

HABLEMOS DE...

DISFUNCIONES PSICOSEXUALES



Resumen de la charla de 09/09/2025

Este documento es un resumen de la charla acerca de DISFUNCIONES PSICOSEXUALES de 9 de Septiembre de 2025 dentro del ciclo de [Charlas de Salud Sexual](#) dirigidas a hombres gais promovido y organizado por [SexoEnGrupo.org](#)

Este ciclo de charlas tendrá una periodicidad mensual o bimestral, serán siempre on-line (retransmitidas por Zoom) y se centrarán en temas concretos relativos a salud sexual y orientadas a la comunidad gay.

Encuesta previa entre los asistentes a la charla.

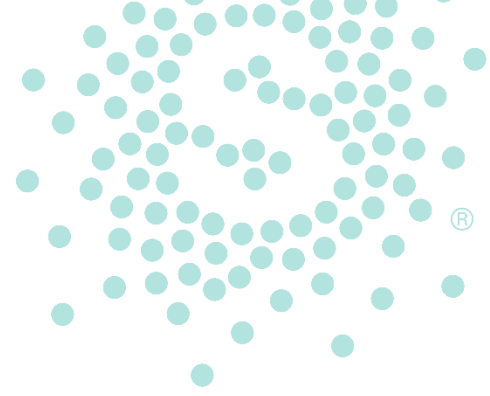
Estos son los resultados de la encuesta (200 participantes):

¿Qué tanto conoces sobre las diferentes disfunciones sexuales masculinas, como deseo sexual hipoactivo, eyaculación precoz, eyaculación retardada y disfunción eréctil?

- Nada (12%)
- Poco (62%)
- Bastante (25%)
- Mucho (1%)

¿Has tenido o tienes preocupaciones respecto a sufrir alguna de estas disfunciones en algún momento?

- Nada (7%)
- Poco (31%)
- Bastante (46%)
- Mucho (16%)



¿Consideras que actualmente sufres alguna de estas disfunciones?

- Trastorno deseo sexual hipoactivo (23%)
- Disfunción eréctil (57%)
- Eyaculación precoz (20%)
- Eyaculación retardada (23%)

(*) Porcentajes sobre 107 respuestas, que representa un 50% de la muestra

¿Has consultado alguna vez a algún especialista por alguna de estas disfunciones : urologx , andrologx , psicólogo sexual ?

- Sí (23%)
- No (64%)
- Lo he pensado pero nunca me he decidido (13%)

¿Has buscado en medios on line : google, chatGPT , sobre las disfunciones que te preocupaban?

- Sí. (47%)
- No. (53%)

Si has respondido Si a la pregunta anterior, ¿ te ha ayudado ?

- Sí (17%)
- No (38%)
- Sólo en algún aspecto (45%)

(*) Porcentajes sobre 101 respuestas, que representa un 50% de la muestra

¿Cuidas tu estilo de vida : alimentación , ejercicio , eliminación de hábitos tóxicos pensando en tu salud sexual ?

- Sí (47%)
- No (22%)
- Sólo en parte (31%)

¿Has tomado o tomas actualmente algún medicamento para la erección?

- Viagra / Sildenafil (68%)
- Cialis / Tadalafilo (47%)
- Levitra / Vardenafilo (0%)
- Stendra / Avanafilo (2%)

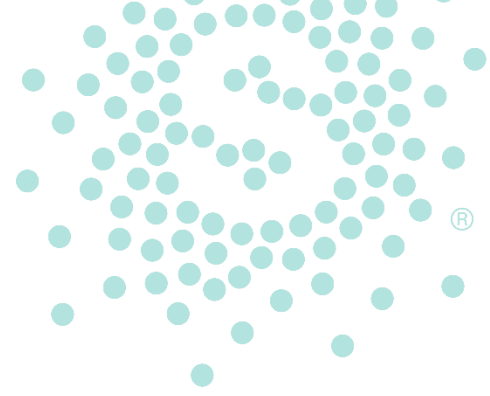
(*) Porcentajes sobre 73 respuestas

¿Cual es el nivel de ansiedad que se activa al pensar de no cumplir con las expectativas sexuales de tu/tus pareja/parejas sexuales?

- Nada (5%)
- Poco (29%)
- Bastante (51%)
- Mucho (15%)

Si no pudieras tener erecciones con medicación, por una patología orgánica (cáncer de próstata , patología vascular , diabetes ...) . Elige tu respuesta :

- Renunciaría a mi sexualidad (6%)
- Buscaría otras maneras de vivirla, el deseo es lo importante (83%)
- Me pondría una prótesis de pene para seguir igual que antes (11%)



Presentación.

Como vemos en los resultados de la encuesta, un 75% de los participantes afirma tener poco o ningún conocimiento acerca de las disfunciones psicosexuales, mientras que al 63% es un tema que les preocupa bastante o mucho.

Este tipo de disfunciones pueden tener una causa orgánica, psicológica o mixta, por lo que las abordaremos de ambas perspectivas, con la ayuda de dos especialistas.

Desarrollo de la charla.

