



TRATAMIENTO HORMONAL Y
NO HORMONAL DE LAS
DISFUNCIONES SEXUALES
FEMENINAS

Dra. Alicia Corleto Carpio

INTRODUCCIÓN

- DEFINICIÓN SALUD SEXUAL:

«Estado bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad»

La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales; así como la posibilidad de obtener placer, con experiencias sexuales seguras, libre de coacción, discriminación y violencia.



PREVALENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES

- Master Johnson (1970) 50% parejas
- Natan (1980) 15% hombre, 35% mujer
- Laumann, Pak y Rossen (1999) 31% hombre, 43% mujer
- Oksuz y Malhan (2005) 43% hombre
- Hayes, Bennet y Fairley (2008) 46% mujer



RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

- Master Johnson: Fases:
Excitación, meseta, orgasmo y resolución
- Kaplan (1979) Aporto deseo 1° fase
- Schnarch (1991) Curva tridimensional del deseo
- Basson (2002) Intimidad

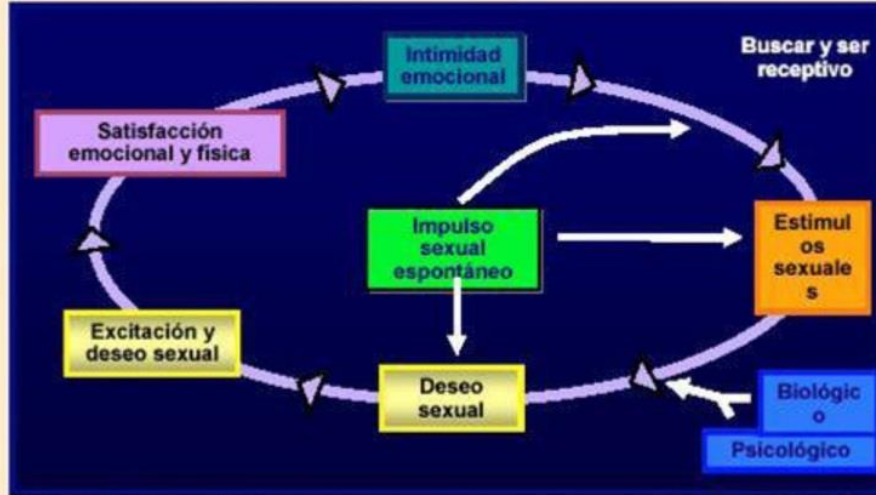
Modelo lineal de la respuesta sexual humana



ESQUEMA BASSON

c. Modelo no lineal

- En 2001, Basson construyó un modelo no lineal de la respuesta sexual femenina.
- El modelo alternativo de Basson incorpora una motivación basada en la intimidad, los estímulos sexuales, los factores confluyentes biológicos y psicológicos y la satisfacción.



Basson R. *Med Aspects Hum Sex*. 2001;1:41-42.

Ciclo sexual en la mujer

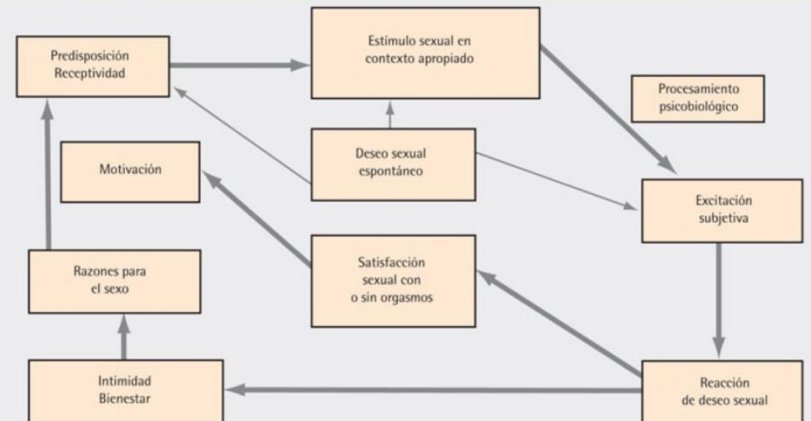


Gráfico adaptado de Basson (2005).

