

T. 12. TRASTORNOS SEXUALES

I. INTRODUCCIÓN

Probablemente es el área de conducta en la que es más difícil de establecer los límites de la a/normalidad.

Los primeros estudios son de finales de los 40: informes Kinsey (encuesta sobre hábitos sexuales norteamericanos)

En los últimos 30 años, se ha producido un cambio social respecto a la sexualidad, determinante para el desarrollo de esta área. P. ej. Según Labrador:

- a. Reconocimiento, aceptación y preocupación por la respuesta sexual de la mujer y por su satisfacción sexual.
- b. Interés por el sexo y liberalización con respecto a una amplia gama de conductas sexuales.
- c. Importancia dada a la consecución de unas relaciones sexuales satisfactorias.
- d. Facilidad de acceso al material informativo.
- e. Interés científico despertado por el tema.

De un modo general, la definición de lo que es un trastorno sexual en las clasificaciones diagnósticas se basa en la experiencia subjetiva de malestar en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia.

Esta definición se amplía para abarcar aquellos comportamientos de carácter sexual que producen malestar a otra persona (acoso sexual, violación, parafilias, etc.).

En la consideración de estos trastornos hay que tener en cuenta las distintas facetas del comportamiento sexual humano que comprenden:

- La propia respuesta sexual: incluye todos los cambios a diversos niveles (fisiológico, anatómico, motor y emocional).
- La identidad sexual, constituida por 3 facetas:
 - La identidad de género o percepción individual o conciencia de ser hombre o mujer.
 - El rol o papel sexual, expresión pública de la identidad de género, que implica todo lo que la persona hace o dice para identificarse ante los demás como hombre o mujer.
 - La elección de objeto sexual u orientación sexual, que se especifica como el tipo de persona, las partes del cuerpo o las situaciones que son objeto de las fantasías, activación y preferencias sexuales de una persona.

A. IDENTIDAD SEXUAL

Datos:

- La diferenciación sexual comienza en el momento de la concepción, cuando se establece el sexo genético mediante la acción del cromosoma X o Y del espermatozoide: XX (a), XY (o).
- No obstante, las gónadas permanecen indiferenciadas hasta la 6ª semana de gestación, momento en que el antígeno H-Y actúa sobre las gónadas (propicia la producción de testosterona) haciendo que, en presencia del cromosoma Y, se conviertan en testículos.
- Si es XX o el antígeno no actúa (cantidad insuficiente) el feto desarrolla ovarios.
- Para que se formen los genitales femeninos las hormonas ováricas son irrelevantes; es suficiente con que no haya andrógenos.
- Estos desarrollos continúan hasta la pubertad: con el incremento en la liberación de hormonas sexuales se desarrollan las características sexuales secundarias.
- La función de los andrógenos no se limita a la formación de los genitales, sino que actúa también a nivel cerebral, sobre el hipotálamo. Periodo crítico: entre el cuarto y séptimo mes de vida del embrión.

A partir del nacimiento, los factores biológicos pierden protagonismo en la diferenciación sexual y, son los **factores ambientales** los que pasan a ocupar una posición predominante.

- El niño comienza a aprender las asignaciones sociales y empieza a actuar de un modo adecuado a su sexo.
- Entre los 2 y 4 años, coincidiendo con la etapa del desarrollo cognitivo en la que el concepto de género empieza a tener significado, se desarrolla la identidad de género.
 - o Una vez adquirida, es muy resistente al cambio.
 - o En aquellos casos en los que la identidad de género es equívoca, la reasignación puede no resultar exitosa hasta los 13-14 años.
 - o La identidad de género regula toda la conducta del niño y posteriormente del adulto.
- El proceso se completa mediante el aprendizaje social y la imitación. Además, el medio refuerza al niño cuando desarrolla las conductas de rol adecuadas.
- Así, se establece una interacción entre la identidad de género y el papel o el rol sexual desempeñado por el individuo: la identidad de género, relacionada con la asignación de sexo y con los factores biológicos, determina la aparición de unas pautas de conducta propias de un determinado sexo, las cuales, a su vez, contribuyen a afianzar la identidad de género.
- Este proceso se acentúa en la adolescencia debido a los cambios corporales experimentados por el adolescente (caracteres sexuales secundarios).
- Por lo que respecta a la orientación sexual, la variable crucial son las primeras experiencias sexuales.
 - o McGuire et al: cualquier estímulo que preceda de forma regular a la masturbación (con un intervalo temporal adecuado), se convierte en excitante desde un punto de vista sexual. Así, las preferencias sexuales de un individuo se establecerán mediante un proceso de **condicionamiento clásico** en el que los estímulos, que van a convertirse en objetos sexuales para ese individuo, se asocian a la excitación sexual.
 - o Los hombres tienen más parafilias porque se masturban más.
 - o ij Vázquez y cols: las preferencias sexuales no siempre se reflejan en la conducta del sujeto: puede haber factores personales que limiten la expresión de las preferencias (en la cárcel son frecuentes las relaciones homosexuales entre individuos heterosexuales).
 - ij Recomiendan que la orientación sexual se evalúe en relación con la excitación sexual que experimenta ante determinados estímulos y no por la conducta sexual en sí.

B. EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL

Masters y Johnson en *Respuesta sexual humana* (1966) describieron cuatro etapas en el ciclo de respuesta sexual, determinadas por dos procesos fisiológicos:

- La vasodilatación: flujo de sangre a los vasos sanguíneos de una determinada zona.
- La miotonía o contracción muscular.

Las cuatro fases son las siguientes:

1. *Fase de excitación*: inicios de los cambios fisiológicos que señalan la respuesta del organismo ante la estimulación sexual física o psicológica.
 - En la mujer: comienzo de lubricación vaginal (control parasimpático), dilatación de la parte superior de la vagina, aumento del tamaño del clítoris y de los senos.

- En el hombre: comienzo de la erección (control parasimpático), aumento de tensión en el escroto y elevación de los testículos, y contracciones irregulares del recto.
 - En ambos: rubor sexual, incremento de la tasa cardiaca y aumento de la presión arterial.
2. *Fase de meseta o mantenimiento*: incremento importante de la tensión sexual con elevados niveles de miotonía y vasocongestión.
- En la mujer: contracción de las paredes vaginales (formándose la plataforma orgásmica), el clítoris se retira hacia el interior, el útero aumenta de tamaño y los labios menores se oscurecen.
 - En el hombre: el pene alcanza su máximo nivel, los testículos aumentan de tamaño, aparecen gotas de fluido en la punta del pene, y continúan las contracciones en el recto.
 - En ambos: continúa el rubor, el aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, y comienza a acelerarse la respiración.
3. *Fase orgásmica*: descarga explosiva de la tensión neuromuscular, de forma involuntaria y repentina cuando la estimulación alcanza su máxima intensidad. Es el clímax de la respuesta sexual, en el que se producen los cambios fisiológicos más importantes. A nivel psicológico, es el momento más placentero.
- En la mujer: la plataforma orgásmica se contrae a intervalos de 0,8 segundos entre 5-12 veces, produciéndose a su vez contracciones involuntarias del esfínter anal y de otros grupos musculares.
 - En el hombre: las contracciones de la uretra y de los músculos pélvicos hacen que el pene experimente contracciones que provocan la eyaculación (control simpático), acompañadas de contracciones del recto
 - En ambos: continúan los incrementos en los diversos parámetros.
4. *Fase de resolución*: pérdida progresiva de la tensión sexual y vuelta gradual del organismo al estado previo a la fase de excitación. Dura de 15 a 30 minutos.
- Los hombres entran en un *periodo refractario* de duración variable: desde minutos a horas.
 - Las mujeres no muestran periodo refractario.

Kaplan y Labrador añadieron a este modelo una fase previa: la *fase de deseo*.

Para que comience la fase de excitación es necesario que previamente exista deseo sexual.

A veces, puede resultar difícil delimitar con precisión las fases, o no se recorren todas, o se recorren a distinta velocidad, o los cambios fisiológicos son de distinta intensidad.

- Los cambios fisiológicos no determinan la calidad de la respuesta sexual o las respuestas emocionales y psicológicas.
- Son más numerosas las mujeres que no llegan al orgasmo que los hombres.
- Las variaciones en el ciclo de respuesta sexual son mucho mayores en las mujeres que en los hombres.

II. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.

Tradicionalmente, los trastornos sexuales se han dividido en dos grupos:

- Parafilias o desviaciones sexuales
- Disfunciones sexuales.

