factores de riesgo enfermedad vascular
- Uso de medicamentos, drogas recreacionales, tabaco
- Historia de cirugías o trauma pélvico, perineal

Historia Sexual

- Disfunción Eréctil psicogena
- Deseo sexual alterado del paciente o pareja sexual
- Eyaculación precoz
- Problemas en el Orgasmo
- Función de la pareja sexual
- Dolor genital inducido sexualmente

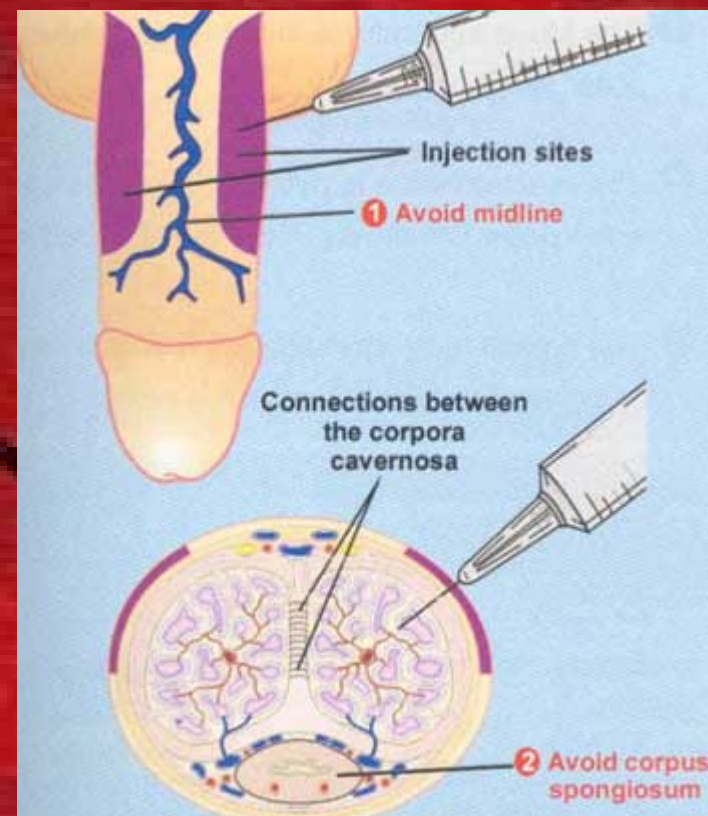
VARIABLES PSÍQUICAS A CONSIDERAR :

- Ansiedad de Ejecución
- Rol del Espectador
- Estrés
- Relación de pareja conflictiva
- Ideas erróneas sobre la propia conducta sexual
- Patologías de tipo mental



Fundamental:

- Recuperación de la confianza.
- Desaparición de la angustia de anticipación (instrucción paradójica)
- Control de la ansiedad.
- Supresión de la sensación de exigencia.
- Hábitos de vida saludable.
- Placereado / Focalización sensorial /Parada y arranque.