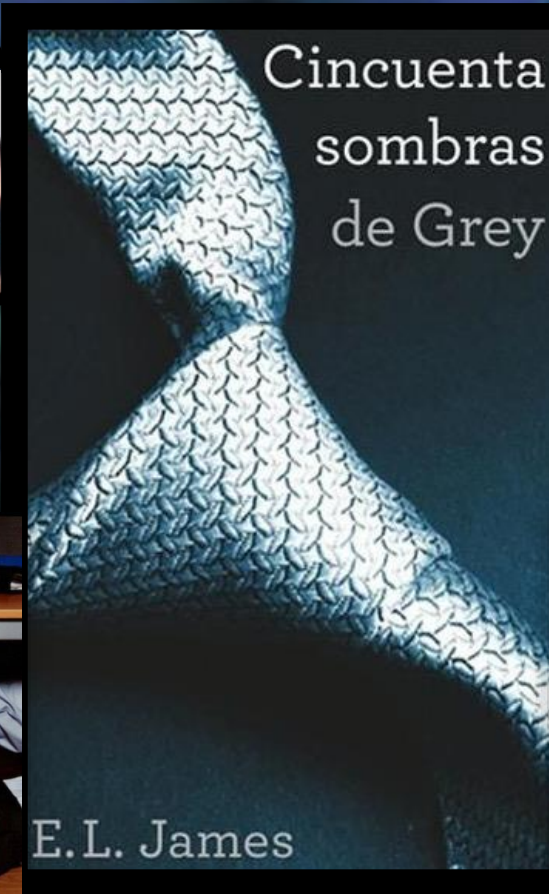
ACTIVADORES EXTERNOS

- Vista
- Olfato
- Oído
- Gusto
- Tacto



ACTIVADORES INTERNOS

- Sueños
- Fantasías eróticas



TRASTORNOS SEXUALES

Cuadro 7.1. *Clasificación de las disfunciones sexuales*

Hastin	(1963)	APA	(1980/87/94)
Eysenck	(1965)	Shover	(1982)
Hirsch	(1966)	Bianco	(1988)
Wolpe	(1969)	Carrobles	(1991)
Masters	(1970/1987)	CIE 10	(1992)
Haslam	(1974)	AMSSAC	(1993)
Kaplan	(1974/77)	AFUD	(2000)
Sharpe	(1976)	Basson <i>et al.</i>	(2003)
		FLASSES	(2008)

CLASIFICACIÓN FLASSES

PÁGINAS SIGUIENTES

[1](#)

[2](#)

[3](#)

[4](#)

[5](#)

[6](#)

[7](#)

[8](#)

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

- DEFINICIÓN:
- Basson y Col (2003) DSM-IV-TR
“Ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamiento o fantasías sexuales, siendo la motivación para buscar la excitación escasa o nula; teniendo presente los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo vital y duración de pareja”
- Cabello- Santamaría (2007)
- “La ausencia o disminución de pensamiento o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores externos del deseo”.



EPIDEMIOLOGÍA



- **Mears (1978) 51%**
- **Flores-colombino (2004) 30.1%**
- **Simons y Carey (2001) 5-46%**
- **Johnson, Phelps y Cottler (2004) 11%**
- **Laumman, Col (2005) 24 – 43%**
- **Cabello Santamaría (2003) 48.1%**

FORMA CLINICA

CLASIFICACIÓN:

- Deseo sexual hipoactivo primario
- Deseo sexual hipoactivo secundario
- Deseo sexual hipoactivo secundario evanescente
- Deseo sexual hipoactivo circunstancial
- Deseo sexual hipoactivo nominal
- Deseo sexual hipoactivo inoportuno



ETIOLOGÍA

FACTORES ORGÁNICOS

- Alteraciones neuroendocrinológicas
- Trastorno hormonal
- Enfermedad metabólica
- Afecciones crónicas
- Medicamentos