El DSM-IV-TR y CIE-10 constan de un tercer grupo: T. de la identidad sexual.

- El DSM-IV-TR tiene además una cuarta categoría: Trastorno sexual no especificado.
- Y la CIE otra cuarta categoría: T. psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

DSM-III-R: contempla los 4 grupos siguientes:

1. Trastornos de la identidad sexual (o preferiblemente “de género”): TIS

Sintomatología esencial: disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual (identidad de género).

Los clasifica dentro del grupo más general de **“Trastornos de inicio en la infancia y adolescencia”**.

El DSM-IV-TR incluye dos tipos de T. de identidad sexual:

1. El T. de identidad sexual.
2. El T. de identidad sexual no especificada.

Y ya dentro del grupo de **“Trastornos sexuales”** los tres siguientes:

2. Parafilias:

El DSM-III-R prefiere este término al de desviaciones sexuales.

Característica: intensas y repetidas fantasías sexuales, impulsos o conductas sexuales, que generalmente implican objetos no humanos, sufrimiento o humillación propia o del compañero, o niños o personas que no consienten y que persisten, al menos, por un periodo de 6 meses.

De acuerdo con el contenido concreto de esas necesidades y fantasías, el DSM-IV-TR describe 9 tipos:

1. Exhibicionismo.
2. Fetichismo.
3. Frotteurismo.
4. Pedofilia.
5. Masoquismo sexual.
6. Sadismo sexual.
7. Fetichismo transvestista.
8. Voyeurismo.
9. Parafilias no especificadas.

3. Disfunciones sexuales:

Alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual.

El DSM-IV-TR recoge las fases propuestas por Masters y Johnson, incluyendo la fase preliminar de deseo sexual. Y unifica las fases de excitación y meseta en una única a la que denomina “excitación”.

También recoge una categoría en la que se incluyen disfunciones que suponen la aparición de dolor.

Considera 5 categorías principales + 1:

1. Trastornos del deseo sexual:
 - Deseo sexual inhibido o hipoactivo
 - Trastorno por aversión al sexo.
2. Trastornos de la excitación sexual:
 - En el hombre (de la erección).
 - En la mujer.
3. Trastornos del orgasmo:
 - Disfunción orgásmica femenina.
 - Disfunción orgásmica masculina.
 - Eyaculación precoz.
4. Trastornos sexuales por dolor:
 - Dispareunia.
 - Vaginismo.
5. Trastorno sexual debido a una enfermedad médica
6. Disfunción sexual no especificada.

4. Trastornos sexuales no especificados.

Para los casos no clasificables en ninguna de las categorías anteriores.

OTROS DATOS:

1. Especial mención merece la evolución de la categoría **homosexualidad** en las clasificaciones del APA.

- DSM-II: consideraba la homosexualidad como un trastorno.
- DSM-III: lo elimina como trastorno, aunque preserva la categoría de homosexualidad egodistónica (los casos en los que la orientación sexual ocasiona un profundo malestar al sujeto).
- DSM-III-R: elimina el término de homosexualidad egodistónica. Solo hay una mención entre los ejemplos dados a los “trastornos sexuales no especificado” (=malestar notable y persistente acerca de la propia orientación sexual).
- DSM-IV y DSM-IV-R: se mantiene invariable.

2. Hay comportamientos de carácter sexual de gran relevancia social, como p.ej.: violación, incesto, acoso sexual, que no aparecen recogidos en el sistema por distintos motivos:

- Para que sea parafilia ha de ser el modo de actividad sexual casi exclusivo o altamente preferido por la persona.
- La inclusión dentro de los sistemas diagnósticos conllevaría una excusa para los actos delictivos, ya que no serían responsables de estos actos a causa de su enfermedad.

El DSM-IV y DSM-IV-TR:

- Encierra los cuatro grupos bajo la etiqueta de “**Trastornos sexuales y de la identidad sexual**”.
- En los trastornos de la identidad sexual, elimina la diferenciación en función de la presencia o no de transexualismo, manteniendo únicamente una diferenciación en función de la edad del individuo.
- No hay modificaciones en las parafilias, aunque algunos prefieren la denominación de desviación sexual.
- Se añaden categorías específicas para el diagnóstico de las disfunciones sexuales debidas a condiciones médicas generales y para las inducidas por sustancias.

La CIE-10:

Notable paralelismo con las clasificaciones del APA.

- Tres grupos de trastornos sexuales:
 - De la identidad sexual. (a)
 - De la inclinación sexual (parafilias). (b)
 - Disfunciones sexuales no orgánicas. (c)

Y añade un cuarto grupo: trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales. (d)

Al igual que el APA suprime como trastornos las variedades de la orientación sexual, aunque mantiene la orientación sexual egodistónica.

Los trastornos de la identidad sexual (a), de la inclinación sexual (b) y los del desarrollo y la orientación sexual (d), forman parte del grupo más general de “**trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto**”.

Las disfunciones sexuales no orgánicas (c) se ubican dentro de los **“trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”** (que incluyen otros tipos de trastornos como los trastornos de la conducta alimentaria y los del sueño).

III. DISFUNCIONES SEXUALES

Def.: aquellos trastornos en los que problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales.

En general, existe una disfunción sexual cuando alguna de las respuestas psicofisiológicas implicadas en el ciclo de respuesta sexual o la totalidad de ellas, no se producen o se producen de manera parcial.

A. CLASIFICACIÓN Y TRASTORNOS DIAGNÓSTICOS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Hasta la fecha, no existe una clasificación universalmente aceptada de las disfunciones sexuales. La más difundida es la del DMS-IV-TR.

El **DSM-IV-TR** recoge, con algunas modificaciones, las fases en la respuesta sexual propuestas por Masters y Johnson, diferenciando cuatro grupos de trastornos:

- Trastornos del deseo sexual.
- Trastornos de la excitación sexual.
- Trastornos del orgasmo.
- Trastornos sexuales del dolor.

Incluye además (desde el DSM-IV) las disfunciones debidas a condiciones médicas generales y a las debidas a sustancias.

Principales disfunciones sexuales en el hombre y la mujer según el DSM

	Hombre	Mujer
Deseo sexual	Deseo hipoactivo Aversión sexual	Deseo hipoactivo Aversión sexual
Excitación sexual	Trastorno de la erección	Trastorno de la excitación
Orgasmo	Disfunción orgásmica Eyaculación precoz	Disfunción orgásmica
Dolor	Dispareunia	Dispareunia Vaginismo

Además, desde el DSM-IV se incluye especificaciones en el diagnóstico con importantes repercusiones terapéuticas:

- Si la disfunción es psicógena o psicógena y biológica:
 - Si es solo biológica se registrará en el eje III.
 - Si es solo psicógena en el eje I
 - Si tiene de ambos: en el eje I y en el III
- Si se ha producido durante toda la vida sexual o si se ha adquirido después de un periodo de funcionamiento normal.
- Si es generalizada o es situacional.
- Nota: si la alteración del comportamiento sexual es secundaria a otro trastorno mental (p.ej. depresión) no ha de efectuarse el diagnóstico de T. sexual.

Davidson y Neale han resaltado una serie de aspectos presentes en los criterios diagnósticos desde el DSM-III-R:

- Se especifica que el trastorno ha de ser persistente y recurrente.
- No establece si la pareja sexual es del mismo o de diferente sexo (refleja una mayor tolerancia hacia la homosexualidad).
- Enfatiza la inhibición de la expresión sexual como causa de anormalidad. Antes lo era el exceso.

B. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

1. Trastorno del deseo sexual: TDS

- **El deseo sexual inhibido (DSI) o hipoactivo** (o apatía sexual, o falta de deseo sexual o falta de interés por el sexo).
Caracterizado por un déficit en las fantasías sexuales y el deseo de actividad sexual.
- **Trastorno por aversión al sexo:** aversión extrema con evitación de todos o casi todos los contactos genitales con una pareja sexual.

El DSM no contempla el impulso sexual excesivo. Sí lo hace la CIE-10.

1.1. Deseo sexual inhibido o hipoactivo (DSI):

Se trata de un déficit en las fantasías sexuales y el deseo de actividad sexual. La persona no busca la gratificación sexual aunque se tenga disponible y tenga intacta su capacidad para el acto sexual.