**DISPENSA-VIAGRA
DE EMERGENCIA**



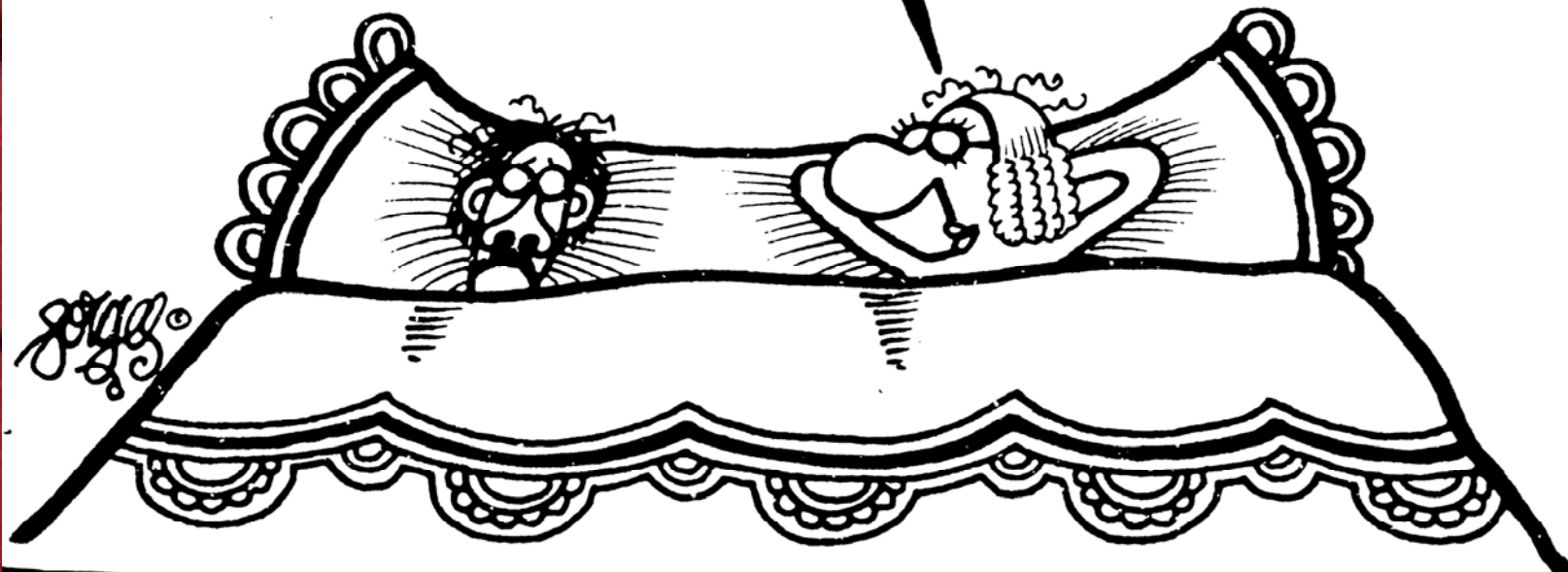
AFRODISIACOS





Aparece en el varón el miedo al fracaso, y como consecuencia la angustia de anticipación que cronifica el síntoma y acaba generando una conducta evitativa y con ello una inhibición del deseo sexual

HA SIDO GENIAL, CHICO;
TE JURO QUE NUNCA
ME HABÍA REIDO TANTO



A stylized line drawing of a face with a large 'X' over it, set against a red background. The drawing is composed of simple black lines on a solid red background. The face is shown in profile, with the 'X' crossing over the eyes and nose. The text is centered over the face.

***DISTORSIONES
COGNITIVAS DE BECK***

PENSAMIENTO DICOTÓMICO

Si mi respuesta sexual no es la deseada o la que esperaba es que ya no sirvo para el sexo o seré homosexual.

SOBREGENERALIZACIÓN

Si he tenido una vez una respuesta sexual disfuncional, significa que ya siempre me va a suceder igual.

ABSTRACCIÓN SELECTIVA

Poner toda la atención en un detalle disfuncional del desenvolvimiento sexual, sacándolo de su contexto e ignorando otros hechos de la situación ... y definiendo toda la experiencia sexual sobre la base de este detalle negativo.

DESCALIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS POSITIVAS

No tener en cuenta las experiencias sexuales positivas vividas, y a raíz de la disfunción, mantener una creencia negativa de cómo se desarrollarán los encuentros sexuales.

No disfrutando del proceso, porque teme que va a volver a fallar en la ejecución..

ADIVINACIÓN DEL PENSAMIENTO

Con independencia de la etiología de la disfunción sexual, el varón tiende a hacer una interpretación errónea sobre cómo vive su pareja el problema. normalmente basándose en los valores culturales propios de su género.

ADIVINACIÓN DEL FUTURO

Esperar que la relación sexual salga mal, y que el desarrollo de la misma será indefectiblemente negativo, sin contemplar que pueda ser de otro modo.

Inhibición del deseo sexual.

MAGNIFICACIÓN Y/O MINIMIZACIÓN

Magnificar los problemas sexuales propios y comprender los de los demás y verlos como sin importancia. Y que si en un momento no aparece la DS será por accidente.