FACTORES PSICOLÓGICOS

- Problemas de pareja
- Disfunción sexual previa
- Desmotivación – autoestima – stress
- Trastorno estado de ánimo



EVALUACIÓN

- Historia clínica
- Exploración
 - Analítica hormonal
- Cuestionarios:
 - SA1-E, GRISS, FSDS, FSFI, PFSF DECREASED SEXUAL DESIRE SCREENER WSID
- Autoregistro
 - Fantasías
 - Estímulos que favorecen
 - Listado de rechazo
 - Pensamientos previos
- Reacción a la pareja



TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO

a) Potencian la excitabilidad: Efedrina, Sildenafil, Fentolamina PGE1

b) Hormonales

Testosterona: Parche intrinsa

Criterios:

- * Pareja corta duración
- * Pareja buena relación
- * Paciente depresiva
- * Nivel bajo andrógeno

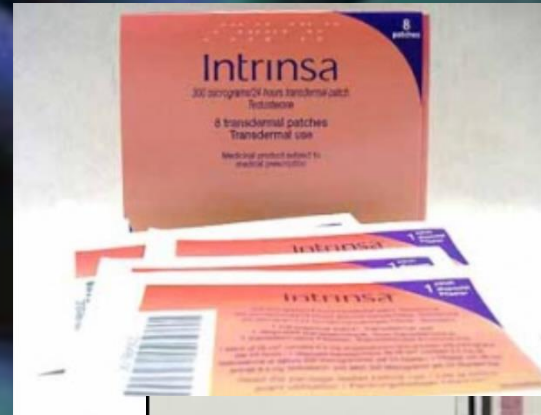
c) Psicofármacos

Mirtazapina

Bupoprion, Flibanserina (ADDYI)

d) Otros: Tamoxifeno – Raloxifeno

Tibolona



TRATAMIENTO SEXOLÓGICO

- Modelo Kaplan (1974)
- Modelo Mc Carthy (1995)
 - 2 puntos:
 - Romper ansiedad anticipatoria
 - Construir estilo vida sexual satisfactorio
 - Mejor intimidad
 - Aumento atracción
 - Favorecer confianza y seguridad
 - Nuevos escenarios
- **Modelo de Lopiccolo y Friedmann (1998)**

TRATAMIENTO SEXOLÓGICO

- **Modelo de Trudel (1997)**

Pasos:

- * **Análisis de causas**
- * **Información sexual**
- * **Ejercicio potenciar intimidad**
- * **Focalización sensorial**
- * **Entrenamiento habilidad comunicación**
- * **Entrenamiento en reforzamiento mutuo en pareja**
- * **Restauración cognitiva**
- * **Trabajar con fantasías sexuales**

TRATAMIENTO SEXOLÓGICO

- Modelo Cabello – Santamaría
 - * Trabajar fantasías eróticas
 - * Autoestimulación
 - * Focalización sensorial
 - * Seducción
 - * Mejorar comunicación
 - * Terapia pareja / resolución conflictos
 - * Información sexual
 - * Terapia de grupo

TRASTORNO DEL DOLOR: VAGINISMO Y DISPAREUNIA

- INTRODUCCIÓN

- DEFINICIONES

DISPAREUNIA: El DSM-IV-TR lo define con los siguientes criterios

- A) Dolor genital recurrente o persistente asociado a coito
- B) Trastorno causa malestar e interfiere en relaciones interpersonales
- C) No es producida por vaginismo o falta de lubricación

VAGINISMO: Según el DSM-IV-TR

«Contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, dedos, taponés o espéculos».