Es una de las categorías diagnósticas más problemáticas, ya que no existen datos para establecer con qué frecuencia debe experimentar deseo sexual una persona (criterio de normalidad).

La apatía o DSI no solo tiene que ver con la carencia subjetiva de interés por realizar el coito; incluye también el desinterés por toda conducta sexual, la falta de pensamientos, ensoñaciones y fantasías sexuales, la falta de atención al material erótico, la no percepción del atractivo de las personas y la falta de sensación de frustración si no se puede dar rienda suelta a la sexualidad.

¡¡No es un índice único ni determinante el nº de veces que una persona tiene relaciones sexuales.

El DSI es mucho más frecuente en mujeres, y es una de las causas por las que primordialmente acuden a consulta (vs los hombres).

Kaplan señala que es el trastorno sexual más común en los EEUU, y lo atribuye, entre otras razones, al SIDA.

Se puede distinguir entre:

- **Deseo sexual inhibido general o falta general de apetito sexual.**
- **Deseo sexual inhibido selectivo:** la falta de interés está restringido a una persona o a un tipo de actividad sexual.

Y debe diferenciarse entre:

- **Deseo sexual inhibido primario:** cuando esta falta de interés sexual siempre ha estado presente en la persona. Es muy raro.
- **Deseo sexual inhibido secundario:** se ha desarrollado con posterioridad. Lo más frecuente es que se desarrolle a partir de ciertas experiencias (impotencia, anorgasmia).

Labrador señala que entre las causas que subyacen al DSI pueden encontrarse:

- Causas orgánicas: trastornos endocrinos, insuficiencia renal, diabetes...
- Consumo de ciertas sustancias: fármacos antihipertensivos, psicotropos, antidepresivos, alcohol, opiáceos...
- Causas psicológicas o psicosociales: estados depresivos, el bajo nivel de autoestima, un pobre concepto de la propia imagen corporal y, en especial, la ansiedad. Son las causas más importantes.
- También dificultades en la relación de pareja o de situaciones precipitantes de carácter aversivo y relacionadas con el sexo (violaciones, embarazos no deseados, desengaños).
- Pueden ser consecuencia de otra disfunción sexual: es frecuente que una persona con disfunción sexual (impotencia) acabe desarrollando DSI.
- Aburrimiento sexual.

1.2. Trastorno de aversión al sexo:

La persona evita de manera activa todo contacto genital.

Este problema se cataloga a veces como fobia al sexo, ya que se producen las mismas reacciones que en las fobias (aumento de la tasa cardíaca, sudoración, aumento de la tensión muscular) solo con imaginar alguna actividad sexual.

Su tratamiento es similar al de otras fobias: técnicas de exposición.

Causas más frecuentes:

- Actitudes negativas hacia el sexo debido a una educación rígida.
- Experiencias previas de violencia sexual (violación, incesto).
- Presiones constantes por parte de la pareja sexual para realizar una actividad sexual no deseada.
- Experiencias sexuales desagradables a causa de problemas de identidad de género.

2. Trastornos de la excitación sexual (TES)

2.1. Trastorno de la excitación en la mujer:

Fallo parcial o completo en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual, o bien como la carencia de una sensación subjetiva de excitación sexual y de placer durante la actividad sexual.

2.2. Trastorno de la erección en el hombre o impotencia:

Fallo parcial o total en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual (impotencia) o la falta de sensaciones subjetivas de excitación sexual y placer durante la actividad sexual.

- La impotencia es el **problema más común entre los hombres** que buscan asistencia.
- Afecta aproximadamente a un **7-10 %** de los varones, aumentando su incidencia con la edad.
- Para que se considere que existe impotencia o disfunción de la erección este problema ha de presentarse en al menos el 25 % de las relaciones o intentos de relación sexual.
 - La presencia esporádica de problemas de erección parece más la norma que la excepción.
- Presenta una amplia variedad de manifestaciones por lo que se puede distinguir entre:
 - Impotencia primaria vs secundaria: la secundaria es la más frecuente (90%)
 - Impotencia general vs situacional (p.ej. la 1ª relación).
 - Impotencia parcial vs total (poco frecuente)
- El mecanismo y respuesta a la erección es vulnerable a gran variedad de factores, tanto físicos como psicológicos.

Causas orgánicas (solo un 10%):

- Deficiencias hormonales (niveles de testosterona), factores de tipo vascular, lesiones neurológicas (médula espinal), lesiones en el pene o testículos, problemas de uretra o próstata.
- Secundaria debida a enfermedades: hipertensión, diabetes, arterioesclerosis...
- Disfunción de la erección debida a fármacos de uso frecuente: antidepresivos (IMAO y litio), antihipertensivos (betabloqueantes, diuréticos), hormonas (corticoides, estrógenos), barbitúricos, tranquilizantes.
- El consumo de alcohol.

Causas psicológicas: las más frecuentes.

- La ansiedad y la preocupación obsesiva por lograr una erección adecuada. La respuesta de la erección depende del SN parasimpático, mientras que la ansiedad activa el SN simpático. La aparición de ansiedad inhibe la acción del SNP y se establece una especie de espiral de deterioro progresivo.
- Inadecuada educación sexual o religiosa en la que se culpabilice todo lo relacionado con el sexo.
- Ciertas fobias sexuales específicas: miedo ante los genitales femeninos, ante el cuerpo de la mujer desnudo, al embarazo, a las enfermedades de transmisión sexual.

La impotencia tiene importantes consecuencias en la propia valoración que el hombre hace de sí mismo y en las relaciones de la pareja.

3. Trastornos del orgasmo

3.1. La disfunción orgásmica femenina (anorgasmia)

Ausencia o retraso del orgasmo, tras una fase de excitación normal, durante una actividad sexual que se considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.

Antes, los problemas de excitación y de orgasmo se incluían sin diferenciar bajo la denominación de "frigidez", pero se dieron cuenta de que no siempre iban unidos.

La anorgasmia es más frecuente en las mujeres que en los hombres y es una disfunción considerada como frecuente (incluso la más frecuente en algunos estudios, p.ej. APA): 10%, según Kaplan.

iiTras la falta de deseo sexual, es el problema sexual por el que más mujeres acuden a consulta.

En general, si hay orgasmo no coital, no se considera anorgasmia.

Masters, Johnson y Kolodny: "entre las mujeres que en ocasiones consiguen llegar al orgasmo solo se debe considerar que padecen anorgasmia aquellas mujeres que presentan una frecuencia de orgasmos tan baja que constituye una fuente de malestar e insatisfacción".

Así, la propia percepción del problema cobra una mayor relevancia.

Factores causales: especial relevancia de los factores psicológicos frente a los orgánicos.

- **Causas orgánicas (5%)**

Enfermedades crónicas (diabetes), trastornos neurológicos, estados de carencia hormonal, lesiones o infecciones pélvicas, desgarros, así como el consumo de ciertas sustancias.

- **Factores psicológicos (95%)**

Inadecuada educación sexual, rigidez moral o puritanismo, primeras experiencias traumáticas, falta de información, o ciertos aspectos culturales en los que se enfatiza que en una relación es la mujer la que debe satisfacer al hombre, e incluso se niega que la mujer pueda tener interés o deseos sexuales. Otro factor puede ser el temor de la mujer a perder el control o una estimulación inadecuada (es frecuente en mujeres cuya pareja tiene eyaculación precoz)

3.2. La disfunción orgásmica masculina o anorgasmia

Ausencia o retraso del orgasmo en el hombre, tras una fase de excitación normal, en el transcurso de una actividad sexual adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración. Se refiere al orgasmo intravaginal.

3.3. La eyaculación precoz

Es la eyaculación ante una estimulación sexual mínima antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

- Es **el** trastorno sexual **más frecuente** en los hombres (30%)
- Dificultades para definirlo. Masters y Johnson: incapacidad para inhibir el orgasmo durante el tiempo suficiente para que su pareja alcance el clímax en un 50% de sus relaciones sexuales.
- Tiene efectos muy negativos sobre la propia actividad sexual y sobre la relación de pareja.

Causas:

- Es infrecuente que esté producida por causas orgánicas, aunque en algunos casos enfermedades como la prostatitis o la esclerosis múltiple pueden facilitar su aparición.
- Es mucho más frecuente que la eyaculación precoz sea una **conducta aprendida** por el hombre al llevar a cabo interacciones sexuales (coitales o masturbatorias) en situaciones de alta ansiedad y/o con urgencia de tiempo. Una vez aprendido, es difícil controlarlo de forma voluntaria.
 - El reflejo eyaculatorio depende de la activación del SNS, el mismo que activa el organismo en situaciones de ansiedad.
- Evolutivamente hablando, la eyaculación rápida tiene valor para la supervivencia, por ello Kinsey lo considera una ventaja en vez de un problema.