LOS DEBERÍA

Intentar mejorar y/o superar su RS con : "debería de ..." .."tendría que" ... "debo hacerlo mejor" ... "debo tener una buena RS" ...La consecuencia emocional de estos pensamientos , es la culpa, la ira y el resentimiento. El "Debería" , se usa cuando en realidad podría decirse: "Me Gustaría, Preferiría, Querría"

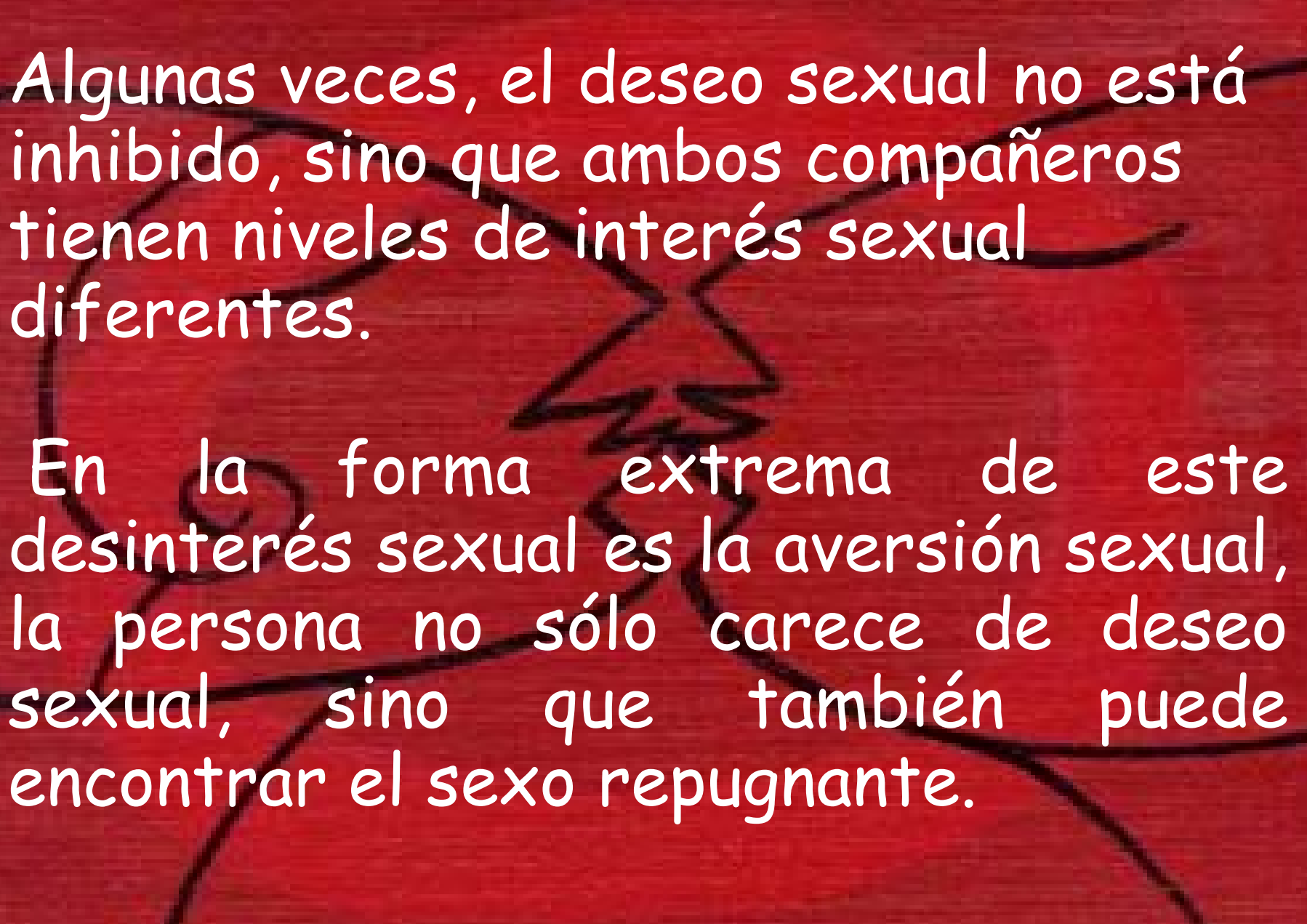
Deseo sexual inhibido

El deseo sexual inhibido se refiere al bajo nivel de interés sexual, en el cual una persona no comenzará ni responderá al deseo de actividad sexual en la pareja.

Dicha afección puede ser:

- Primaria - en la cual el varón nunca ha sentido mucho interés o deseo sexual)
- Secundaria - en la cual el varón solía sentir deseo sexual, pero ya no lo tiene).

El deseo sexual inhibido puede estar relacionado con la pareja (desinterés por la propia pareja y/o interés en otra) o puede ser general (no está interesado sexualmente en nadie



Algunas veces, el deseo sexual no está inhibido, sino que ambos compañeros tienen niveles de interés sexual diferentes.