EPIDEMIOLOGÍA

VAGINISMO

- ❑ Master y Johnson (1970) 10%
- ❑ Instituto Andaluz de Sexología (2003) 1.6%
- ❑ Goldmeier, Keane (1997) 25%
- ❑ Barni Mondì (1997) Cáncer mama: 30%
- ❑ Dogan (2009) 75% mujeres turcas

DISPAREUNIA

- ❑ Glatt y Zindden (1990) 34%
- ❑ Laumann, Paik y Rosen (1999) 14%
- ❑ Oskay, Beji (2005) 45% postmenopáusica
- ❑ Haycs Etal (2008) 16%



FORMAS CLÍNICAS

VAGINISMO

Según intensidad

- Leve
- Moderado
- Grave
- Severo

Según dimensión adonde se sitúa

- Primario
- Secundario
- Situacional
- Generalizado
- Parcial



FORMA CLÍNICA

DISPAREUNIA

Clasificación según localización

- Superficial
- Vaginal
- Profundo

Relación con coito

- Entrada
- Concomitante
- Posterior



ETIOLOGÍA

ORGÁNICAS

- ✓ Himen rígido o hipertrófico
- ✓ Endometriosis
- ✓ EPIA
- ✓ Cervicitis
- ✓ Tumor pélvico
- ✓ Hemorroides
- ✓ IVU, etc.



CAUSAS PSICOLÓGICAS - KAPLAN (1974)

- Actitudes erotofóbicas por educación religiosa estricta
- Falta de información sexual
- Abuso sexual
- Mala socialización control esfínteres
- Miedo excesivo al embarazo

FACTORES PRECIPITANTES

- Miedo
- Dolor

FACTORES MANTENEDORES

- Miedo al fracaso
- Obligación al resultado
- Altruismo excesivo
- Autosupervisión



DISPAREUNIA

CAUSA ORGÁNICA

- Himen rígido
- Bartholinitis
- Vestibulitis
- Cirugía
- Fármacos
- Endometriosis
- EPIA
- Útero retroflexión, etc.



DISPAREUNIA

EVOLUCIÓN

EVALUACIÓN

- Evaluación
- Exploración
- Cuestionarios
- Autoregistros



TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO

Ansiolíticos

Toxina Botulínica

TERAPIA SEXUAL

a) Modelo Cabello – Santamaría

Desensibilización In Vivo

- Potencialización de erotofilia
- Permeabilización vaginal individual
- Permeabilización vaginal en pareja
- Capacitación coital

b) Desensibilización In Vitro

- Exploración de genitales
- Permeabilización vaginal con dilatadores
- Capacitación coital con dilatadores



ANORGASMIA

CONCEPTO

CDI-10

“El orgasmo no ocurre o está notablemente retrasado”

DSM-IV-TR

“Inhibición recurrente o persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal y producida a través de una estimulación que se considera adecuada en intensidad, duración y tipo”.



EPIDEMIOLOGÍA

- Kinsey y Col (1953) 10%
- Hite (1976) 11.6%
- Rosen, Col (2004) 24 – 37%
- Anorgasmia coital 50 – 75%



FORMA CLÍNICA

DSM-IV-TR CLASIFICA

- Anorgasmia toda la vida
- Anorgasmia adquirida
- Anorgasmia generalizada
- Anorgasmia situacional



FORMA CLÍNICA

CABELLO – SANTAMARÍA Y COL Clasifica:

- Nunca un orgasmo
- Anorgasmia salvo en sueños
- Orgasmo solo con autoestimulación
- Sólo con presión de agua
- Sólo apretando las piernas
- Sólo estimulación oral
- Sólo estimulación manual de pareja
- Sólo con penetración y estimulación clítoris
- Pocas veces en la vida
- Orgasmo de baja intensidad
- Multiorgasmia
- Mujeres que no están seguidas de tener orgasmos

ETIOLOGÍA

ORGÁNICA 5%

1. Alteraciones neurológicas
2. Alteraciones metabólicas-endocrinológicas
3. Drogas y fármacos
4. Enfermedades crónicas



CAUSAS PSICOLOGICAS

- Master – Johnson (1994)
- Dicotomía entre valor aprendido y los que se solicitan socialmente
- Ortodoxia religiosa y actitud negativa hacia la desnudez
- Experiencias sexuales traumáticas
- Culpabilidad
- Estado depresivo
- Comunicación ineficaz y hostilidad hacia la pareja
- Ignorancia sexual
- Actitudes negativas a masturbación
- Miedo a perder el control