4. Trastornos por dolor

4.1. Dispareunia o dolor genital (en mujeres u hombres) antes, durante o tras la relación sexual.

La dispareunia suele considerarse un trastorno femenino, aunque también puede darse en el hombre, siendo su incidencia muy escasa.

Dispareunia masculina

En la mayor parte de los casos, hace referencia a dolor en la eyaculación, ya sea en el pene o, menos frecuentemente, en los testículos o en los órganos internos.

Causas:

- Con frecuencia se debe a infecciones en la uretra, en las vesículas seminales, en la glándula prostática o en la vejiga urinaria.
- Kaplan: puede deberse espasmos en los músculos perineales por ansiedad ante la eyaculación.
- También por entrar en contacto el pene con el DIU o con espermicida.
- Factores psicológicos: educación inadecuada, experiencias traumáticas.

Dispareunia femenina

- Afecta a un 12% de las mujeres adultas.
- Con frecuencia está asociada a problemas de vaginismo. ¿Causa o efecto? La estadística suele recoger ambos de forma conjunta.

- Implica sensaciones de ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, que se localiza en la parte externa o interna de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen.
- No debe darse un diagnóstico de dispareunia cuando el dolor se debe a la falta de lubricación vaginal (¿problema de excitación?) o cuando es consecuencia de vaginismo.
- Para ser considerado un trastorno debe presentarse de forma crónica.

Causas:

- Causas orgánicas: Deformaciones o trastornos de la vagina, el útero, las trompas de Falopio o los ovarios; infecciones en vagina, clitoris; enfermedades en la uretra o el ano; cicatrices; enfermedades generales; cualquier estado físico que origine falta de lubricación vaginal.
- Uso de espermicidas, cremas anticonceptivas, productos de higiene íntima, diafragma, preservativos que irriten la vagina.
- Aspectos psicológicos: influencia de educación sexual inadecuada, miedos asociados al coito o experiencias traumáticas anteriores o una insuficiente excitación sexual.

4.2. Vaginismo

Aparición de espasmos en la musculatura del tercio externo de la vagina que interfieren el coito.

- Puede darse aun cuando la mujer responda de manera adecuada a la excitación sexual (hay lubricación) y disfrute del juego sexual (incluso puede alcanzar el orgasmo).
- Este espasmo no suele causar dolor, incluso es frecuente que no se perciba cuándo se produce.
- Se suele acompañar de espasmos en los músculos aductores que impiden la separación de los muslos.
- La incidencia es difícil de establecer por la variedad de la respuesta de contracción y sus efectos en la relación de pareja.
 - o La mayoría de los datos hablan de frecuencia conjunta de dispareunia y vaginismo (2-4%).
 - o El porcentaje de mujeres que buscan tratamiento por problemas de vaginismo oscila entre 12-22% del total de personas que buscan ayuda por problemas sexuales.

Causas:

- En la mayoría de los casos, el vaginismo tiene que ver con **causas psicológicas**: el problema consiste en la aparición de un **reflejo aprendido** (o condicionado) en una situación anterior en la que se ha asociado una experiencia de dolor a una situación de relación sexual (habitualmente el coito).
- Otros factores son el haber recibido una educación que culpabilice las relaciones sexuales, alguna experiencia anterior de abuso sexual, miedo al embarazo, un deseo contradictorio de tener una relación sexual, sentimientos de hostilidad o desagrado respecto a la pareja, miedo al dolor que pueda producir la penetración, etc.

C. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES (en general)

No se conoce con exactitud la prevalencia de estos trastornos en la población general: los datos existentes apuntan que un porcentaje elevado de hombres y mujeres padece a lo largo de su vida alguna disfunción sexual.

Algunos ejemplos:

Masters y Johnson: el 50% de las parejas heterosexuales.

El DSM-III-R: En estudios realizados en Europa y EEUU, en la población adulta joven:

- Hombres: 8% trastornos de erección y un 30% eyaculación precoz.
- Mujeres: 30% presenta disfunción orgásmica, y un 20% deseo sexual hipoactivo.

Tan solo un porcentaje muy pequeño de personas que padecen de alguna disfunción sexual, acude a un profesional para consultar, y de los que lo hacen, muy pocos se someten a tratamiento.

- En la mujer, los trastornos más consultados son deseo sexual inhibido y disfunción orgásmica.
- En el hombre: problemas de erección y eyaculación precoz

Hay muy pocos datos sobre población española: parece seguir la tónica de los estudios extranjeros.

D. ETIOLOGÍA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

En la mayor parte de los casos, los **factores psicosociales** juegan un papel etiológico fundamental.

ii Las causas de las disfunciones solo son orgánicas en una 5-10% de los casos.

Normalmente **no existe una única causa**: hay que recurrir a modelos multicausales para su explicación.

Masters y Johnson: hay causas próximas o inmediatas la adopción del rol de espectador y el miedo acerca del rendimiento en la relación sexual. Pero también causas históricas que inciden directamente sobre las inmediatas: formación religiosa, trauma psicosexual, inclinaciones homosexuales, excesivo consumo de alcohol, problemas fisiológicos, consejo inadecuado y factores socioculturales.

Posibles causas:

- Causas físicas. Hay que diferenciar entre:
 - Las que ejercen un efecto directo sobre la disfunción.
 - Las que ejercen un efecto indirecto a través de las reacciones psicológicas provocadas por la enfermedad física.
- Fármacos o drogas que actúan directamente sobre la conducta sexual o que la afectan de forma indirecta, como efecto secundario a su acción sobre alguna otra parte del organismo: antihipertensivos, tranquilizantes...
- Factores psicológicos
En función del momento de actuación, **Hawton** los clasifica en:
 - Factores **predisponentes**: factores que actúan preparando o facilitando la aparición a medio y largo plazo de las disfunciones.
 - Educación moral o religiosa restrictiva.
 - Relaciones deterioradas entre los padres.
 - Inadecuada educación sexual.
 - Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
 - Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años.
 - Los factores **precipitantes**: experiencias o situaciones que desencadenan a corto plazo la aparición de disfunciones.
 - Parto.
 - Problemas generales de relación de la pareja.
 - Infidelidad.
 - Expectativas poco razonables.
 - Disfunción en la pareja con la que se interacciona.
 - Algún fallo esporádico.
 - Reacción a algún trastorno orgánico.
 - Edad (y cambio en las respuestas como consecuencia de ésta).
 - Depresión y ansiedad.
 - Experiencias sexuales traumáticas.
 - Los factores de **mantenimiento** explican la persistencia de la disfunción.
 - Ansiedad ante la interacción sexual.
 - Anticipación de fallo o fracaso.
 - Sentimientos de culpabilidad.

- Falta de atracción entre los miembros de la pareja.
- Comunicación pobre en la pareja.
- Miedo a la intimidad.
- Deterioro de la autoimagen.
- Información sexual inadecuada.
- Escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito.
- Trastornos comportamentales más generales (depresión, alcoholismo, anorexia, estados de ansiedad).

Labrador: *tres aspectos* o factores suelen estar presentes en la mayor parte de las disfunciones sexuales.

- 1). La ansiedad asociada a las relaciones sexuales.
- 2). La falta de habilidades y conocimientos sobre el desarrollo sexual propio y de la pareja.
- 3). La adopción del rol de espectador en la relación.
- 4). Se añadiría un cuarto factor: una inadecuada educación sexual. Los “mitos sexuales” hacen a las personas más vulnerables al desarrollo de disfunciones y contribuyen a su mantenimiento.

El factor “ansiedad” ha sido el de mayor investigación y controversia.

- Durante años, se ha asumido que la ansiedad inhibe la excitación y la ejecución sexual y que juega un papel fundamental en la génesis y mantenimiento de las disfunciones sexuales.
 - o Wolpe defiende que la ansiedad contribuye a la aparición de diversas disfunciones sexuales y sugiere para su tratamiento el uso de la desensibilización sistemática.
 - o Más recientemente, Masters y Johnson subrayan la importancia del miedo a la actuación en el origen de las disfunciones sexuales.
 - o Kaplan el papel central en la etiología de las disfunciones al miedo al fracaso, al que se une la ansiedad por intentar satisfacer las demandas de la pareja.
- Pero resultados de diferentes estudios han indicado lo contrario: la ansiedad no afecta o facilita la activación sexual.
 - o **Beck, Barlow, Sakheim y Abrahamson:** compararon la actividad sexual de sujetos con o sin disfunción ante la amenaza de choque eléctrico.

