

CURSO FLASSES – BUENOS AIRES

CLASES 2018

“¿TIENE HAMBRE DE QUÉ? LOS INTERSTICIOS ENTRE EL DESEO SEXUAL, EL PLACER Y EL ORGASMO, IMPORTANTES PARA EL SEXÓLOGO CLÍNICO.

PUBLICADO EN EL BOLETÍN DE FLASSES VI, 2018

PÁGINAS 11- 21



FLASSES

FLASSES ON-LINE

- NÚMERO VI -
Año 2018

Boletín electrónico oficial
Federación Latinoamericana de Sociedades
de Sexología y Educación Sexual



XIX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, “Erotismo y Sexualidad: desafíos en la clínica y la educación”

Buenos Aires 2018

CURSO FLASSES DE SEXOLOGÍA CLÍNICA

“¿TIENE HAMBRE DE QUÉ? LOS INTERSTICIOS ENTRE EL DESEO SEXUAL, EL PLACER Y EL ORGASMO, IMPORTANTES PARA EL SEXÓLOGO CLÍNICO.

COORDINADORA Dra. Jaqueline Brendler (FLASSES)

OBJETIVO: Aportar en el proceso formativo de las y los profesionales que se dedican o pretender dedicarse a la sexología clínica, conocimientos y habilidades para el manejo experto de la práctica clínica con conocimientos basados en la evidencia científica.

TEMAS Y DOCENTES

1. EL CEREBRO Y EL DESEO, EL PLACER Y EL ORGASMO.

Docente: Dra. Jaqueline Brendler (Brasil).

2.LAS PRUEBAS QUE LA TECNOLOGÍA MÉDICA NOS OFRECE PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE LA RESPUESTA SEXUAL.

Docente: Dra. Luz Jaimes (Venezuela).

3. PRINCIPALES TÉCNICAS SEXOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL, EL PLACER Y EL ORGASMO.

Docente: Dr. Felipe Hurtado Murillo (España).



Dra. Jaqueline Brendler

EL CEREBRO Y EL DESEO, EL PLACER Y EL ORGASMO.

Sobre las hormonas y la sexualidad algunos estudios menos conocidos, pero muy bien hechos y importantes para el sexólogo clínico son algunos revelados a continuación.

Las personas solteras, con múltiples compañeros sexuales (como los que practican el Poliamor, pero viven solas / solos) o con fuertes "intenciones de tener sexo" incluso estando comprometidos, poseen diferentes estados hormonales para facilitar el deseo? Sí, varios estudios de diferentes autores afirman que estos grupos citados tienen más alto nivel de testosterona. Tal vez porque necesitan competir con otras personas.

En la situación de pareja, hombres y mujeres presentan menos nivel de testosterona que los solteros. En la pasión las mujeres tienen el mayor nivel de testosterona y los hombres más bajos, en comparación con los no apasionados.

La anticipación de la actividad sexual (en la mente de la persona) aumenta quince veces el nivel testosterona en comparación con la anticipación de actividades no sexuales. Otra investigación demuestra que los pensamientos sexuales aumentan el nivel de testosterona en mujeres. Brendler, J (2005). RBSH vol. 16, n° 1, 89-104, publicó 6 años antes de estas

investigaciones un tratamiento para mujeres con deseo sexual hipoactivo "basado en pensar en el sexo varias veces al día" y que incluye 4 pasos para facilitar la erotización de la mente de la mujer.

Los estudios de resonancia magnética funcional identificaron una base común entre el amor y el deseo sexual sugiriendo que el amor construye un circuito neural para las emociones y placer. En particular la activación parada dentro de la Ínsula, del deseo hacia el amor, sugiere que el amor crece fuera y es más una representación abstracta de experiencia placentera sensoriomotora que caracteriza el deseo. ¿Qué impone una pregunta, el deseo sexual, incluyendo el sexo casual, facilita el amor? La hipófisis, en estudio de resonancia magnética, aumenta más en mujeres durante el orgasmo (por acumulación de oxitocina) que en hombres. Entonces esa diferencia hormonal, además de la educación y la cultura, puede facilitar a la mujer vincularse, incluso en la situación de sexo casual.

El amor romántico y el amor maternal activaron regiones sobrepuestas en el sistema de recompensas del cerebro que coinciden con áreas ricas en receptores de oxitocina y vasopresina y ambos (dos tipos del amor) provocaron desactivación de un conjunto común de regiones asociadas a emociones negativas, juicio social y "mentalización", es decir, la evaluación de las intenciones y emociones de otras personas. Por eso hay el dicho que el amor es "ciego", pues en la situación de amor las áreas vinculadas a la crítica están desactivadas.