En la forma extrema de este desinterés sexual es la aversión sexual, la persona no sólo carece de deseo sexual, sino que también puede encontrar el sexo repugnante.

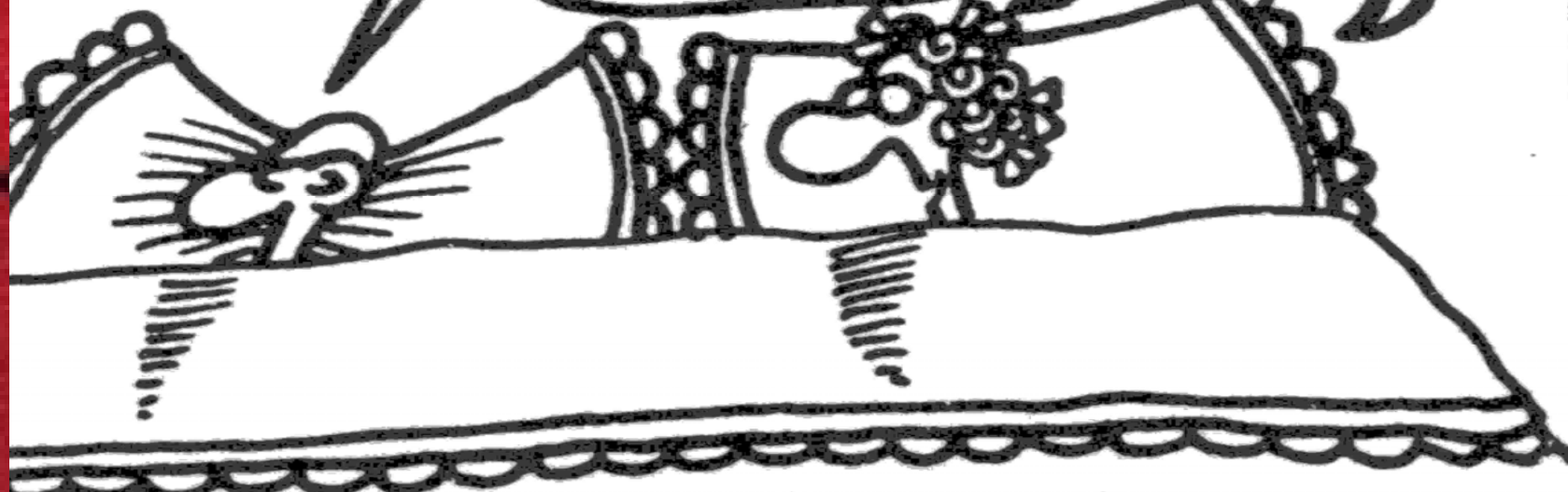


MARIANO; PODÍAMOS
JUGAR A LO DE "HOY NO; ME
DUELE LA CABEZA"

ZPPZZSSSSFFF

BUENO; PERO NO
SEAS LÓCO

TE
RUEGO



Apatía sexual



La intervención sexológica ha de tener como punto de partida inicial:

- Posibilitar que las personas que acuden a consulta puedan hablar de sus emociones, de sus sentimientos, de sus vivencias y de sus experiencias sexuales (solos y en pareja).

Con el fin de:

- Resolver las dificultades y/o disfunciones sexuales.
- Transmitir una actitud que propicie y alimente la intimidad y el romance en la pareja.
- Restaurar la espontaneidad y la frescura en las relaciones sexuales
- Recuperar el placer como un valor a compartir