Resultados: la ansiedad afecta de manera diferente a los sujetos con o sin disfunción sexual.

Al contrario que los sujetos sin disfunción, **aquellos que presentaban una disfunción sexual experimentaban una menor excitación** sexual en situaciones de amenaza.

- **Barlow:** en la ansiedad están involucrados tres sistemas de respuesta no siempre perfectamente correlacionado, por tanto es posible que los diferentes sistemas de respuesta afecten de manera diferencial a la activación sexual.
- **Masters y Johnson y Kaplan:** la relevancia de la **distracción y de la interferencia cognitiva** en el desarrollo de las disfunciones sexuales.
- **Barlow** ha llevado a cabo diversos estudios, cuyos resultados sugieren que hay 4 factores que **diferencian a los sujetos con y sin disfunción sexual**.
 - 1). La presentación de distractores de carácter neutro (no sexual) disminuye la activación sexual de los sujetos sin disfunción, pero no altera la de los sujetos disfuncionales.
 - 2). Los sujetos funcionales y los disfuncionales reaccionan de manera diferente a los distractores cuando estos son estímulos sexuales:
 - a. Los sujetos con disfunción se distraían de las claves eróticas de la situación con la consiguiente disminución de la activación sexual, cuando aparecían estímulos distractores que suponían una demanda de rendimiento sexual, mientras que su activación sexual no se veía afectada o incluso mejoraba, con la presentación de estímulos distractores neutros o de carácter sexual sin demanda de rendimiento.

- b. Los sujetos sin disfunción, la activación sexual se veía facilitada por los estímulos sexuales que implicaban demanda. Mientras que los estímulos que no implicaban demanda, le distraían disminuyendo su activación sexual.
- 3). Los sujetos sin disfunción manifiestan respuestas afectivas positivas en este tipo de contexto y los disfuncionales manifiestan respuestas afectivas negativas en contextos sexuales, que pueden llevar a la evitación de las claves eróticas, facilitando la interferencia cognitiva mediante la focalización de la atención en las claves situacionales de carácter no sexual.

Estas respuestas negativas afectivas (depresivas) están circunscritas a contextos sexuales, y pueden ser resultado de la **percepción o de las expectativas de respuesta inadecuada**.

- 4). Sujetos funcionales y disfuncionales se diferencian en sus estimaciones del control que ejercen sobre la activación sexual: subestimado en los sujetos con disfunción que tienden a subestimar también su activación sexual.

Relacionando lo anterior con el nivel de conciencia/evitación: Los disfuncionales evitarán la estimulación interoceptiva y los funcionales se centrarán en ella.

Barlow propone un modelo de las disfunciones sexuales en los que los factores causales de las mismas son un **proceso cognitivo y la ansiedad que interactúa con él**: los sujetos disfuncionales se centran en pensamientos irrelevantes a la actividad sexual, atendiendo fundamentalmente al rendimiento y a otros indicios no relacionados con las claves eróticas de la situación, que interfieren con la activación sexual. Los estímulos distractores neutros no tienen efecto inhibitor, puesto que ya están distraídos.

IV. PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES

A. CONCEPTO Y CARACTERIZACIÓN GENERAL

Los términos de parafilias, desviaciones sexuales o trastornos de la inclinación sexual hacen referencia a una serie de comportamientos sexuales caracterizados por la excitación del sujeto ante objetos y situaciones que no forman parte de los patrones sexuales normativos, o porque el sujeto necesita para obtener placer la presencia de determinados estímulos que se **apartan de lo que se consideran estímulos sexuales normales**.

Existe dificultad para discriminar entre conductas sexuales normales y anormales. Un criterio clínico a considerar a la hora de establecer la normalidad/anormalidad de estas conductas es **el grado en que estas interfieren el ajuste sexual** de la persona dificultando el establecimiento de relaciones sexuales satisfactorias. Y si estas conductas **representan una agresión o un peligro** para el que lo practica, para la persona que es objeto de la práctica o para ambos, p.ej. exhibicionismo, voyeurismo, frotteurismo, la pedofilia, etc.

B. CLASIFICACIÓN DEL DSM Y CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES

El DSM IV adopta el término de parafilias y las define como un grupo de trastornos cuya sintomatología esencial es la presencia de necesidades y fantasías sexuales intensas y recurrentes durante al menos 6 meses y que generalmente suponen:

- objetos no humanos
- sufrimiento o humillación propia o del compañero
- o niños o personas que no consienten. Estas reciben el nombre de ofensas sexuales y son legalmente consideradas como delitos.

ij El diagnóstico debe hacerse solo si el individuo ha actuado de acuerdo con estas necesidades (las fantasías no serían objeto de diagnóstico) o si le causan molestias marcadas.

Señala que existen diversos grados de afectación:

- Los que necesitan los estímulos parafilicos siempre para la activación erótica.
- Los que presentan estas preferencias parafilicas en determinados momentos, siendo capaces de funcionar sexualmente sin este tipo de estímulos.

No distingue entre parafilias y ofensas sexuales, agrupando todos estos trastornos de forma indistinta bajo el mismo epígrafe.

Además, algunas ofensas sexuales como la violación o las agresiones sexuales no son clasificadas como parafilias, lo que pone de relieve más su carácter agresivo y violento que su carácter sexual.

Los trastornos incluidos son:

- 1). Exhibicionismo.
- 2). Fetichismo.
- 3). Frotteurismo.
- 4). Voyeurismo.
- 5). Paidofilia.
- 6). Masoquismo sexual.
- 7). Sadismo sexual.
- 8). Fetichismo transvestista.
- 9). Parafilias no especificadas. P.ej. zoofilia, necrofilia...

Para que una persona sea diagnosticada de alguno de estos trastornos, ha de cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

- 1). Durante un periodo por **lo menos de 6 meses**, intensas necesidades recurrentes y fantasías sexualmente excitantes ligadas a la parafilia.
- 2). El individuo ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbado por ellas.

- En algunos trastornos como fetichismo, el transvestismo sexual y la paidofilia se incluye un tercer criterio para facilitar el diagnóstico diferencial.

El DMS-III-R establecía además unos criterios de gravedad:

- **Leve**: el individuo se encuentra marcadamente afectado por las necesidades parafilicas recurrentes, pero nunca ha actuado de acuerdo con ellas.
- **Moderada**: en algunas ocasiones, el individuo ha actuado de acuerdo con sus necesidades parafilicas.
- **Grave**: el individuo ha actuado repetidamente de acuerdo con sus necesidades parafilicas

Con frecuencia, estos sujetos presentan parafilias múltiples y en algunas ocasiones estas pueden ser síntomas de otros trastornos mentales.

Las reacciones que estas conductas producen en las personas que las padecen varían de unos a otros:

- En la mayor parte de los casos, son comportamientos que no provocan malestar subjetivo, estos sujetos rara vez solicitan tratamiento.
- En una minoría pueden generar sentimientos de culpa, vergüenza y depresión.

C. EPIDEMIOLOGÍA DE PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES

Se desconoce cuál es el alcance numérico de estos trastornos, ya que rara vez lo confiesan o solicitan tratamiento. También las víctimas lo ocultan.

Las estadísticas indican que las desviaciones sexuales afectan con más frecuencia a hombres. Solo el masoquismo se da en un elevado número de mujeres, pero incluso en este caso la relación es de 20:1.

Varias hipótesis:

- Mayor impulso sexual del hombre, que facilita que fije la atención en una gama más amplia de objetos sexuales.
- Mayor componente agresivo de los varones que puede explicar la adopción de conductas violentas ligadas al sexo.
- Mayor indefinición de la identidad sexual masculina.
- Menor capacidad de discriminación sexual que puede llevar a la exploración de estímulos sexuales diversos.

En relación con la **edad**: el inicio suele aparecer en la adolescencia. **En un 50% antes de los 18 años.**

D. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES

1. Exhibicionismo

Conducta caracterizada por la obtención de un alto nivel de excitación sexual a través de la **exposición de los genitales a una persona** (normalmente desconocida y del sexo contrario) en un lugar público, y sin que exista intento de realizar una actividad sexual posterior.