La charla fue conducida por el Dr. Toni Gutiérrez, adjunto en el Hospital Universitari Sagrat Cor en Barcelona, Coordinador Unidad de ITS y especialista en urología en CAP Manso y por el Dr. Denis Pascón, psicólogo y sexólogo.



Trastornos Psicosexuales en Hombres Gais

Resumen de la charla

- Disfunción eréctil
- Eyaculación precoz
- Impotencia situacional (gatillazo)
- Trastorno del deseo sexual hipoactivo





PARA EMPEZAR...



- En general, existe una importante falta de información sobre las disfunciones sexuales.
- Prejuicio sobre la origen psicológica de la disfunción sexual (Cabello, 2010): hasta hace pocos años se atribuía a causas puramente psicológicas de un 75 a un 95% de los casos, hoy sabemos que en muchas ocasiones el problema tiene causa orgánica o mixta.
- Estudio de Boyle (2002) con 300 hombres, 41% solteros y 59% en pareja: el 35% experimenta disfunciones sexuales y el 70% ha sufrido en algún momento

PARA EMPEZAR...



- En la sexología cada disfunción se describe en función de estas características:
- **PRIMARIA** (el problema sexual ha estado presente desde el inicio de la vida sexual) vs. **SECUNDARIA** (el problema ha surgido más tarde)
- **ESPECÍFICA** (el problema sexual se presenta en contextos muy específicos) vs. **GENERALIZADA** (el problema sexual se presenta en todas las situaciones sexuales).

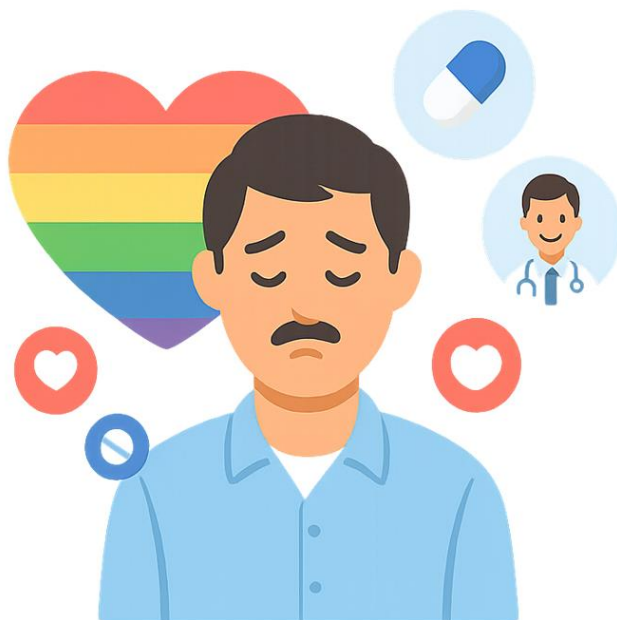
DISFUNCION ERÉCTIL.

La erección es un mecanismo complejo en el que intervienen elementos como el deseo, factores hormonales relacionados con la testosterona, el sistema neurológico y el vascular, además del aparato genital en sí mismo.

Por ello esta disfunción puede tener diversas causas: hormonales, vasculares, neurológicas, psicológicas, interacción con fármacos o factores como la edad o el estilo de vida.

Por ello es importante identificar las causas para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Disfunción eréctil



- ✦ Fisiológica: problemas vasculares, hormonales, neurológicos o medicamentos.
- 🩺 Tratamientos fisiológicos: fármacos (PDE5), control de enfermedades crónicas, hábitos saludables.
- 💡 Psicológica: ansiedad de desempeño, presión por rol sexual, estrés.
- 💬 Tratamientos psicológicos: terapia sexual, manejo de ansiedad, comunicación en pareja.

Causas endocrinas:

- Disminución de los niveles de Testosterona (a valorar en pacientes < 50 años con disminución de la libido o bajo volumen testicular o > 50 años). Los niveles se han de medir en una analítica entre las 8-11 AM. Si este fuera bajo, se podría tratar con testosterona tópica (Testogel) o en inyecciones (mensuales / trimestrales).
- Niveles altos de prolactina. Descartar un tumor hipofisiario.
- Niveles altos de estradiol serico, a valorar en pacientes con ginecomastia, y asociado a la obesidad (la grasa transforma la testosterona en estrógeno , hormona femenina) .

Desde el punto de vista fisiológico...

Hemos de entender que la erección parte de una señal en el cerebro, que se activa como reacción al deseo, se transmite a través del sistema nervioso y provoca una relajación de la musculatura lisa de los vasos que se encuentran en el pene por la cual los cuerpos cavernosos del pene se llenan de sangre provocando la erección.

Si hay un correcto llenado y la rigidez es óptima, el mecanismo venoso que extrae la sangre del pene queda ocluido, y esa erección es mantenida hasta llegar a la eyaculación. Si no se llega a una rigidez adecuada el mecanismo veno-oclusivo no actúa y se pierde fácilmente la erección.

Antes de abordar una posible causa psicológica, es conveniente descartar las causas fisiológicas.

Mantener nuestro sistema cardio-vascular en buen estado, con un estilo de vida saludable, es una buena forma de prevenir trastornos derivados de esta causa.