Presencia de novedades gratificantes activan áreas ricas en dopamina, que está ligada a un sentimiento / sensación de recompensa. Entonces como sexóloga clínica yo oriento a los pacientes tener relación sexual de modo diferentes de las usadas por ellos en su "itinerario sexual", pues puede ayudar a liberar dopamina.

El juego erótico o las preliminares principalmente las que incluyen (mama, cuello del útero y vagina) en las mujeres ayudan al inicio de la secreción de la oxitocina que se almacena en la hipófisis, siendo liberada en pico 1 minuto después del orgasmo. Por ese motivo el sexólogo debe estimular el juego erótico como parte esencial de la fase de la excitación sexual.

Los principales nervios que llevan las sensaciones eróticas que van a ayudar a la mujer a tener orgasmo, son en el clítoris el nervio pudiendo, en la vagina el nervio pélvico y en el cuello del útero tres nervios, el vago, el hipogástrico y el pélvico. En estudios de imagen se identificaron el Mapa del Córtex Sensorial en Mujer, o sea diferentes áreas del cuerpo (como el pezón, la vagina, el dedo, el cuello uterino), cuando se estimulan sexualmente, accionan áreas específicas

cerebrales. Entonces dependiendo de las áreas que están siendo estimuladas, puede haber mayor o menor suma de sensaciones eróticas que pueden ayudar a la mujer a tener orgasmo.

En los orgasmos verdaderos en mujeres, uno estudio correlacionó el aumento de la Banda Alfa, que evidencia contracciones involuntarias anales, con la disminución del flujo sanguíneo en la Corteza Prefrontal, área que desempeña un papel crítico en el comportamiento

emocional. Así podemos afirmar ser verdad los estudios clínicos que indican que si la mujer se está autocriticando difícilmente tendrá orgasmo porque ella está accionando la Corteza Prefrontal que debería estar desactivada.

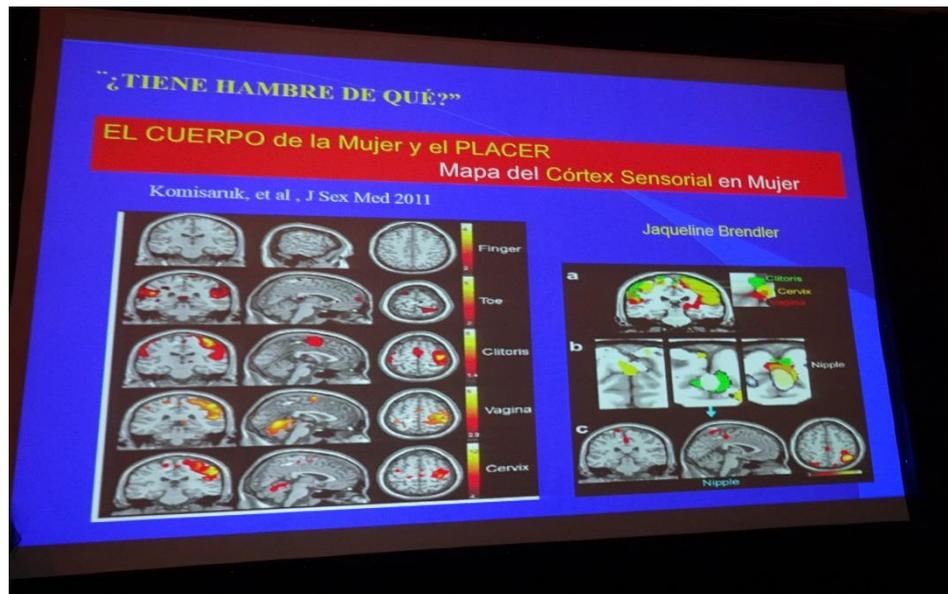
Los neurotransmisores que facilitan el deseo sexual son: Dopamina (DA), Testosterona (T), Melanocortina (MC), además de la pasión accionar áreas ricas en dopamina "áreas del querer". Están involucrados con la atracción y la pasión: Dopamina (DA), Norepinefrina (NE), Melanocortina (MC), Feniletilamina, y la disminución de la Serotonina 5-HT. Actúan en la fase de la excitación sexual: Testosterona (T), Óxido Nítrico (ON), Péptido Intestinal Vasoactivo (VIP), Acetilcolina (Ach), Oxitocina (OT), Vasopresina y Norepinefrina (NE). La fase del orgasmo libera principalmente Oxitocina (OT), B endorfina y Noradrenalina (NA).

