

# TEMA 12. TRASTORNOS SEXUALES

## 1.-IDENTIDAD SEXUAL

La diferenciación sexual comienza en el momento mismo de la concepción cuando se establece el sexo genético mediante la acción del cromosoma X e Y del espermatozoide fecundante: si el óvulo es fecundado por un espermatozoide con el con el cromosoma X, el sexo genético del feto será femenino (XX); en cambio, cuando el óvulo es fecundado por una célula de esperma que lleva un cromosoma Y el sexo genético del embrión será masculino (XY). Este sexo genético se relaciona con la diferenciación sexual de las gónadas (esto es, testículos y ovarios).

Las gónadas permanecen indiferenciadas hasta aproximadamente la sexta semana de gestación, momento en el que el antígeno H-Y actúa sobre las gónadas haciendo que, en presencia del cromosoma Y, éstas se conviertan en testículos. Si el antígeno no actúa, el feto se desarrollará con genitales femeninos (ovarios).

Los genitales se forman a partir de órganos embriológicos dobles mediante la acción de ciertas hormonas, los andrógenos (testosterona y dihidrotestosterona). Para que se formen los genitales femeninos las hormonas ováricas son irrelevantes y es suficiente con que no existan andrógenos. En suma, el cromosoma Y determina en un primer momento que las gónadas se conviertan en testículos o en ovarios, y posteriormente es el andrógeno fetal el que regula la diferenciación sexual, de modo que en su ausencia todos los embriones desarrollarían genitales femeninos, aun en el caso de poseer testículos. Estos desarrollos continúan hasta la pubertad, hasta el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

López resume todos estos procesos fisiológicos que tienen lugar antes del nacimiento en las siguientes leyes:

- a) El embrión original es morfológicamente idéntico, salvo en su programación genética.
- b) Para que haya una diferenciación masculina son necesarias actuaciones específicas, mientras que para que se dé una diferenciación femenina es suficiente que no tengan lugar dichas actuaciones específicas.
- c) El origen de los órganos sexuales y sus características morfológicas los hacen diferentes pero complementarios.

El proceso de diferenciación sexual sigue tras el parto, son los factores ambientales los que pasan a ocupar una posición predominante.

**Entre los 2 y los 4 años de edad, coincidiendo con la etapa del desarrollo cognitivo, en la que el concepto de "género" empieza a tener significado**, se desarrolla la identidad de género (esto es, el niño se identifica a sí mismo como niña o niño). Una vez adquirida, la identidad de género es muy resistente al cambio.

El proceso se completa mediante el aprendizaje social y la imitación de los modelos del mismo sexo, principalmente familiares, grupo de iguales, adultos implicados en el proceso educativo y medios de comunicación.

Por lo que respecta a las preferencias sexuales u orientación sexual, parece que la variable crucial son las primeras experiencias sexuales. 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. Por ello recomiendan que la orientación sexual de un individuo se evalúe siempre en relación con la excitación sexual que experimenta ante determinados estímulos y no por la conducta sexual en sí, ya que ésta puede llevar a conclusiones erróneas.

## 2.-EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL

Son cuatro las etapas en el ciclo de respuesta sexual. Estas etapas venían determinadas por dos procesos fisiológicos fundamentales:

- La vasodilatación o flujo de sangre a los vasos sanguíneos de una zona determinada causada por la dilatación de éstos.
- Miotonía o contracción de los músculos en los genitales y en todo el cuerpo.

Las cuatro fases establecidas fueron las siguientes:

**1º Fase de excitación:** supone el inicio de los cambios fisiológicos, que señalan la respuesta del organismo ante la estimulación sexual. Esta fase se caracteriza en la mujer por el inicio de la lubricación vaginal, la dilatación de la parte superior de la vagina, y el aumento de tamaño del clítoris y los pechos debido, en ambos casos, a la vasocongestión.

En el hombre comienza con la erección, aumento de la tensión en el escroto y elevación de los testículos, y contracciones irregulares del recto. Así mismo, surgen en ambos sexos el incremento en la tasa cardíaca y el de la presión arterial.