La edad es la principal causa de disfunción eréctil. A medida que se envejece, las erecciones pueden tardar más en iniciar, pueden no ser tan firmes y el periodo para conseguir una nueva erección puede alargarse.

Factores de riesgo que pueden contribuir a la disfunción eréctil:

- Enfermedades. La diabetes o las patologías cardíacas son factores de riesgo importantes.
- Consumo de tabaco. Los componentes del tabaco que llegan a la sangre alteran las células que tapizan nuestros vasos sanguíneos, desencadenando mecanismos de reparación anómalos que disminuyen la luz de estos vasos y dañando su capacidad para dilatarse y aumentar el flujo sanguíneo. Con el tiempo, el consumo de tabaco puede causar enfermedades crónicas que derivan en disfunción eréctil.
- Estilo de vida sedentario, sin activación del sistema cardiovascular.
- Sobrepeso. La obesidad, en especial, puede llevar a la disfunción eréctil.
- Ciertos tratamientos médicos. Estos incluyen cirugía radical de la próstata o radioterapia para el cáncer.
- Lesiones. Esto sucede en particular si las lesiones dañan los nervios o las arterias que controlan las erecciones.
- Medicamentos. Estos incluyen antidepresivos, antihistamínicos y medicamentos para tratar la hipertensión arterial, el dolor o las afecciones de la próstata.
- Afecciones de la salud mental. Estas incluyen estrés, ansiedad y depresión.
- Consumo de alcohol y drogas ilícitas. Esto sucede especialmente en el caso de un uso prolongado de drogas o un consumo abundante de alcohol.

El tratamiento farmacológico comprende productos de administración por vía oral como:

- Viagra (Sildenafil): dosis 25mg/50mg/100mg. Tiene interacción con la comida, por lo que debe evitarse las comidas copiosas y el alcohol antes de la toma de este fármaco porque podría disminuir su absorción y su efecto. Se ha de administrar 1h antes de la relación sexual. Su acción dura unas 5h. Se traga pero también hay formas buco-dispensables y líquidas (Bandol: sildenafil en spray por vía oral), que reducen el tiempo para iniciar su acción, por lo que pueden administrarse hasta 15-20 min antes de la relación sexual.
- Cialis (Tadalafil): dosis 5mg/10 mg/20mg. Se ha de administrar 1-1.30 h antes de la relación sexual. No tiene interacción con alimentos. Su acción dura de 24-36 h (por eso se la conoce como pastilla del fin de semana). Es la única aprobada para su uso diario en la dosis de 5mg. Produce dolor lumbar en un 6% de pacientes.
- Levitra (Vardenafil): dosis 10mg/20mg. Tiene interacción con toma de alimentos especialmente grasas y alcohol (concentraciones > 0'5mg/kg). Aunque los buco-dispensables de 10mg no se afectan por la toma de alimentos. Se debe tomar entre 30 min-1h antes de la relación sexual. Su

acción dura 5h.

- Stendra (Avanafil): 50mg/100mg/200mg. Tiene interacción con toma de alimentos, especialmente grasas y alcohol (concentraciones > 0'5mg/kg). Se puede tomar de 15-30 min antes de la actividad sexual. La duración de la acción es de 6-17h.

Estos fármacos pueden causar dolor de cabeza, dolores musculares, enrojecimiento facial, congestión nasal o dolor lumbar .

También existen cremas y productos por vía tópica como:

- Virirec: Crema de Alprostadilo que se aplica en la uretra y se absorbe directamente (mejor que la uretra esté húmeda, por lo que va bien orinar antes de su aplicación). El comienzo del efecto ocurre en el plazo de 5 a 30 minutos tras la administración. El efecto suele durar aproximadamente entre 1 y 2 horas. Sin embargo, la duración real puede variar entre los pacientes. Su acción no depende de la estimulación sexual. No repetir dosificación en < 24h, ni más de 2-3 veces por semana. Efectos adversos: picor o dolor local, enrojecimiento del glande, inflamación o edema del pene. Es un producto financiado por la seguridad social.
- Inyectables como Caverject (Alprostadil). Muy usado por actores porno porque garantiza una erección con independencia de factores desencadenantes como el deseo. Dosis de 5 a 40 microgramos (las jeringas son de 20 microgr.). Su acción se inicia a los 5-15min de la inyección. Efectos adversos: dolor peneano y priapismo (erección mantenida > 4h) y de forma crónica fibrosis peneana con o sin incurcación en el lugar de la inyección .

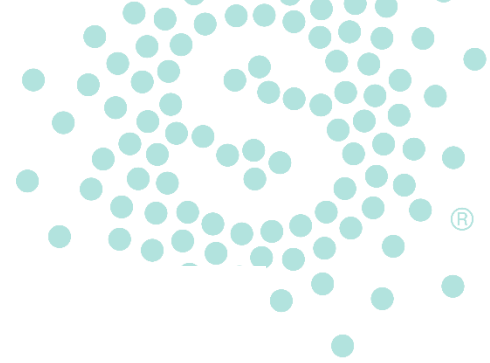
Muchos de estos productos requieren receta médica ya que algunos de ellos están contraindicados a pacientes con problemas cardiacos, que se medican con nitratos orgánicos y otros preparados para tratar la angina.