- Es una desviación que ocurre casi exclusivamente en hombres.
- Carácter persistente y compulsivo.
- Es la más común de las desviaciones sexuales.
 - Un 30-50% de mujeres informan de haber sido alguna vez víctimas de un exhibicionista.
 - Es, además, la desviación que más problemas tiene con la justicia: el 34% son detenidos alguna vez.
 - Y constituye 1/3 de las acusaciones por ofensa sexual.
- El exhibicionismo comienza normalmente en la adolescencia.
- La prevalencia máxima del trastorno se da entre los 20 y los 30 años.
- Es común que los exhibicionistas presenten además alguna otra desviación sexual, siendo las más comunes el voyeurismo y paidofilia.
- En cuanto al diagnóstico diferencial, el exhibicionismo debe distinguirse de la paidofilia: en esta puede también existir exhibición de los genitales, pero la exhibición es aquí un prelude de una actividad sexual posterior con el niño.
- El exhibicionista es normalmente heterosexual, no existiendo diferencias entre el tipo de contactos heterosexuales que establecen los exhibicionistas y los sujetos heterosexuales normales.

Sobre las causas:

- Con frecuencia se asocia el inicio de estas conductas con algunas experiencias de excitación sexual que sigue a un **episodio de exposición accidental**. Algunos autores señalan, sin embargo, que aunque la adquisición de estas conductas puede establecerse bajo la influencia de un impulso sexual, durante su mantenimiento en la edad adulta esta pierden su carácter sexual y adquieren un **matiz compulsivo**.
- **McConaghy**: la teoría del mecanismo de terminación conductual.
 - Cuando una conducta es muy habitual se establece en el SN un mecanismo que él denomina de terminación conductual que se activa en presencia de estímulos asociados con la realización de dicho comportamiento.

- Si la conducta no es completada se produce un importante incremento de la activación general y por lo tanto de la tensión subjetiva.
- Lo aversivo de esta sensación es lo que impulsa al sujeto a completar la conducta aunque no lo desee.

Esta consideración como conducta compulsiva no sexual es consistente con estudios que señalan que un porcentaje elevado de sujetos informa de no obtener gratificación sexual durante sus exposiciones.

- **Kolarsky y Madlfousek** aluden a la **alteración del cortejo**: experimento en el que se mostraba en películas a mujeres realizando conductas y movimientos no eróticos:
 - En los exhibicionistas, la visión de estas mujeres producía una excitación sexual que no aparecía en el grupo de sujetos normales.
 - En sujetos normales, la ausencia de conductas eróticas o cortejo les previene de excitarse sexualmente.
- **Características de personalidad**: personas retraídas, tímidas y dependientes, con déficit en habilidades sociales y heterosexual

2. Voyeurismo

La principal fuente de excitación sexual para el sujeto es la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual.

- El voyeurista lleva a cabo la conducta de forma oculta y sin consentimiento de las víctimas.
- No implica la realización de ninguna actividad sexual posterior con la persona observada. La masturbación está con frecuencia asociada a este acto.
- Al igual que el exhibicionismo, esta conducta tiene un marcado carácter compulsivo, y los sujetos informan de una intensa activación autonómica ante la aparición de estímulos relacionados con esta conducta, activación que desaparece tras la realización de la misma.
- El voyeurismo aparece de forma predominante en hombres, mayoritariamente heterosexuales.
Algunos: existen diferencias interhemisféricas entre hombres y mujeres que predisponen al hombre a depender más de la vista para la excitación sexual.
- Normalmente comienza en la adolescencia. En ocasiones es pasajera, pero con frecuencia es crónica.
- Existe alta morbilidad entre voyeurismo y exhibicionismo: $\frac{3}{4}$ partes de los voyeuristas han tenido alguna vez conductas exhibicionistas.
Los voyeuristas solicitan tratamiento con mucha menos frecuencia que los exhibicionistas.
- Diagnóstico diferencial:
 - Importante distinguir entre voyeurismo y actividad sexual normal, la diferencia está en que la persona observada lo sabe.
 - Diferencia entre voyeurismo y utilización de la pornografía: en un caso la persona observada desconoce que está siendo observada y en otro caso no.
- Algunos autores incluyen entre las práctica voyeuristas la contemplación del strip - tease, la utilización de pornografía, etc, siempre que esta constituye una conducta recurrente o la principal fuente de excitación para el sujeto. Freund incluía el voyeurismo auditivo.

Causa:

- Su inicio se asocia a la excitación obtenida después de haber observado, quizás de forma accidental, a una mujer desnuda, una pareja haciendo el amor, etc. Posteriormente el sujeto asocia estas fantasías a la masturbación y de esta forma se condiciona la excitación sexual a este tipo de estímulos.
- Características de la personalidad: sujetos tímidos y con ciertas dificultades para el establecimiento de relaciones heterosexuales.

3. Frotteurismo

Obtención de placer de forma preferente o exclusiva a través del **frotamiento de los órganos genitales** contra el cuerpo de una persona desconocida sin su consentimiento.

- El DSM-III-R incluye en esta categoría el tocamiento de otras partes de cuerpo.
- No es el preludio de una actividad sexual posterior.
- Los frotteurs realizan normalmente estas actividades en lugares públicos y concurridos.
- La conducta típica consiste en acercarse a la víctima, normalmente niñas adolescentes y apretar sus genitales contra ella, o toquetearle las nalgas o los pechos. Normalmente, el frotteurismo va acompañado de una masturbación ante el recuerdo de este tipo de situaciones.
- Este trastorno suele tener un carácter pasajero.
- Se da con mayor frecuencia entre los 15 y los 20 años.
- Tasas de prevalencia: existen poco datos.

Causa:

- La aparición de esta conducta se asocia a la **observación** de la misma en otras personas y su posterior imitación por parte del adolescente.

4. Fetichismo y transvestismo fetichista

El fetichista se excita sexualmente observando y/o manipulando objetos inanimados, normalmente ropa interior femenina, calzado, prendas de vestir diversas, pañales, biberones...

- Los fetichistas frecuentemente se masturban mientras sostienen, tocan o huelen el fetiche.
- Cuando la conducta del sujeto se limita a ponerse ropa del sexo contrario, no debe ser diagnosticada de fetichismo, sino de fetichismo transvestista: suelen tener ropa interior femenina para transvestirse, cuando están solos, acompañando a la masturbación o cuando realizan el acto sexual con su pareja.
- Otra acotación al diagnóstico que hacía el DSM III-R es que cuando el objeto que estimula sexualmente al sujeto es una parte o una deformidad del cuerpo humano, esta parafilia recibe el nombre de parcialismo y debe ser diagnosticada como parafilia no especificada.
- Los fetichistas y fetichistas transvestistas son mayoritariamente hombres y heterosexuales.
- Algunos señalan la fuerte correlación entre fetichismo y sadomasoquismo.
Con frecuencia, las prácticas sexuales con fetiches implican comportamientos sadomasoquistas: vestirse con ropas de caucho o goma altamente constrictoras
- Apenas existen datos de la prevalencia, al no ser una conducta peligrosa no acuden a tratamiento.
- El transvestismo fetichista suele tener también su inicio en la adolescencia.

Causas:

- la mayor parte de los autores apelan a la importancia de los procesos de condicionamiento en el aprendizaje de esta conducta. Quizás el procedimiento más común sea la incorporación del objeto fetiche, normalmente a través de la imaginación, a una situación, de masturbación, por lo que la aparición de un orgasmo posterior fortalecerá la conexión entre ese objeto y la sensación de placer.
- Experimentos de condicionamiento clásico (p.ej. Rachman) han demostrado que la asociación de imágenes con un fuerte contenido sexual con imágenes de objetos neutros, acaba generando en estos últimos, propiedades eróticas.
- ¿Hay relación entre el fetichismo y la epilepsia temporal? Los datos no parecen apoyar esta hipótesis.

5. Paidofilia

Se denomina paidofilia o pedofilia al trastorno caracterizado por la presencia de fantasías y conductas que implican la actividad sexual **entre un adulto y un niño**.

Además de estos dos criterios, incluye un tercero que hace **referencia a la edad del niño** y del adulto, indicando que es necesario que el sujeto tenga por lo menos dieciséis años y sea al menos cinco años mayor que el niño o los niños con los que se relaciona sexualmente.