CABELLO - SANTAMARÍA

FACTORES PREDISPONENTES

- Educación sexual
- Actitudes sexuales negativas
- Baja autoestima
- Estilo apego ansioso ambivalente
- Baja asertividad
- Escasa intimidad y comunicación pareja
- Expectativa desmedida hacia la sexualidad

FACTORES PRECIPITANTES

- Dificultad para abandonarse
- Auto observación
- Atención tiempo eyaculatorio
- Técnica amatoria poco apropiada

FACTORES MANTENEDORES

- Ansiedad anticipatoria
- Demanda de ejecución



- Historia clínica
- Exploración psicofisiologica
 - * Fotoplestismografía / termistor
 - * Medir potenciales evocados de clítoris
 - * RNM Cerebral



- CUESTIONARIOS
- AUTOREGISTROS



TRATAMIENTO SEXOLÓGICO

Kaplan 1974 afirmó:

«A menos que se den enfermedades físicas y mentales graves, o se interponga un conflicto conyugal insuperable, todas las mujeres son capaces de tener orgasmos».

A) POTENCIACIÓN DE LA EROTOFILIA

- * Explicar la respuesta
- * Combatir creencias erróneas
- * Expresiones sexualidad
- * Material sexual

B) AUTOESTIMULACIÓN

C) EROTIZACIÓN ORGÁSMICA

D) CAPACITACIÓN ORGÁSMICA

- * Penetración con autoestimulación clitoroidea
- * Penetración con heteroestimulación
- * Penetración sin estímulo



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Bupoprion
- Mirtazapina
- Yohimbina
- Geles
- Vacuo genital eros device



SALUD SEXUAL

RESPECTA+VALÓRATE+CONÓCETE+
AFIRMA+EXPRESA+ESTABLECE+
PIENSA+VALORA+DECIDE+ACEPTA+
MEJORA+COMUNICA+DISFRUTA+
SÉ CONGRUENTE+INFÓRMATE+



YO ♥
SEXUALIDAD
RESPONSABLE

Sexualidad positiva



QUÉ BONITA ESTÁS CUANDO ERES FELIZ!



DRA. ALICIA CORLETO CARPIO

El proceso de diferenciación del sexo puede presentar desórdenes en el funcionamiento en cualquiera de sus dos fases: genética y anatómica debido a alteraciones de sus factores fundamentales.

FLASSES propone hablar de “Patología del Sexo” porque expresa que hay diferentes síndromes involucrados, lo cual no sucede con el término “Disforias de Género”.

A) *Patologías del sexo*. Los desórdenes de funcionamiento se ubican en alguna de las fases del proceso de diferenciación del sexo (no incluidas dentro de las disforias de género mencionadas en el DSM IV-TR y en otras clasificaciones tiene otra ubicación).

A.1. *Patologías de la fase genética*. La característica principal es que hay una alteración en el par cromosómico 23 y la persona nace lesionada. Se han descrito las siguientes entidades clínicas:

A.1.1. *Síndrome de Turner*: Al par cromosómico del sexo le falta total o parcialmente un cromosoma. El cariotipo más frecuente es el 45, XO.

A.1.2. *Síndrome de Klinefelter*: El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma X adicional. Cariotipo 47, XXY.

A.1.3. *Síndrome del Súper Hombre*: El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma Y adicional. Cariotipo 47, XYY.

A.1.4. *Síndrome de la Súper Mujer*: El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma X adicional. Cariotipo 47, XXX.

A.2. *Patologías a nivel de la fase anatómica*. Las alteraciones pueden estar en alguno de los dos componentes –gonadal o cerebral– de la fase anatómica.

A.2.1. *Patologías en el componente gonadal de la fase anatómica*. Su principal característica es una alteración en el proceso de virilización o feminización del embrión, como consecuencia de disfunciones gonadales, la cual se observa al nacer o años después (conocidas como estados intersexuales en otras clasificaciones). Se describen las siguientes entidades clínicas:

A.2.1.1. *Hermafroditismo Verdadero*: La característica principal es la presencia en el individuo de un testículo y un ovario o un ovotestes, que conlleva a genitales ambiguos, con grados variables de masculinización o feminización.