**2º Fase de meseta o mantenimiento:** cuando la estimulación sexual se mantiene, se produce un incremento importante de la tensión sexual con elevados niveles de miotonía y vasocongestión. En la mujer se produce la contracción de las paredes vaginales. También empiezan a producirse contracciones involuntarias del recto. En el hombre el pene alcanza su nivel máximo de erección.

**3º Fase orgásmica:** consiste en una descarga explosiva de tensión neuromuscular, que se produce 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.

**4º Fase de resolución:** supone la pérdida progresiva de la tensión sexual y la vuelta gradual del organismo al estado previo a la fase de excitación. La reversión de los procesos anteriores normalmente dura de 15 a 30 minutos. Los varones entran en un período refractario durante el cual es muy difícil que puedan conseguir la erección y obtener otro orgasmo.

Las mujeres no muestran período refractario, por lo que son capaces de experimentar orgasmos múltiples.

El medio más común para alcanzar el orgasmo, es la estimulación manual u oral de los genitales. Para que comienza la fase de excitación en una persona es necesario que haya algo más que determinada estimulación: es necesario que la persona tenga un cierto interés, que exista lo que se denomina "deseo sexual" o interés sexual. Así pues, a las cuatro fases señaladas se debe añadir una fase anterior que se denomina **Fase de deseo (es como la fase cero)**. Cada vez hay más personas que carecen de deseo sexual (DSM-IV-, Deseo sexual inhibido). Por consiguiente se pone de manifiesto que para que la estimulación sexual produzca una excitación en la mujer o en el hombre, es muy importante que haya deseo sexual.

Es más frecuente y más numerosas las mujeres que no llegan al orgasmo que los hombres.

### 3.-CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

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

- Parafilias o desviaciones sexuales, que se caracterizan por una orientación sexual hacia objetos o situaciones infrecuentes respecto al patrón convencional (por ejemplo, excitación sexual ante niños)
- Disfunciones sexuales, que aparecen cuando se producen alteraciones en alguna fase de la respuesta sexual (por ejemplo, eyaculación precóz).
- Trastornos de la identidad sexual.
- Trastorno sexual no especificado.

#### • TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Su sintomatología esencial es la disociación entre el sexo anatómico (considerado como el recogido en el certificado de nacimiento) y la propia identidad sexual, término con el que el DSM-IV-Tr denomina lo que de una manera más específica hemos definido como identidad de género. La persona tiene la sensación de pertenecer al sexo opuesto, malestar intenso con su propio género. En el DSM-IV-Tr incluye dos tipos de trastornos de identidad sexual:

- ✓ *Trastorno de identidad sexual.* Es necesario codificar según la edad:

En niños: se manifiesta antes de la edad adulta y se caracteriza por el deseo de pertenecer al otro sexo. Este trastorno es más frecuente en niños que en niñas, comienza antes de los 6 años, no obstante es un trastorno poco común.

En adolescentes o adultos: el sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo va acompañado de una preocupación por deshacerse de los caracteres sexuales propios. Suele implicar cambios persistentes o recurrentes de ropa para adoptar el papel de las personas del otro sexo (transvestismo). Para aquellos trastornos que se dan en la edad adulta el DSM-IV incluye la especificación de la orientación sexual del individuo.

**Transexualismo:** *Ha desaparecido en el DSM-IV.* Son las personas que solicitan el cambio de sexo. En la mayoría de los casos dicen haberse sentido rechazados desde pequeños, y encontrarse atrapados en su

propio cuerpo. La mayoría de los transexuales masculinos tienen una orientación homosexual (atracción hacia los hombres), aunque aproximadamente a un 25% les atrae las mujeres (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. No obstante, todos estos datos deben tomarse con precaución, ya que es tendencia habitual entre las personas que solicitan un cambio de sexo reconstruir sus historias para maximizar las probabilidades de conseguirlo.