Los Esteroides Sexuales (andrógenos + estrógenos) preparan el cerebro para ser electivamente responsivo a los incitadores sexuales.

Tres sistemas principales de dopamina cerebral contribuyen a la excitación sexual y el deseo, incluido el sistema di encefálico, el sistema mesolímbico / mesocortical y el sistema nigrostriatal. Estos sistemas controlan la atención y la motivación de los incentivos y vinculan los estímulos sexuales con la salida autónoma.

La vía dopaminérgica mesolímbica está conectada al "Sistema de recompensa cerebral" y a los centros de deseo y orgasmo.





¿Qué es la recompensa sexual? Mecanismos neurales que permiten que la estimulación sexual recibida durante el contacto sexual sea percibida como recompensa, tal recompensa contribuye para la formación de preferencias por estímulos asociados a refuerzo sexual positivo que lleva posteriormente la saciedad. Cuanto mayor es la recompensa mayor la saciedad.

Hay sugerencia de interacción entre la intensidad de la actividad sexual antes de la eyaculación y el orgasmo y el grado de recompensa experimentado a seguir. La recompensa sexual puede venir en forma de refuerzo primario (como orgasmo) o refuerzo secundario, como los estímulos asociados con la sexual gratificación (ciertas expresiones faciales, ropas u olores en humanos).

El sistema de oxitocina del cerebro está involucrado en estimulación del flujo sanguíneo genital durante la excitación sexual y recompensas sexuales asociadas a los vínculos.

Existen tres sistemas Opioides cerebrales: los opioides derivados de pro-opiomelanocortina como la β -endorfina; Enkefalinas /dinorfinas y Endo morfina. Estos sistemas se activan en el orgasmo en humanos induciendo refractariedad. Sin embargo, los opioides durante las fases de la excitación sexual y el deseo y ayudan a aumentar la liberación de Dopamina en los terminales mesolímbicos. Este es un mecanismo importante por el cual la experiencia con las recompensas sexuales sensibiliza la excitación sexual una vez que los efectos inhibitorios de la refractariedad y la saciedad desaparecen.

¿Cómo sucedió una modulación de la excitación sexual y el deseo sexual a través de la dopamina? En el área Preóptica Medial hay la modulación de la excitación sexual y del deseo a través de la activación de la Dopamina (las melanocortinas estimulan la liberación de Dopamina o agonistas de Dopamina que estimulan receptores de Dopamina) o a través de la inhibición del

GABA, de opioides o de la transmisión de serotonina. Los endocannabinoides también pueden actuar aquí.

El desencadenamiento de la eyaculación no parece ser un estímulo periférico, pero es probablemente generado a nivel cerebral que sigue a través de la médula espinal y luego a la periferia. La eyaculación tiene dos fases, la emisión es regulada por el Sistema Simpático (T10-L2) y la eyaculación propiamente dita es regida por el Sistema Parasimpático (S2 a S4).

Durante el orgasmo y la eyaculación hay la desactivación en la parte anterior del lobo Temporal, que comprende partes de la Amígdala y Córtex Entorrinal. La amígdala se activa en situaciones de miedo. La amígdala se desactiva durante el orgasmo y otros estudios cuando hombres apasionados veían fotos de la persona amada.

Durante el orgasmo y la eyaculación se observa que las activaciones corticales cerebrales están casi exclusivamente en el lado derecho, entonces accidente vascular cerebral (AVC) en el lado derecho de la corteza cerebral conduce a la disfunción sexual en el hombre.

Siendo que en la persona sexualmente sana esta orquesta química de neurotransmisores y hormonas que conectan el cerebro al cuerpo entero va a funcionar en sintonía.

Dra. Luz Jaimes

LAS PRUEBAS QUE LA TECNOLOGÍA MÉDICA NOS OFRECE PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE LA RESPUESTA SEXUAL.

Una de las grandes alternativas con la que contamos en nuestros consultorios actualmente son los de la ingeniería médica y todos sus aportes que nos ha dado en los últimos años.

Esta se ha dedicado no solamente a trabajar la parte mecánica de la respuesta de excitación y orgasmo, sino que ahora podemos evidenciar imágenes en los momentos de alta excitación y orgasmo y como se van dando los cambios a nivel cerebral durante todo el proceso de respuesta sexual.

Explicaremos cada etapa del ciclo sexual, como se pueden diagnosticar y tratar las disfunciones sexuales.