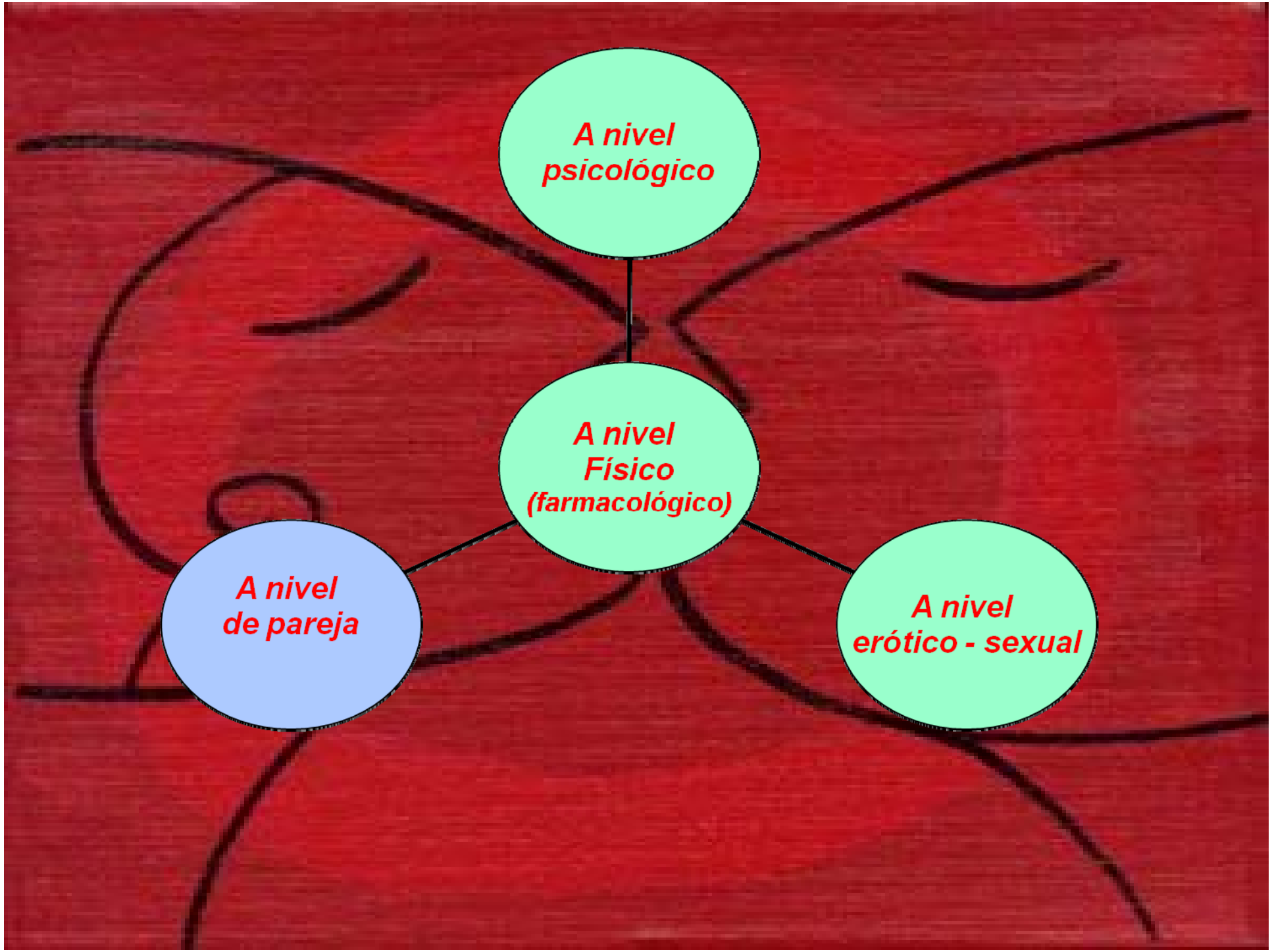
Los factores somáticos, psíquicos, sociales y de relación de pareja, interactúan en la etiología de los problemas sexuales, el conocimiento de estos factores y de estrategias de intervención adecuadas, son el fundamento de la actuación sexológica con un **enfoque bio-psico-social**

*A nivel
psicológico*

*A nivel
Físico
(farmacológico)*

*A nivel
de pareja*

*A nivel
erótico - sexual*



*La vida sexual satisfactoria del individuo
forma parte de un Estilo de Vida Saludable*

.....



➤ *Las dificultades en el desarrollo de la vida sexual satisfactoria generan malestar emocional tanto en quien las padece como en su pareja*

En todo el proceso terapéutico es imprescindible tener presente, el papel de la pareja del paciente.



En el proceso de la terapia sexual es imprescindible crear un contexto que sea lo más favorable para la comunicación entre el paciente, su pareja y el profesional... constituyendo un Escenario promotor de salud sexual.