También se desaconseja la mezcla de estos productos con nitritos inhalados (comúnmente conocidos como "poppers"), ya que ambos tienen efectos vasodilatadores que sumados podrían provocar una hipotensión impredecible severa con pérdida de la conciencia (síncopes) , al igual que con los antihipertensivos alfa-bloqueantes (Doxazosina) .

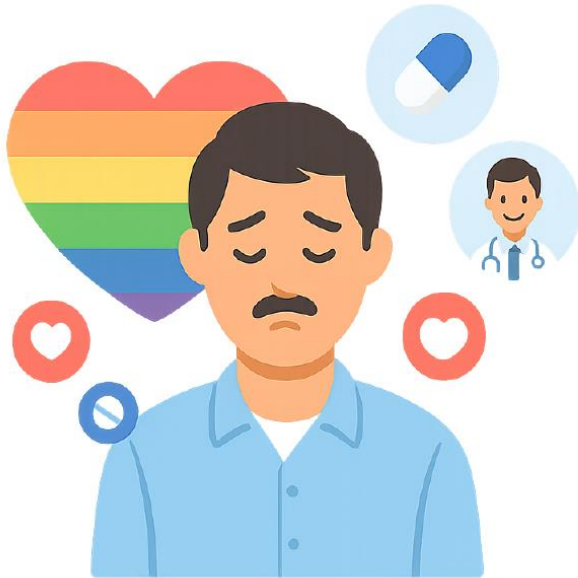
Desde el punto de vista psicológico...

El diagnóstico de disfunción eréctil requiere la presencia de un trastorno persistente (mantenido durante 6 meses) y que cree un estado de malestar en la persona.

Los casos aislados son frecuentes y consecuencia de otros muchos factores.



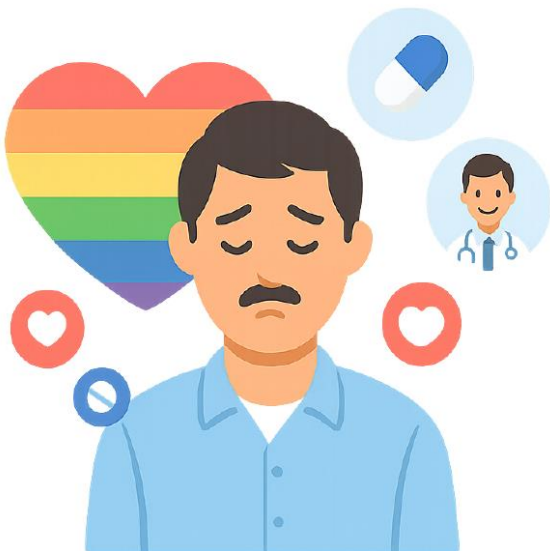
DISFUNCIÓN ERÉCTIL



- Según el DSM5 la disfunción eréctil (DE) se define como la **incapacidad persistente para conseguir y mantener una erección**; tal problema se tiene que presentar **por más de seis meses** y tiene que causar **malestar importante en la persona**.
- Episodios aislados de pérdida de la erección son muy frecuentes en hombres a partir de los 40 años y se pueden relacionar a muchos factores.
- Como cualquier otra disfunción sexual, cuando la DE tiene causas psicológicas, estas se relacionan principalmente a una interacción entre **estrés y aprendizaje**.

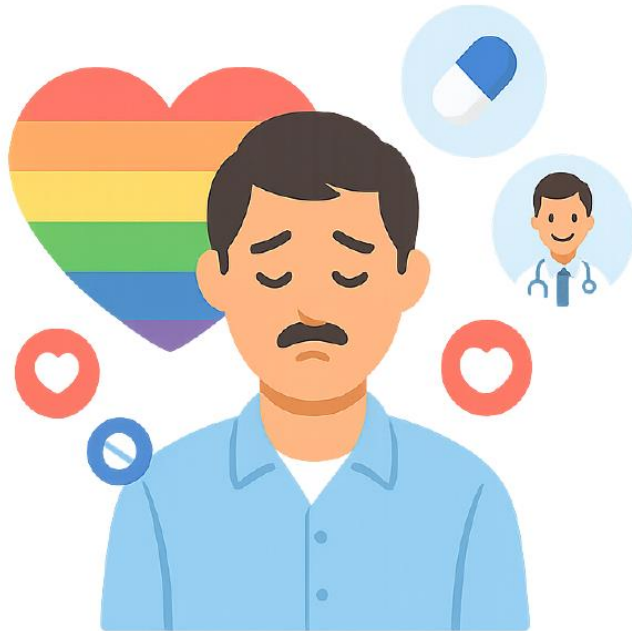
Cuando la causa es psicológica, a menudo tiene que ver con dos factores: el estrés y el aprendizaje.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL: ESTRÉS



- **ESTRÉS: una respuesta física y emocional del cuerpo ante un desafío o demanda que se percibe como amenaza, provocado la activación de mecanismos de defensas.**
- Ejemplo de posibles factores de estrés relacionados a la DE:
 - Ansiedad de ejecución o de rendimiento;
 - Problemas de pareja;
 - Momento vital de alerta continua (p. ej. problemas de trabajo)
 - Miedos de diferente tipo (p. ej. al rechazo, al compromiso...);
 - Duelos y separaciones.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL: APRENDIZAJE