Pero quizás el aspecto más controvertido y más estudiado del transexualismo sea el de su diferenciación respecto a otras conductas sexuales, especialmente el 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, se distingue cuatro tipos de transvestistas:

- 1- **Transvestista Fetichista.** Generalmente varón que obtiene excitación vistiendo ropas del otro sexo.
- 2- **Transvestista con doble rol.** De orientación heterosexual que se viste con su propia ropa de su sexo pero ocasionalmente cambia de indumentaria para hacerse pasar por miembro del otro sexo.
- 3- **Transvestista Homosexual.** De orientación homosexual y se viste con ropa del otro sexo pero con una intención más folclórica que sexual (Carmen de Mairena, por ejemplo).
- 4- **Transvestista Transexual.** A diferencia de todos los anteriores usa el atuendo del sexo opuesto como una forma de expresión de su deseo de cambiar de apariencia.

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.

Etiología: en el transexualismo aspectos orgánicos tales como la existencia de una diferenciación hipotalámica prenatal, niveles plasmáticos disminuidos de testosterona en hombres transexuales y aumentados en mujeres, anomalías específicas del lóbulo temporal, tumores cerebrales, alteraciones cromosómicas, etc.

Los modelos psicológicos postulan que el problema surge a causa del reforzamiento de conductas propias del otro sexo por parte de los padres durante la infancia.

Otros autores explican la aparición de este trastorno como un mecanismo que la persona establece para poder relacionarse con personas de su mismo sexo sin tener que aceptar la condición homosexual. Este mecanismo sería más frecuente en mujeres transexuales que en hombres. Adicionalmente, en algunos casos la pareja puede resultar decisiva en la decisión de cambio de sexo: una de las mujeres puede someterse a una operación de cambio de sexo a requerimiento de su compañera que intenta con ello no sentirse homosexual.

Como factores adicionales en el caso de los trastornos de identidad de género en la infancia cabe señalar la indiferencia o incluso el favorecimiento de la conducta del sexo contrario por parte de los padres (especialmente patente en el caso de las niñas).

Pautas generales de evaluación y tratamiento: cuando una persona solicita un cambio de sexo es necesaria una valoración cuidadosa para determinar qué candidatos son adecuados o no para someterse a la operación. La prueba más comúnmente adopta es la comprobación de la capacidad del sujeto para vivir

asumiendo el rol del sexo opuesto durante un período de tiempo determinado, el período adaptación al rol del otro sexo se sitúa en los 12 meses (aunque según otras orientaciones éste puede extenderse hasta los 2 años).

- ✓ *Trastorno de identidad sexual no especificado.*

## • PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES

Son 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, pero, ¿qué es lo normal? Un buen ejemplo de esto lo constituye la masturbación, no hace mucho tiempo era considerada una anomalía sexual, que además, se decía que producía trastornos tanto físicos como mentales. Algo similar ha ocurrido con la homosexualidad.

Otro aspecto fundamental a considerar, a la hora de decidir sobre estos comportamientos, es si éstos representan una agresión o un peligro para el que lo practique, para la persona que es objeto de la práctica o para ambos. En este sentido, un subgrupo de estas conductas se caracteriza por ser comportamientos coercitivos que transgreden la libertad de la otra persona; ejemplos, de éstos son el exhibicionismo, el Voyeurismo, el froteurismo, la paidofilia, la violación, etc. Estas conductas reciben el nombre de **ofensas sexuales** y son consideradas legalmente como delitos.

### CLASIFICACIÓN DEL DSM Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El DSM-IV adopta el término de parafilias en lugar del de desviaciones sexuales y las define como un grupo de trastornos cuya sintomatología esencial es la presencia de fantasías sexuales intensas y recurrentes, de impulsos o comportamientos sexuales, que generalmente suponen:

- Objetos no humanos.
- Sufrimiento o humillación propia o del compañero.
- Niños o personas que no consienten y que se presentan durante un período de al menos seis meses.

El diagnóstico debe hacerse sólo si el individuo ha actuado de acuerdo con estas necesidades o si le causan molestias marcadas. Para que una persona sea diagnosticada de alguno de estos trastornos, según el DSM-IV ha de cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

- Durante un período por lo menos de 6 meses, intensas necesidades recurrentes y fantasías sexualmente excitantes ligadas a la parafilia.
- El individuo ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbado por ellas. Con gravedad leve (cuando el individuo se encuentra marcadamente afectado por las necesidades parafilicas recurrentes), 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).