*Aspectos a cuidar en la relación
Terapéuta - Paciente - Pareja:*

- Buena comunicación (verbal y no verbal)
- No tener una postura prejuiciosa
- Plantear una visión integral de la salud sexual
- Claridad en el mensaje

*Desdramatizar el problema
sin banalizarlo*

*- Transmitir una actitud positiva
sobre la resolución de la
demanda*

*- No forzar la situación (el
"tempo" no debe generar
malestar)*

*Posibilitar y animar a la
intervención en pareja*

*- Constituir una alianza
terapéutica con la pareja*



*Factores que pueden impedir o
entorpecer la Adherencia
Terapéutica*

Quando llevamos a cabo una intervención en terapia sexual, hemos de tener presente la existencia de diferentes factores y variables (muchos de ellos poco evidentes y sobre los que tenemos limitadas posibilidades de actuar) que pueden ser determinantes en la consecución de nuestros objetivos terapéuticos

Los sentimientos más frecuentes en la mujer del varón disfuncional son:

- Frustración.
- Culpa.
- Limitación de sus actividades sexuales.
- Dudas sobre la elección de pareja.
- Inhibición del deseo sexual.



Al Inicio del Proceso Terapéutico

-Espectativas excesivas en la terapia (del paciente y/o su pareja)

-Historia sexual de los miembros de la pareja

-Nivel de comunicación y complicidad entre ambos

-Negación del problema

- *Conformismo del paciente y/o su pareja con la disfunción*
- *Sentimientos de culpabilidad del paciente y/o su pareja por el problema*
- *Hostilidad manifiesta o subyacente en la relación de pareja*



Durante el Proceso Terapéutico

*-Proceso terapéutico distinto al
esperado por el paciente-pareja*

*-Resultados terapéuticos
diferentes a los esperados por el
paciente o su pareja*



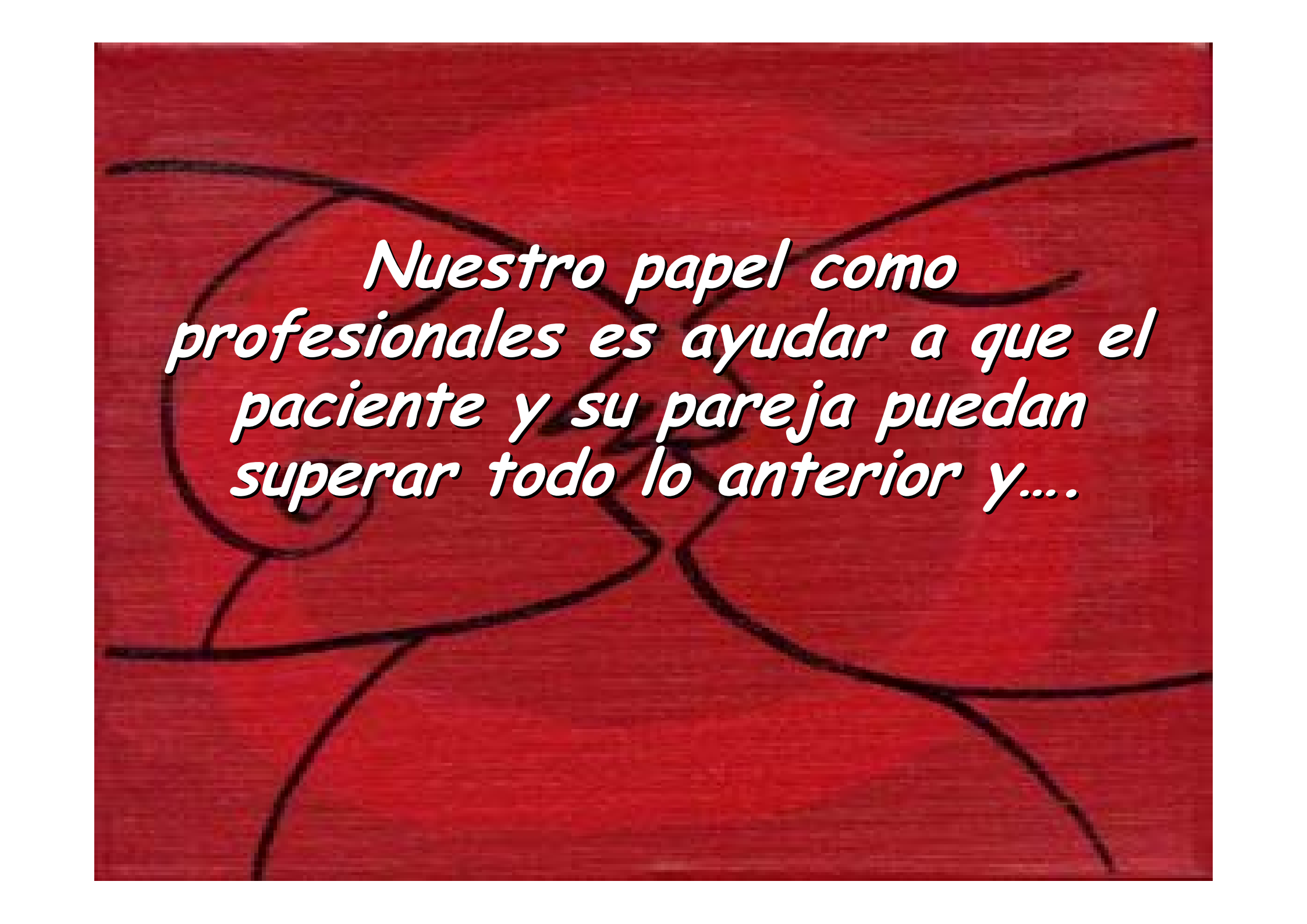
-Distanciamiento emocional y afectivo en la pareja