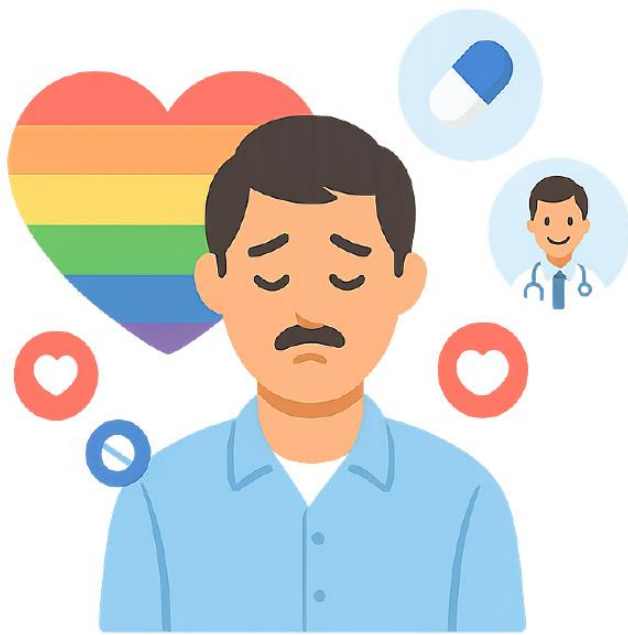
- TODO LO APRENDIDO SOBRE LA SEXUALIDAD
- Estereotipos, reglas sociales y religiosas, prejuicios, estándares sexuales de rendimiento...
- Experiencias vitales específicas;
- Creación de reglas e interpretaciones automáticas.

Es importante entender la relación entre el estrés y el aprendizaje, ya que a menudo suponen un círculo vicioso que se retroalimenta. Lo explicamos con un ejemplo en este gráfico.



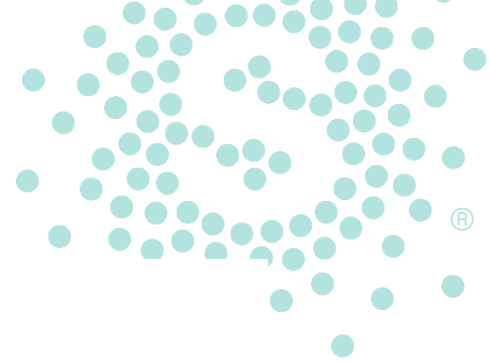
A nivel psicológico el tratamiento pasa por trabajar los factores de estrés, romper y reeducar el aprendizaje previo y para ello es muy importante disponer de parejas sexuales de confianza que nos ofrezcan un espacio seguro, libre de culpa y vergüenza.

TRATAMIENTO DISFUNCIÓN ERECTIL



- DAR INFORMACIÓN
- **TRABAJAR LOS FACTORES DE ESTRÉS:** introducir cambios a favor de una sexualidad no exigente y buscar las mejores condiciones para poder vivir las relaciones sexuales;
- **ROMPER EL APRENDIZAJE PREVIO:** reestructurar a nivel cognitivo y emocional (p.ej. “es un problema que no puedo controlar” vs “puedo tener diferentes estrategias para hacer que la experiencia sexual fluya”)
- Es muy difícil trabajar todo esto desde el punto de vista psicológico sin una o más **PAREJAS SEXUALES DE CONFIANZA;** se necesita un espacio seguro sexual.

EYACULACIÓN PRECOZ.



Eyaculación precoz



- ✦ Fisiológica: hipersensibilidad del pene, alteraciones neurológicas, disfunciones prostáticas.
- 🩹 Tratamientos fisiológicos: anestésicos tópicos, fármacos (ISRS), ejercicios de control.
- 💡 Psicológica: estrés, miedo a no complacer, experiencias apresuradas.
- 🗣️ Tratamientos psicológicos: terapia cognitivo-conductual, técnicas 'start-stop' y 'squeeze'.

La eyaculación precoz se define como la incapacidad para tener un control voluntario de la eyaculación, tras alcanzar un alto grado de excitación sexual en presencia de ansiedad notoria.

Se basa en 3 conceptos:

- El tiempo de latencia eyaculatory (intravaginal / anal): 1min / 1.30 min.
- Control voluntario adecuado.
- Presencia de ansiedad notoria que les hace evitar las relaciones sexuales y deteriora su vida social.

Clasificación:

- Primaria: causas neurobiológicas / genéticas. Tiempos < 1min. Aparece desde el inicio de las relaciones sexuales y en todas las parejas. Responde bien a tratamientos farmacológicos y a terapias combinadas.
- Adquirida. Causa médica (prostatitis, IAM reciente, disfunción eréctil...) o psicosocial (cambio de pareja, problemas familiares, crisis vitales...). Presentación brusca y tiempo de latencia corto.
- Variable. Se produce esporádicamente alternando con periodos de buen control. Relacionada con crisis pasajeras de ansiedad. No requiere tratamiento farmacológico solo terapia. Tiempo de latencia normal.
- Simula ser prematura. Individuos con deseos de coitos más prolongados, ya que interpretan su tiempo de latencia como corto a pesar de ser normal. Los tiempos de latencia son normales o largos. Es una percepción inadecuada del tiempo del reflejo eyaculatorio. Es subsidiario de consejo/ terapia sexual.