Nos dedicaremos a entender que el interrogatorio clínico y los exámenes paraclínicos, sumado a estas innovaciones en tecnología, pueden hacer mejores diagnósticos de las disfunciones sexuales.

Muchas evidencias en trabajos clínicos nos sugieren que el uso combinado en los tratamientos dando mejores y más efectivos resultados.

Se ha trabajado con Electromiografía para tratamiento de zona muscular perineal y Electroestimulación en los tratamientos de logro orgásmico.

En casos de pérdida o disminución de lubricación se han realizado tratamientos donde se ha mejorado la sintomatología las técnicas de PRP y laser se han utilizado en estos pacientes.



Se explicarán cada una de las técnicas y su uso en las diferentes disfunciones.

Dr. Felipe Hurtado Murillo

PRINCIPALES TÉCNICAS SEXOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL, EL PLACER Y EL ORGASMO

Podemos afirmar que la función sexual es multidimensional y multifactorial y, además, que para su correcto funcionamiento es necesario tener un buen estado de salud tanto orgánico como psicológico y sociocultural, junto con un correcto aprendizaje¹. Las disfunciones sexuales, según estudios de prevalencia, sugieren que afecta del 10 al 52% de las mujeres y del 25 al 63% de los hombres, ocasionando un gran impacto en la calidad de vida tanto individual como en la relación interpersonal.

La etiología de los trastornos sexuales es, por consiguiente, compleja y puede incluir factores biológicos, psicológicos y socioculturales que debemos tener en cuenta para planificar el tratamiento más adecuado a cada caso particular.



Los factores biológicos pueden contribuir a la disminución del deseo sexual mediante mecanismos directos o indirectos.

Ciertas condiciones médicas como: la diabetes mellitus, la hiperprolactinemia, el hipotiroidismo o la hipertensión arterial y su tratamiento se asocian con disminución de deseo sexual.

Numerosas enfermedades y muchos tratamientos médicos pueden alterar el funcionamiento sexual. La capacidad física para la actividad sexual puede verse afectada por la aparición de una enfermedad crónica como el cáncer, pero además los factores psicológicos asociados con la ansiedad y la depresión influyen de manera sustancial.

Con frecuencia los problemas sexuales se asocian y es muy frecuente, que un trastorno sexual afecte a la satisfacción sexual por excitación o placer sexual ausente o reducido, por retraso o incapacidad orgásmica, o bien, por la presencia de dolor genito-pélvico persistente o recurrente, ocasionando secundariamente un trastorno del deseo sexual.

Los factores psicológicos juegan un papel significativo en la respuesta sexual y pueden incluso, superar en ocasiones, a los factores biológicos.

Las condiciones mentales como la depresión o la ansiedad y sus tratamientos farmacológicos, el abuso sexual, trauma sexual en la infancia, el estrés percibido, los trastornos de la personalidad, las inhibiciones por insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima, son factores que han mostrado afectar al deseo sexual.

En cuanto a los factores socioculturales, las costumbres y valores culturales, sociales y religiosos pueden influir de manera negativa, especialmente en las personas educadas en culturas o religiones altamente restrictivas.

Los factores de la relación de pareja como el conflicto crónico, la disfunción sexual de la pareja, la rutina sexual o el ambiente antierótico y los factores de tensión tales como dificultades

económicas, estrés laboral y obligaciones familiares, pueden contribuir también al trastorno sexual.

Dada la naturaleza multifactorial de los trastornos sexuales se hace preciso una intervención multifacética con un enfoque biopsicosocial, estableciendo metas y expectativas realistas con un papel activo de la persona afectada en su plan de tratamiento².

El tratamiento se centra en modificar o eliminar los factores precipitantes, pero sobre todo los factores de mantenimiento que contribuyen al trastorno sexual³. Es muy importante iniciar la terapia sexual con una educación sexual que elimine las posibles ideas erróneas y falsas expectativas generadas por los mitos culturales. No debemos olvidar asesorar sobre cambios en los estilos de vida promocionando hábitos saludables. Ajustada al caso individual, hay que aplicar terapia sexual individual y/o de pareja, con técnicas cognitivo-conductuales en un ambiente adecuado y sin obligaciones, que permitan eliminar la ansiedad anticipatoria, el temor al fracaso, el sentimiento de culpa, las inhibiciones y las modificaciones de los patrones de pensamientos o creencias que interfieren con la intimidad y el placer. Es preciso tener en cuenta la posibilidad de terapia sexual combinada, con fármacos que apuntalen la terapia sexual en aquellos casos donde sea beneficioso, así como la incorporación de material erótico.