- Se debe especificar si la relación es heterosexual, homosexual o ambas. También si se limita a incesto, y también si la paidofilia es de tipo exclusivo (solo atracción por los niños) o de no exclusivo (también hacia personas adultas).
- Las conductas sexuales implicadas en la paidofilia son diversas: desde el menor exhibicionismo o masturbación delante del niño, hasta los besos, caricias, contactos bucogenitales y, en algunos casos, la penetración anal o vaginal.
- Normalmente, no implica violencia física
- Suele ser una persona cercana o conocida (90%).
 - o Se estima que una tercera parte de los abusos sexuales en la infancia son de carácter incestuoso.
- Respecto a la orientación sexual de la paidofilia (hetero y homosexual) algunos autores señalan que esta diferenciación es determinante, dado que los rasgos de personalidad y las conductas exhibidas por unos sujetos y otros son claramente diferentes.

En general, podría decirse que la paidofilia homosexual suele tener un carácter más crónico y menos reactivo que la heterosexual.

Paidofilia heterosexual	Paidofilia homosexual
<ul style="list-style-type: none"> - Pocas víctimas. - El sujeto es alguien conocido por las víctimas. - Repetidos abusos con la misma persona - Edad media de las víctimas: 8 años. - También se sienten atraídos por mujeres adultas. - Suelen ser sujetos casados. - La conducta comienza en la edad adulta de forma ocasional, y en momentos de estrés psicosocial. - Suelen ser de clase social baja, estar en paro, mostrar problemas con el alcohol, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muchas víctimas. - Desconocido para las víctimas. - No más de 1 relación con cada persona. - Edad media de 10 años. - No atracción por adultos del otro sexo. - Suelen ser solteros. - La conducta comienza en la adolescencia. - Suelen ser personas acomodadas con empleo estable, sin problemas con el alcohol, pero que rehuyen las relaciones sociales con los adultos.

Diagnóstico diferencial: el DSM indica que la presencia de actos sexuales con niños no es criterio suficiente para el diagnóstico de paidofilia

Es necesario distinguir este trastorno de casos en los que la relación sexual con el niño se da en un contexto de estrés psicosocial o como consecuencia de una situación de soledad o aislamiento, o casos de relaciones con niños aisladas en sujetos con retraso mental, trastorno orgánico de la personalidad, esquizofrenia o problemas de intoxicación alcohólica.

Prevalencia: 0,5% en las mujeres y 5% en los hombres.

- 1 de cada 4 o 5 niñas y 1 de cada 9 o 10 niños sufren abuso sexual.

Perfil típico: hombre de mediana o avanzada edad, solitario y con ciertas dificultades para establecer relaciones heterosexuales. Normalmente no presentan ningún trastorno psicopatológico significativo, aunque suelen ser sujetos con baja autoestima y con pocos recursos para hacer frente a situaciones de estrés, siendo frecuente que presente problemas de abuso de alcohol o de otras sustancias.

Etiología: se sabe poco.

- Varias hipótesis:
 - Aprendizaje de actitudes negativas hacia el sexo.
 - Experiencias de abuso sexual durante la infancia.
 - Presencia de sentimientos de inferioridad y de baja autoestima.
 - Asociación posterior con la masturbación, facilita el mantenimiento de la conducta.
 - Las situaciones de elevado estrés psicosocial pueden funcionar también como desencadenantes y mantenedores de la conducta.
- Para **Farré**: procesos de condicionamiento que no se extinguió con experiencias posteriores más gratificantes.

6. Sadismo y masoquismo.

El DSM IV las define como entidades separadas:

- El sadismo se refiere a la necesidad de infligir daño a otra persona para excitarse sexualmente.
- El masoquismo implica la necesidad de ser humillado, atacado, maltratado, etc., para obtener placer sexual.

Pero a pesar de estar definidos separados, son trastornos que aparecen juntos: muchos masoquistas se infligen daño a sí mismos (son sadomasoquistas).

- Necesidad de establecer diagnóstico diferencial respecto a la violación o cualquier tipo de ataque sexual.
- Existe una gran variedad de conductas sádicas y masoquistas, que van desde la sujeción de todo tipo de ligaduras, golpes o latigazos, semiestrangulación, pisoteo del cuerpo, etc. En los últimos años ha comenzado a proliferar la **hipoxifilia**: excitación sexual a través de la privación de oxígeno por medio de un nudo, una bolsa de plástico...; la asfixia produce vértigo y mareos debido a la interrupción de la oxigenación arterial del cerebro y el aumento de CO₂, sensaciones que son vividas como excitantes por estas personas, aumentando así el placer de la masturbación o de la relación sexual.
- Es frecuente la asociación del sadismo y masoquismo con el fetichismo y el fetichismo transvestista.

Prevalencia:

- Se sabe poco: algunos apuntan que el masoquismo es más frecuente en mujeres, aunque no todos coinciden en ello (p.ej. APA).
 - Sí existe acuerdo en que es la parafilia más frecuente en las mujeres.
- Estas conductas suelen comenzar en la adolescencia y tienen un curso crónico.

Causas:

- Al igual que el resto de las parafilias se ha recurrido a procesos de condicionamiento.
 - Eroféieva: primer modelo experimental de masoquismo.
- Se han evocado posibles alteraciones de la personalidad: escaso éxito.
- En algunos casos, el sadismo está asociado a un trastorno de la personalidad antisocial.
- Estudios antropológicos de **Pedersen**: las etnias más proclives a estas actividades son los anglosajones y judíos de la Europa Oriental, culturas en las que se reprimen las manifestaciones de agresividad, lo que explicaría su menor prevalencia en los latinos.

7. Otras parafilias y ofensas sexuales.

Bajo la categoría de parafilias no especificadas, el DSM-IV agrupa una serie de desviaciones sexuales:

- Zoofilia: relaciones con animales. Frecuente en zonas rurales y aisladas.
- Coprofilia: Heces.
- Necrofilia: muertos. Poco frecuente.
- Llamadas telefónicas obscenas.

E. ETIOLOGÍA DE PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES

Los modelos explicativos existentes no permiten explicar de forma convincente el desarrollo y mantenimiento de estas conductas.

Factores biológicos: (sin evidencia empírica)

- presencia de niveles anormales de andrógenos dado que pueden contribuir a una excitación sexual inapropiada.
- presencia de una alteración del lóbulo temporal.

Causas psicológicas:

- Los **procesos de aprendizaje**.
Es posible que este se produzca debido a que un estímulo atípico se haya asociado de forma accidental a una sensación de excitación sexual, asociación que se refuerza por la repetición buscada de dichas situaciones por parte del sujeto y sobre todo por la inclusión de fantasías relacionadas con dicho estímulo durante la masturbación.
El hecho de que un porcentaje significativo de sujetos normales informe de activación ante fantasías de actividades sexuales desviadas, pero que no las realicen, entra en contradicción con este modelo.
- Algunos autores han intentado generar hipótesis alternativas que permitan explicar por qué se mantienen estos comportamientos una vez adquiridos. En esta línea se enmarca **la teoría de la terminación conductual**, que parte de dos hechos:
 - 1). El **carácter compulsivo** que tienen muchos de estos comportamientos.
 - 2). Con frecuencia estos sujetos se quejan más de una respuesta de activación general que de una respuesta de activación sexual ante los estímulos.
- Una hipótesis alternativa también generada por la observación de la cualidad compulsiva de estas conductas es la de que dichos **comportamientos tienen un carácter adictivo**. Sin embargo, los datos clínicos y la evidencia empírica no parecen avalar esta hipótesis.
- **Freund (1990)**: desde una perspectiva etiológica trata las desviaciones sexuales como **trastornos del cortejo**, cree que las conductas sexuales están biológicamente determinadas e identifica cuatro fases en las interacciones sexuales humanas:
 - Localización y evaluación de la pareja.
 - Fase de interacción pretáctil.
 - Fase de interacción táctil.
 - Fase de unión genital.

Señala que pueden producirse anomalías en el patrón de activación de cada una de las fases de la interacción sexual humana, produciéndose una exagerada intensificación del mismo, y esto es lo que ocurre en las desviaciones sexuales.

Asocia la aparición de cada uno de los trastornos con la alteración de una de las fases del cortejo.