Desde el punto de vista fisiológico...

Aunque en este caso suelen ser más comunes las causas psicológicas o las relacionadas con el aprendizaje, la eyaculación precoz puede tener un origen fisiológico en casos de hipersensibilidad del pene, alteraciones neurológicas o disfunciones prostáticas.

Cuando la causa tiene que ver con la hipersensibilidad del pene puede valorarse el uso de barreras como el propio preservativo o productos como cremas insensibilizantes o anestésicas, si bien estas últimas pueden llevar asociado un problema en la erección.

Terapia farmacológica:

- Cremas anestésicas (EMLA) con lidocaina+prilocaina 2,5%, pueden ser eficaces para controlar el reflejo eyaculatorio disminuyendo la sensibilidad del pene para aquellos individuos con alta sensibilidad. Se aplica entre 15-20 min antes y lavarse antes de iniciar la relación sexual.
- Anestésicos en aerosol (FORTACIN): lidocaina + prilocaina en spray. Presenta una rápida absorción y no requiere lavárselo antes de la relación sexual.
- Fármacos orales:
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina. Dapoxetina (Priligy). Es el único desarrollado específicamente para el tratamiento a demanda de la eyaculación precoz. Se presenta en dosis de 30 MG y 60 MG, administrándose 1 hora antes del coito, con una vida media de 1,5 horas. Su efecto dura de 6-8h. No interfiere con la ingesta de alimentos coma y aunque no es aconsejable asociarlo a la ingesta de alcohol. Aumenta de 3 a 4 veces el tiempo de latencia. Los efectos adversos más frecuentes son náuseas, dolor de cabeza, mareos. Respecto a los otros fármacos no requiere la toma diaria, ni estarlo tomando un tiempo antes para que tenga efecto, y tiene menos efectos adversos (solo en < 5% de pacientes).
 - Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil y derivados): Su efecto en el retraso eyaculatorio está demostrada en pacientes en que la eyaculación precoz se asocia a disfunción eréctil.
 - Bloqueadores alfa-adrenergicos. Terazosina (5-10mg/d). Eficaz en el 50% de los pacientes tratados.
 - Tramadol. Ha demostrado un efecto beneficioso moderado con una eficacia similar a la dapoxetina.

Desde el punto de vista psicológico...

Se considera precoz una eyaculación en el primer minuto o minuto y medio tras el inicio de la penetración.

También en este caso se requiere que sea un problema recurrente y no ocasional, fruto de unas circunstancias de sobre-excitación.

PROBLEMAS DE EYACULACIÓN



- Los estudios científicos muestran que en promedio los hombres eyaculan **entre 3 y 7 minutos** después de la penetración, es decir 5 minutos en promedio.
- El DSM5 define la **eyaculación precoz** como un patrón persistente o recurrente de eyaculación que ocurre durante el coito **en el primer minuto tras la penetración**, o con una mínima estimulación previa, antes de que la persona lo desee. Este patrón tiene que persistir por más de 6 meses y causar al sujeto un malestar significativo.
- El DSM-5 define la **eyaculación retardada y la aneyaculación** como **dificultad persistente o incapacidad** de alcanzar el orgasmo a pesar de una estimulación sexual adecuada, deseo y excitación. Debe ocurrir en el 75-100% de las ocasiones durante al menos 6 meses, y debe causar una angustia significativa al sujeto.

PROBLEMAS DE EYACULACIÓN: TRATAMIENTO



- Todo el tratamiento de los problemas de eyaculación se centra en disminuir los factores de estrés e introducir nuevos aprendizajes;
- En el caso de la eyaculación precoz el nuevo aprendizaje es **identificar el momento anterior al "punto de no retorno"** para parar (p. ej. inspirando fuerte);
- En el caso de aneyaculación o eyaculación retardada, el aprendizaje nuevo es conectar con el propio placer y dejarlo fluir.
- Nuevamente, para trabajar con esta disfunción sexual se necesita una pareja sexual de confianza y/o un espacio sexual seguro y no exigente.

PROBLEMAS DE EYACULACIÓN



- Nuevamente, desde el punto de vista psicológico es fundamental indagar los factores de estrés y el aprendizaje de la persona;
- Un peso muy importante lo tendrán las primeras experiencias sexuales y cómo se vive el orgasmo (culpa, remordimiento, educación rígida, inhibición de la espontaneidad...)
- Por lo que tiene que ver con la eyaculación retardada y la aneyaculación, será fundamental la atención a eventuales patrones de “auto-sacrificio” en la sexualidad (dedicar toda la atención a la pareja sexual desconectando con el propio placer).

Factores psico-sociales y relacionados con el aprendizaje...