- Boicoteo (consciente o inconsciente) de la terapia por parte del paciente o su pareja

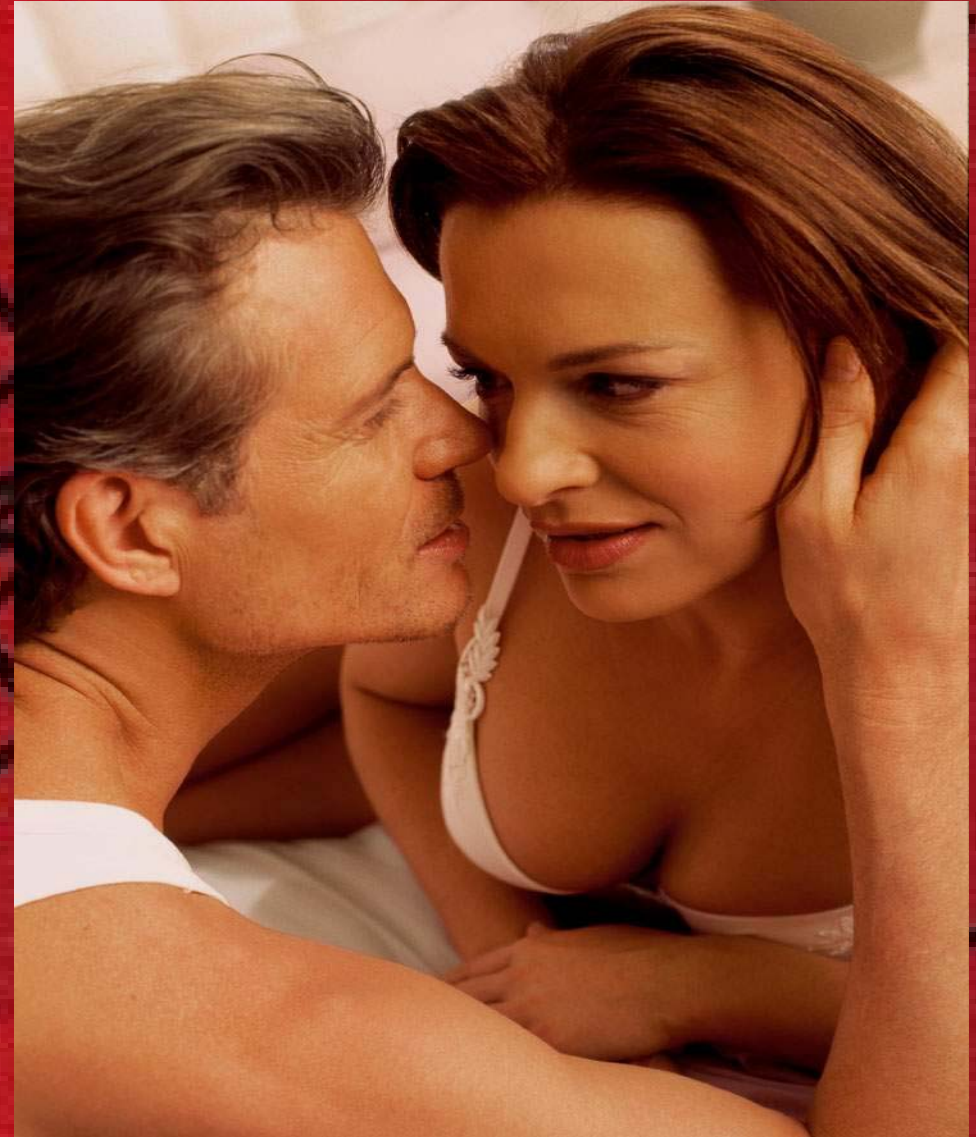
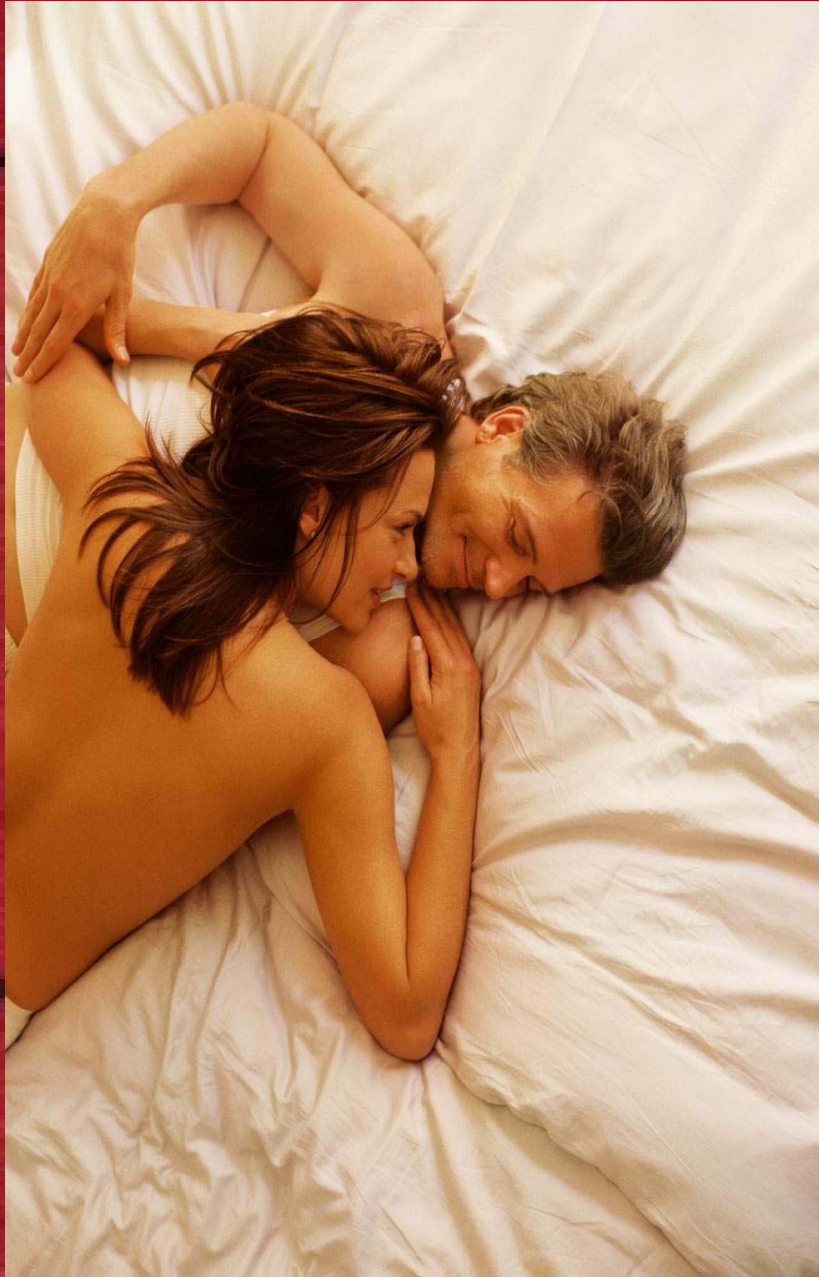
-Pérdida de la propia imagen por parte del paciente o su pareja

-Interpretación distorsionada de cualquier iniciativa para buscar soluciones por parte del otr@

*- Miedo a un nuevo fracaso,
y como consecuencia la
angustia de anticipación que
cronifica el síntoma y acaba
generando una conducta
evitativa y con ello una
inhibición del deseo sexual*



*Nuestro papel como
profesionales es ayudar a que el
paciente y su pareja puedan
superar todo lo anterior y....*





GRACIAS