- El voyeurismo se entendería como una alteración de la fase de localización y evaluación.
- El exhibicionismo de la fase de interacción pretáctil.
- El frotteurismo de la fase de interacción táctil

- La violación de la fase de unión genital.
- La **imitación de modelos** en el desarrollo de este tipo de conductas: existe relación entre el ambiente familiar en el que se ha desarrollado el sujeto durante la infancia y la aparición sobre todo de ofensas sexuales y conducta de violencia.

En este sentido, **Marshall y Barbaree**: gran parte de los ofensores sexuales han tenido una pobre socialización en la infancia, han presenciado repetidamente escenas de violencia en el hogar. Todo ello, parece facilitar el uso de la agresión como forma de interacción e impide el acceso durante la adolescencia de apropiadas relaciones sociales.

- La importancia de las **actitudes y cogniciones** acerca del sexo.
- Se ha indicado también que las desviaciones sexuales reflejan un **déficit de habilidades de comunicación social y heterosexual** (quizás mediado por la ansiedad).

V. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Son los trastornos menos frecuentes y menos estudiados.

Se caracterizan por la **existencia de incongruencia entre el sexo anatómico y su propia identidad de género**.

Presentan una gran diversidad en cuanto a su gravedad:

- Formas más leves: la persona identifica perfectamente a qué sexo pertenece aunque experimenta malestar y sentimientos de adecuación respecto a ello.
- Formas más extremas (transexualismo) la persona tiene la sensación de pertenecer al sexo opuesto.

A. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

El DSM-IV recoge tres categorías diagnósticas dentro del grupo de los Trastornos de la identidad de género. Todas ellas se caracterizan por la aparición de **malestar intenso y persistente acerca del propio sexo**, estableciéndose diferenciaciones en función del momento de aparición del trastorno (infancia vs edad adulta) y de la presencia o no de transexualismo:

1. Trastorno de la identidad sexual en niños:

- Se manifiesta antes de la pubertad.
- Se caracteriza por un profundo y persistente malestar en relación con el sexo anatómico y el deseo de pertenecer al sexo opuesto.

2. Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos (TISAA):

- El sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo va acompañado de una preocupación por deshacerse de los caracteres sexuales propios.
- Suele implicar cambios persistentes y recurrentes de ropa para adoptar el papel de las personas del otro sexo (transvestismo).

3. Trastorno de la identidad sexual no especificado:

- Incluye los casos que no reúnen criterios para el diagnóstico de un Trastorno de identidad sexual específico

Para aquellos trastornos que se dan en la edad adulta el DSM IV (y con el fin de no herir sensibilidades) incluye la especificación de la orientación sexual del individuo: con atracción sexual por varones/ mujeres/ ambos/sin atracción sexual por ninguno.

B. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO

1. Trastornos de identidad de género en la infancia

Los niños a los que se les da este diagnóstico suelen ser bastante femeninos, mientras las niñas son masculinas.

- Su comportamiento no se adapta a los estereotipos sociales.
- Sienten aversión por vestirse con las ropas típicas de su sexo; detestan jugar a juegos típicos de su sexo; se identifican con modelos del rol del sexo opuesto; llegan a manifestar un rechazo abierto hacia sus caracteres sexuales.
- Este trastorno es más frecuente en niños que en niñas y suele comenzar antes de los 6 años.
- Es un trastorno poco común.
- Los estudios retrospectivos de sujetos transexuales, revelan una alta incidencia de la conducta propia del sexo contrario durante su infancia. Sin embargo, solo algunos casos desembocan posteriormente en transexualismo. Es más frecuente la evolución hacia la homosexualidad.

ij A la hora de establecer un diagnóstico de trastorno de identidad de género infantil conviene tener en consideración dos aspectos:

- La categorización de niños-femeninos y niñas-masculinas está altamente determinada por los juicios y los estereotipos sociales, que son los que delimitan en qué medida una determinada pauta de conducta ha sobrepasado la frontera de lo propio de su sexo para entrar dentro del área reservada al sexo contrario.
- Becker y Kavoussi señalan que en estas edades es difícil separar la identidad de género del rol sexual, por lo que la evaluación del niño ha de incluir tanto su conducta como la identidad de género.

2. Transexualismo

La preocupación persistente sobre cómo deshacerse o modificar las características sexuales, les lleva a solicitar tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas.

- La mayoría de los hombres y casi todas las mujeres, sienten atracción hacia los miembros de su propio sexo biológico.
- La mayoría de los transexuales masculinos tiene una orientación homosexual, aproximadamente un 25% son heterosexuales.
- Existe una alta proporción de trastornos psiquiátricos concomitantes con el transexualismo, predominando los trastornos de la personalidad narcisista, antisocial y límite, el abuso de sustancias y las conductas autodestructivas o suicidas.
ij Tan sólo un 30% de los transexuales no presenta otro trastorno.
- El aspecto más controvertido y más estudiado del transexualismo es el de su diferenciación respecto a otras conductas sexuales, especialmente del transvestismo.

La diferenciación puede resultar bastante difícil, ya que ambos tienen en común el hecho de vestirse con las ropas del sexo opuesto. Intentando delimitar esta cuestión, **Brancroft** distingue cuatro tipos de transvestistas:

- 1). **El transvestista fetichista:** generalmente varón, que obtiene excitación sexual al vestirse con ropas del otro sexo.
- 2). **El transvestista con doble rol:** que normalmente viste con las ropas de su sexo y tiene una orientación heterosexual, pero que, ocasionalmente, cambia de indumentaria para hacerse pasar por miembro del otro sexo.

- 3). **El transvestista homosexual:** tiene orientación homosexual y se viste con ropas del otro sexo, a menudo con una intención más folclórica que sexual.
- 4). **El transvestista transexual** que, a diferencia de los anteriores, usa el atuendo del sexo opuesto como una forma de expresión de su deseo de cambiar de apariencia.

Brancroft: es posible que el transexualismo en la vida adulta se inicie con un transvestismo fetichista en la niñez, el cual, con el paso del tiempo ha ido perdiendo su efecto excitante.

Esta es la postura adoptada por el DSM-III-R: la aparición de excitación sexual al vestir ropas del sexo opuesto supone un criterio de exclusión del diagnóstico de transexualismo.

El DSM-III-R acepta que el fetichismo transvestista y el transvestismo pueden evolucionar hacia un transexualismo.

C. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS T. DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Existen pocos datos rigurosos acerca de la prevalencia e incidencia, los escasos datos existentes hablan de manera casi exclusiva de transexualismo.

Parece haber un acuerdo generalizado acerca de la escasa frecuencia de estos trastornos y de su mayor prevalencia entre los hombres.

El DSM-III- R sitúa la prevalencia del transexualismo en 1 caso/ 30.000 en hombres y 1 caso/ 100.000 en mujeres.

Los hombres se interesan con una frecuencia 3 o 4 veces mayor que las mujeres en el cambio de sexo.

Eklund y cols: la proporción de transexuales hombres/mujeres tiende a permanecer constante de 3 a 1.

Sobre otros trastornos de la identidad de género:

- el trastorno de la identidad de género en la niñez es muy poco frecuente.
- el TISAA es más común que el transexualismo

D. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO

No existen explicaciones exhaustivas sobre la etiología de los trastornos de la identidad de género, sino tan solo una serie de **conjeturas** con escaso y contradictorio apoyo experimental, que no permiten en ningún caso proponer modelos etiológicos integrados de los diferentes trastornos.

La mayoría de ellas se centran en el **transexualismo** y hacen referencia a **aspectos orgánicos:** existencia de una diferenciación hipotalámica prenatal, niveles plasmáticos disminuidos de testosterona en hombres transexuales y aumentados en las mujeres, anomalías específicas del lóbulo temporal, tumores cerebrales, alteraciones cromosómicas.

Los **modelos psicológicos** se basan en la aplicación simple de las **teorías del aprendizaje** y postulan que el problema surge a causa del reforzamiento de conductas propias del otro sexo por parte de los padres durante la infancia.

Otros explican el transexualismo como un mecanismo que la persona utiliza para poder relacionarse con personas de su mismo sexo sin tener que aceptar la condición de homosexual. Esto parece ser más frecuente en mujeres transexuales

En el caso de los trastornos de identidad de género en la infancia cabe señalar, como factores adicionales, la indiferencia o incluso el favorecimiento de la conducta del sexo contrario por parte de los padres.

.....

NOTA:

No entra como materia de examen las tablas 5, 6, 8, 9 y 10 ni los epígrafes III.E, IV.F y V.E (no están incluidos en estos apuntes)