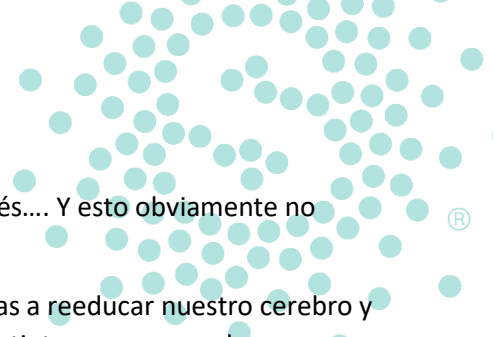
Podemos convenir que en nuestro entorno socio-cultural (aún muy condicionado por la religión, por las llamadas buenas costumbres y por la predominancia del modelo heteropatriarcal) no todas las prácticas sexuales gozan de la misma “reputación”... Mientras el sexo en pareja se considera una práctica “normal”, otras prácticas como el sexo en grupo se consideran “promiscuas” y otra más común como la masturbación lleva asociado un componente de soledad, clandestinidad, vergüenza y precipitación.

Si reflexionamos sobre la masturbación, coincidiremos en que suele ser nuestra primera práctica sexual desde la pre-adolescencia y la que en muchos casos realizamos con mayor frecuencia hasta la edad adulta, con independencia de que tengamos pareja o practiquemos sexo regularmente con una o más parejas sexuales.

Antes hablábamos de la importancia del aprendizaje... Pues bien: para muchas personas la masturbación es un acto que empezamos a practicar a escondidas de nuestros padres, encerrados en la habitación o en el baño, en un estado de ansiedad por el temor a que nos pillen y por tanto con la necesidad de “resolverlo” en breve tiempo... lo que da lugar a una masturbación exprés que desemboca en una eyaculación inmediata.

Este proceso se prolonga durante años... hasta que abandonamos el domicilio paterno para tal vez ir a compartir piso con unos amigos... y allí se repite el patrón... esta vez por temor a que un compañero precise usar el baño cuando estás a media faena o por la vergüenza de que te descubran en ese acto que para nosotros se ha convertido en clandestino y solitario.

Y, cuando por fin te vas a vivir con tu pareja, tienes sexo con ella pero te sigues masturbando... a menudo a sus espaldas, no sea que vaya a pensar que “no tuviste suficiente con él”.



En definitiva... nos pasamos la vida entrenándonos para una eyaculación exprés.... Y esto obviamente no ayuda cuando queremos mantener una relación sexual prolongada.

Por suerte existen sencillas técnicas de control eyaculatorio que van orientadas a reeducar nuestro cerebro y que nos enseñan a entender que el orgasmo y la eyaculación son dos cosas distintas, que se producen en momentos consecutivos pero no inseparables y nos ayudan a identificar lo que se conoce como “punto de no retorno”, que corresponde al momento en que tras la estimulación y el orgasmo se hace inevitable la eyaculación.

Las técnicas de control eyaculatorio nos ayudan a reconocer ese punto y a saber cómo evitar la eyaculación, ya sea con técnicas de bloqueo dactilar o con técnicas de respiración.

También los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) nos ayudan a mantener en buena forma nuestro músculo pubococcígeo (cuyas contracciones involuntarias son las responsables de la eyaculación) y con ello a mantenerlo bajo control.

Si os interesa aprender acerca de estas técnicas no dejéis de leer este libro:

[EL HOMBRE MULTIORGÁSMICO](#)

De Mantak Chía

EYACULACIÓN RETARDADA (Aneyaculación).

Es la incapacidad de eyacular cuando se querría con una libido, una erección y una excitación normales.

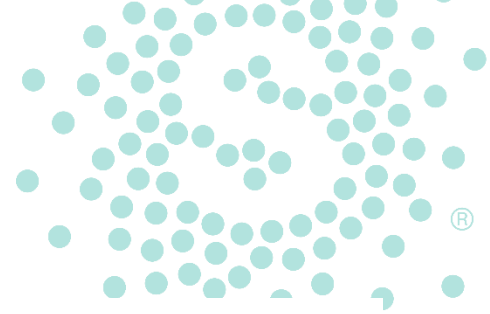
Afecta a un 4% de los hombres. Estos pacientes consiguen eventualmente eyacular con la masturbación o en determinadas ocasiones.

Su causa es predominantemente psicológica, aunque en algún caso puede deberse a tratamientos farmacológicos, diabetes, neuropatías sensoriales o lesiones traumáticas sobre el nervio peneano.

El tratamiento debe beneficiarse con la eliminación de cualquier sustancia que pudiera provocar esa alteración, pero si no existiera ninguna debe recurrirse a la terapia conductual o psicológica o a la estimulación con vibrador.

IMPOTENCIA SITUACIONAL (Gatillazo).

También suele tener con mayor frecuencia una causa psicológica.