PRINCIPALES REFERENCIAS DRA JAQUELINE BRENDLER.

1. Bartels A, Zeki, S. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage* 2004. 21 (3):1155-66.
2. Pfaus, J G. Pathways of sexual desire. *The Journal of Sexual Medicine* 2009, 6, 1506-33.
3. Fisher H, Aron A, Brown LL. Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *J Comp Neurol* 2005 Dec 5;493(1):58-62.
4. Goldey, K.L & Van Anders, S. Sexy thoughts: Effects of sexual cognitions on testosterone, cortisol, and arousal in women. *Horm Behav* 2011, v59:5, 754–764.
5. Guitart-Masip M, Bunzeck N, Stephan KE, Dolan RJ, Düzel E. Contextual novelty changes reward representations in the striatum. *Journal of Neuroscience*. 2010;30(5):1721-6.
6. Hooper AE; Gangestad SW; Thompson ME; Bryan AD. Testosterone and romance: the association of testosterone with relationship commitment and satisfaction in heterosexual men and women. *Am J Hum Biol*; 2011, 23(4): 553-5.
7. Marazziti D; Canale D, 2004. Hormonal changes when falling in love. *Psychoneuroendocrinology*; 2004, 29(7): 931-6.

8. McIntyre M; Gangestad SW; Gray PB; Chapman JF; Burnham TC; O'Rourke MT; Thornhill R. J. Romantic involvement often reduces men's testosterone levels--but not always: the moderating role of extrapair sexual interest. *Pers Soc Psychol*; 2006, 91(4): 642-51.

9. Miller RS. Inattentive and contented: Relationship commitment and attention to alternatives. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997;73:758-66.

10. Schultz W. Reward signaling by dopamine neurons. *The Neuroscientist*. 2001;7:293-302. Stephanie Cacioppo, Francesco Bianchi-Demicheli, Chris Frum, James G. Plaus, and James 11. W. Lewis. The common neural bases between sexual desire and love: a multilevel kernel density fMRI analysis. *J Sex Med* 2012;9:1048-54.

12. Brendler, J. Cardápio sexual: um novo tratamento baseado no "pensar em sexo" para mulheres com desejo sexual hipoativo (HSDD). *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* 2005, Vol.16, nº 1, 89-104.

BIBLIOGRAFIA LUZ JAIMES

1. Amberson JI, Hoon PW. *Hemodynamics of Sequential Orgasm*. *Arch Sex Behav*. 1985; 14: 351-60.

2. Morais M, Figueredo P, Leal J. *RBC y PESS de Clítoris en Mujeres. Comunicación presentada al VII Congreso Latino Americano de Sexología y Educación Sexual*. La Habana, Cuba. 1994.

3. Heiman JR. *Recent progress in the measurement of female sexual response*. XV World Congress of Sexology. Paris, Francia. 2001, Junio.

4. Rust J, Golombok S. *The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction*. *Arch Sex Behav*. 1986;2: 157-65.

5. Lopiccolo J, Steger JC. *The sexual interaction inventory: a new instrument for assesment of sexual behavior*. *Arch Sex Behav*. 1974; 3: 585-95.

6. Kegel A. *Sexual functions of the pubococcygeus muscle*. *West J Surg Obstet Gynecol*. 1952; 60: 521-4.

7. Kegel A. *Sexual functions of the pubococcygeus muscle*. *West J Surg Obstet Gynecol*. 1952; 60: 521-4.

8. Komisaruk, B,R.;Beyer-Flores,Carlos.;Wiple,Beverly .2008 *La Ciencia del Orgasmo*. Ediciones Paidós Iberica S.A.

9. Komisaruk, B,R.;Beyer-Flores,Carlos.;Wiple,Beberly.; Sara Nasserzadeh .2008. *The Orgasm answer guide* The Johns Hopkins University Press/ Baltimore 2010.

BIBLIOGRAFÍA FELIPE HURTADO

1. Hurtado Murillo F, Bellver-Pérez A, Gianotten WL. *Sexuality and Cancer in the Aged/Aging Population. Cancer, Intimacy and Sexuality*. Pag: 257-266. Springer, Switzerland, 2017.

2. Kingsburg SA, Woodard T. *Female sexual dysfunction*. *Obstet Gynecol* 2015;125:477-86.

3. Hurtado Murillo, F. *Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales*. Editorial Dykinson, Madrid, 2011.