[Volver](#)

A.2.1.2. Pseudohermafroditismo Masculino: La característica principal es la presencia de testículos no funcionales que conlleva grados variables de feminización.

A.2.1.2.1. Pseudohermafroditismo Masculino tipo I: La característica principal es la anomalía en la síntesis de andrógenos, que conlleva niveles importantes de feminización.

A.2.1.2.2. Pseudohermafroditismo Masculino tipo II: La característica principal es una anomalía en los receptores androgénicos, que conlleva una feminización completa. Conocido como síndrome de insensibilización androgénica.

A.2.1.3. Pseudohermafroditismo Femenino: La característica principal es la presencia de ovarios no funcionales, que conlleva grados variables de virilización.

A.2.2. Patologías en el Componente Cerebral de la Fase Anatómica. Su principal característica es una alteración en los núcleos del sexo ubicados en la base del cerebro, lo cual conduce a identificarse como miembro del sexo opuesto, rechazando los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico (conocidas como Disfonia de Género, Alteraciones de la Identidad, Transexualismo).

A.2.2.1. Transexualismo completo o primario: La característica principal es la sensación persistente de rechazo, desde la infancia a los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico acompañado de un deseo constante de vivir como miembro del sexo opuesto.

A.2.2.2. Transexualismo transitorio o secundario: La característica principal es la sensación transitoria de rechazo a los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico, acompañado por lo general de un deseo igualmente transitorio, de vivir como miembro del sexo opuesto. Aparece en la etapa de adolescencia o la adultez ante situaciones bien determinadas.

A.2.2.3. Ella/Él (Shemale). Él/Ella (Maleshe). La característica principal es la sensación persistente, desde la infancia, de rechazo a su sexo morfológico, sin incluir el pene o la vulva-vagina, acompañado con un deseo permanente de vivir como miembro del sexo opuesto.

[Volver](#)

ologías de la función sexual

1. En el individuo

B.1.1. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual. La característica principal es la necesidad persistente, objetiva o imaginaria, de una situación/estímulo sexual específica para activar la función sexual. Éste es un requerimiento esencial y es referido por el paciente como una característica permanente (parafilias en otras clasificaciones).

B.1.1.1. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual. factor: administrador específico. Cuando la especificidad se refiere a una persona u objeto:

B.1.1.1.1. Pedofilia: situación/estímulo sexual específica, niños/as prepúberes.

B.1.1.1.2. Zoofilia: situación/estímulo sexual específica, animales.

B.1.1.1.3. Fetichismo: situación/estímulo sexual específica, vestidos u otros objetos.

B.1.1.1.4. Somatofilia o parcialismo: situación/estímulo sexual específica con una única parte del cuerpo.

B.1.1.1.5. Gerontofilia: situación/estímulo sexual específica con personas ancianas.

[Volver](#)

- B.1.1.1.6. Efebofilia o juventofilia: situación/estímulo sexual específica con personas adolescentes.
 - B.1.1.1.7. Triolismo: situación/estímulo sexual específica con dos personas.
 - B.1.1.1.8. Necrofilia: situación/estímulo sexual específica con un tejido 'muerto.
 - B.1.1.1.9. Urofilia: situación/estímulo sexual específica con orina.
 - B.1.1.1.10. Coprofilia: situación/estímulo sexual específica con heces.
 - B.1.1.1.11. Misofilia: situación/estímulo sexual específica con suciedad.
 - B.1.1.1.12. Pornofilia: situación/estímulo sexual específica con material sexualmente explícito (vídeos, fotos, revistas y medios informáticos como Internet).
 - B.1.1.1.13. Transexofilia: situación/estímulo sexual específica con un Ella/Él (SheMale) o Él/Ella (MaleShe).
- B.1.1.2. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual factor: método específico. Cuando la especificidad está referida a un método:
- B.1.1.2.1. Sadismo sexual: método específico, provocar dolor o sufrimiento.
 - B.1.1.2.2. Masoquismo sexual: método específico, sentir dolor o sufrimiento.
 - B.1.1.2.3. Exhibicionismo: método específico, mostrar los genitales en público y por sorpresa.
 - B.1.1.2.4. Voyeurismo: método específico, mirar a terceros sin ser visto.
 - B.1.1.2.5. Travestismo: método específico, vestirse con ropas del sexo opuesto.
 - B.1.1.2.6. Frotismo: método específico, frotar el cuerpo contra otras personas de forma disimulada y en público.
 - B.1.1.2.7. Escaptofilia: método específico, observación directa del área genital.
 - B.1.1.2.8. Klismafilia: método específico, recibir enemas.
 - B.1.1.2.9. Braquioproctosigmoidismo: método específico, introducción de la mano, hasta el antebrazo, a través de ano.
 - B.1.1.2.10. Telefonoescaptofilia: método específico, obtener excitación a través de una conversación telefónica erótica.