Impotencia situacional (Gatillazo)

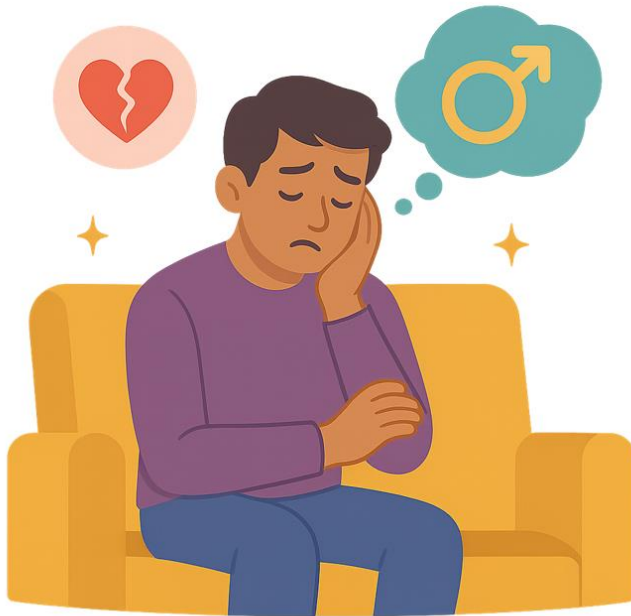





- ✦ Fisiológica: no suele haber problema orgánico, la función es normal en otros contextos.
- 🩺 Tratamientos fisiológicos: chequeo médico, educación sexual.
- 💡 Psicológica: ansiedad de desempeño, expectativas rígidas, falta de conexión erótica.
- 💬 Tratamientos psicológicos: mindfulness sexual, quitar presión, terapia sexológica.

TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO.

La erección parte del deseo, que en ocasiones puede verse alterado por causas hormonales (déficit de testosterona), interacción de medicamentos, estrés, conflictos de pareja, problemas de autoaceptación...

Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo



-  Fisiológica: problemas hormonales, efectos de medicamentos, enfermedades crónicas.
-  Tratamientos fisiológicos: terapia hormonal, ajuste de fármacos, estilo de vida saludable.
-  Psicológica: depresión, estrés, conflictos de pareja, falta de aceptación de la orientación sexual.
-  Tratamientos psicológicos: psicoterapia, terapia de pareja, apoyo en grupos LGTBIQ+, actividades eróticas.

Desde el punto de vista fisiológico...

Lo primero es descartar un problema hormonal derivado del déficit de testosterona o la interacción de medicamentos, como los antidepresivos.

Desde el punto de vista psicológico...

El diagnóstico requiere cierta continuidad del problema, ya sea de forma general (no deseo a nadie) o en determinadas circunstancias (solo me pasa con mi pareja) y también provocar un malestar en la persona.

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO MASCULINO



- En el DSM-5, el **trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino** se diagnostica cuando un hombre presenta una **deficiencia persistente o recurrente de pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual** durante al menos seis meses que no sea atribuible a una sustancia o a otro trastorno médico
- Este problema tiene que conllevar un **malestar significativo para el sujeto**: si la persona no considera tener un problema, **no lo tiene**.
- De todas las disfunciones sexuales, tal vez es la más compleja; muy a menudo es el resultado de otros problemas psicológicos o sexuales.

PARA ACABAR...

Si nuestra sexualidad es importante para nosotros, no deberíamos tener el más mínimo reparo en consultar a profesionales (urólogos, sexólogos, psicólogos...) acerca de cualquier inquietud, duda, problema o disfunción que pueda afectar al desarrollo de nuestra vida sexual.

Sabemos que no siempre es fácil explicar las cosas a un profesional desconocido, pero os podemos poner en contacto con especialistas de nuestra comunidad con los que os sentiréis en un entorno seguro y sin juicio.

Os recordamos que en nuestro canal de Telegram [@SaludSexualGais](https://t.me/SaludSexualGais) disponéis de un formulario anónimo de consultas de salud sexual cuyas consultas atiende un equipo de sanitarios de la comunidad de SexoEnGrupo.org . No dudéis en hacer uso de él.

Mensajes Clave



- ✓ Estos trastornos son frecuentes y tratables.
- ✓ El abordaje debe incluir tanto lo físico como lo psicológico.
- ✓ Consultar con urólogo, psicólogo o sexólogo es fundamental.
- ✓ Hablar abiertamente de la sexualidad mejora salud y vínculos.
- ✓ La vivencia gay requiere un enfoque inclusivo y libre de prejuicios.

Recursos y Consejos

- ✦ Técnicas de relajación antes del sexo.
- ✦ Mantener hábitos saludables: ejercicio, buena alimentación, descanso.
- ✦ Conversar con la pareja sobre deseos y miedos.
- ✦ Evitar comparaciones con estereotipos de masculinidad.
- ✦ Acudir a terapia sexual o grupos de apoyo si es necesario.

TIPS PARA UN ESPACIO SEXUAL SEGURO



- Aprender que todos podemos tener problemas sexuales en algún momento y respetarlo; **no ser demasiado exigentes y no dejarse llevar por la ansiedad**;
- Con pareja o parejas sexuales de confianza: tener un **buen nivel de comunicación sexual** siempre es un factor de prevención;
- Ser conscientes de que **la evitación siempre es un factor de mantenimiento de los problemas**: cuanto más evito situaciones sexuales, tanto más me causarán ansiedad en un futuro;
- Los sexólogos y los psicólogos no muerden! A veces lo que uno considera un problema, solo es falta de información.