[Volver](#)

- B.1.1.2.11. Asfixiofilia: método específico, obtener excitación a través de la falta total o parcial de oxígeno.
- B.1.1.2.12. Cibersexofilia: método específico, obtener excitación a través del contacto directo, no físico, mediante la red.
- B.1.1.2.13. Orgasmofilia: método específico, el orgasmo se obtiene solamente con la estimulación de una parte específica del cuerpo.

B.1.1.3. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual factor frecuencia específica. La especificidad se refiere al número de veces que el individuo (él o ella) desea activar su función sexual en un lapso de tiempo, lo cual altera su funcionamiento en otras áreas de su vida.

B.1.1.3.1. Frecuencia excesivamente alta. La especificidad es referida al número de veces que se activa la función sexual en el día, la cual es excesivamente alta, obligando a la persona a abandonar sus responsabilidades rutinarias (llamada ninfomanía en la mujer y satiriasis o donjuanismo en el hombre en otras clasificaciones).

B.1.1.3.2. Frecuencia excesivamente baja. La especificidad se refiere al escaso número de veces que se activa la función sexual (una vez al mes o menos), lo cual repercute en la estabilidad y funcionamiento de la pareja (denominada también deseo sexual hipocativo o anorexia sexual en otras clasificaciones).

B.1.2. Patologías en la fase de la respuesta sexual. La característica principal es la ausencia total o parcial de las fases que constituyen el ciclo sexual, en otras palabras, los cambios anatomo-hormono-neuro-vásculo-endoteliales que integran la respuesta sexual están alterados (conocidas como impotencia y frigidez, respuesta sexual inadecuada, disfunciones sexuales o disfunciones psicosexuales en otras clasificaciones).

B.1.2.1. Patologías en la fase de respuesta sexual en el varón

B.1.2.1.1. Ausencia de las fases de excitación y/o meseta. Alteración en el fenómeno de tumescencia peneana (conocida también como impotencia o disfunción eréctil).

[Volver](#)

B.1.2.1.2. Ausencia de las fases orgásmica y de resolución. Alteración en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y consecuentemente en el fenómeno de detumescencia (conocida como incompetencia eyaculatoria o disfunción eyaculatoria).

B.1.2.2. Patologías en la fase de la respuesta sexual en la mujer

B.1.2.2.1. Ausencia de las fases: excitación, meseta, orgásmica y resolutive. Alteración en el fenómeno de tumescencia y en consecuencia en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y de detumescencia. "ni me excito ni acabo" (conocida como frigidez o disfunción orgásmica tipo I).

B.1.2.2.2. Ausencia de las fases: orgásmica y resolución. Alteración en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y consecuentemente en el de detumescencia "me excito y no acabo" (conocida como disfunción orgásmica tipo II).

B.1.2.3. Alteración muscular vulvar durante la fase de excitación. Se describen dos tipos de entidades:

B.1.2.3.1. Contracción hipertónica de los músculos pubococcígeos conocida como vaginismo.

B.1.2.3.2. Contracción hipotónica de los músculos pubococcígeos conocida como debilidad pubococcígea.

B.1.2.4. Alteración vascular vaginal durante la fase de excitación. Se observan dos tipos:

B.1.2.4.1. Exceso de lubricación vaginal conocida como "mujer mojada, empapada".

B.1.2.4.2. Déficit de lubricación vaginal conocida como "mujer seca".

B.1.3. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual. Son consideradas como una categoría diferente debido a que todos los cambios anatómo-hormono-neuro-vásculo-endoteliales que subyacen en el proceso de activación de la unidad situación/estímulo-respuesta sexual están preservados; la patología se refiere a la alteración en el tiempo de funcionamiento que consume el mencionado proceso (incluidas entre

[Volver](#)

las disfunciones sexuales o trastornos psicosexuales en otras clasificaciones).

B.1.3.1. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual en el varón

B.1.3.1.1. Tiempo excesivamente rápido: conocido como eyaculación rápida, eyaculación precoz, eyaculación prematura.

B.1.3.1.2. Tiempo excesivamente lento: conocido como eyaculación retardada.

B.1.3.2. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual en la hembra

B.1.3.2.1. Tiempo excesivamente rápido: conocido como orgasmo prematuro.

B.1.3.2.2. Tiempo excesivamente lento: conocido como orgasmo retardado.

B.2. En la pareja

B.2.1. Patologías en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual. La característica principal es la necesidad persistente, objetiva o imaginaria, de utilizar una situación/estímulo sexual específica para activar la función sexual en la pareja (clasificadas erróneamente o no descritas en otras clasificaciones). Como la fase de la situación/estímulo sexual posee tres factores que la determinan, la especificidad puede estar localizada en cada uno de ellos.

B.2.1.1. Patologías en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual factor: administrador específico. La especificidad se refiere a una persona u objeto exclusivo.

B.2.1.1.1. Síndrome de disfunción sexual tipo I: individuos que refieren la incapacidad de ejercer la función sexual con otra persona distinta a su compañero/a habitual (legalizado o no).

B.2.1.1.2. Síndrome de disfunción sexual tipo II: individuos que refieren la incapacidad de ejercer la función sexual con su compañero/a habitual, pero no así con otras personas.

[Volver](#)

- B.2.1.2. Patologías en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: método específico. La especificidad se refiere a un método en especial.
- B.2.1.2.1. Disfunción orgásmica coital: individuos que refieren la incapacidad para obtener orgasmo durante el ejercicio coital, no así de otra forma.
 - B.2.1.2.2. Disfunción orgásmica masturbatoria: individuos que refieren incapacidad para obtener un orgasmo durante la manipulación de sus genitales por parte de su pareja, no así de otras formas.
 - B.2.1.2.3. Síndrome de escaso ajuste coital (apraxia coital): individuos que refieren ejercicio coital deficitario debido a una incoordinación de los movimientos pélvicos en la pareja durante el coito.
- B.2.1.3. Patología en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: frecuencia sexual específica
- B.2.1.3.1. Síndrome de incompatibilidad de frecuencia de funcionamiento sexual (conocida también como discronaxia sexual). Caracterizado porque los miembros de la pareja poseen una frecuencia dispar.
 - B.2.1.3.2. Síndrome de disparidad tiempo/frecuencia. Caracterizada porque los miembros de la pareja poseen una frecuencia igual, pero a destiempo, no coincidentes (conocido como Síndrome Chacón: "Cuando ella lo desea yo no, y viceversa").
- B.2.2. Patologías en la fase de la respuesta sexual. La característica principal es la presencia de una patología de respuesta sexual (vaginismo, disfunción eréctil) en uno de los miembros de la pareja. El otro miembro de la pareja, el cual funciona sin dificultad, desarrolla una patología en la fase de la respuesta sexual como consecuencia de la interacción prolongada (de 6 meses como mínimo) con su pareja.
- B.2.2.1. Síndrome de la disfunción sexual de la pareja. Clínicamente se ha observado que en la mujer con vaginismo, su compañero desarrolla disfunción eréctil; en el hombre con disfunción eréctil, su compañera desarrolla disfunción orgásmica; en la

[Volver](#)