Las parafilias incluidas son:

**Exhibicionismo:** es una conducta caracterizada por la obtención de un alto nivel de excitación sexual a través de la exposición de los genitales a una persona, *tiene que ser en un lugar público*, y sin que exista intento de realizar una actividad sexual posterior. Es la desviación que con más frecuencia tiene problemas con la justicia. *Comienza normalmente en la adolescencia, la prevalencia máxima se da entre los 20 y 30 años de edad.*

*Ocurre de forma casi exclusiva en hombres.* Debe distinguirse de la paidofilia: en ésta puede también existir exhibición de los genitales, pero la exhibición es aquí un prelude de una actividad sexual posterior con el niño.

**Voyeurismo:** es una conducta que se caracteriza porque 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 dichas conductas *de forma oculta y sin el consentimiento de las víctimas*, no realiza ninguna actividad sexual posterior con la persona observada, que normalmente es una persona del sexo opuesto y desconocida.

Tiene un *marcado carácter compulsivo*, intensa activación autonómica. El Voyeurismo aparece de forma *predominante en hombres, mayoritariamente heterosexuales*.

Entre las prácticas del voyeurista se incluyen la contemplación de strip-tease, pornografía, etc. siempre que ésta constituya una conducta recurrente o la principal fuente de excitación para un sujeto.

Su inicio se asocia a la excitación obtenida después de haber observado 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. Sin embargo, al igual que pasaba con el exhibicionismo, esta conducta acaba adquiriendo una los estímulos. En cuanto a las características de personalidad, estos sujetos no parecen mostrar rasgos especialmente patológicos, y en lo único que coinciden es en que suelen ser sujetos tímidos durante la adolescencia y con ciertas dificultades en el establecimiento de relaciones heterosexuales.

**Froteurismo:** consiste en la obtención de placer de forma preferente o exclusiva a través del frotamiento de los órganos genitales contra el cuerpo de una persona desconocida y sin el consentimiento de ésta. Esta conducta no es prelude de una actividad sexual posterior.

Los frotteurs realizan normalmente estas actividades en lugares públicos y concurridos, tales como el metro, autobús, etc. la conducta típica consiste en acercarse a la víctima y apretar sus genitales contra ella, o toquetearle las nalgas o los pechos. El froteurismo va acompañado de una masturbación ante el recuerdo de este tipo de situaciones.

*Este trastorno suele tener un carácter pasajero y se da con mayor frecuencia entre los 15 y 20 años de edad.* La aparición de esta conducta se asocia a la observación de la misma en otras personas y su posterior imitación por parte del adolescente.

**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, etc. el objeto más común es la ropa interior.

Los fetichistas frecuentemente se masturban mientras sostienen, tocan o huelen el fetiche.

Cuando la conducta fetiche se limita a ponerse ropa del sexo contrario, esta condición no debe ser diagnosticada de fetichismo sino de fetichismo Transvestista. Estos sujetos suelen tener ropa interior femenina que utilizan para transvertirse, bien cuando están solos, acompañando la masturbación a dicho acto, o bien cuando realizan el acto sexual con su pareja.

Otra acotación al diagnóstico que hacía el DSM-III 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.

Son mayoritariamente hombres y heterosexuales. **Las fantasías fetichistas son frecuentes en los sadomasoquistas, y viceversa.**

**Paidofilia:** trastorno caracterizado por la presencia de fantasías y conductas que implican la actividad sexual entre un adulto y un niño. Es necesario que el sujeto tenga por lo menos 16 años y sea al menos cinco años mayor que el niño o los niños con los que se relaciona sexualmente. Normalmente, la paidofilia no implica violencia física.

La paidofilia homosexual suele tener un carácter más crónico y menos reactivo que la paidofilia heterosexual. Se indica que la presencia de actos sexuales con niños no es suficiente para el diagnóstico de paidofilia.

PAIDOFILIA HETEROSEXUAL	PAIDOFILIA HOMOSEXUAL
Pocas víctimas	Muchas víctimas
El sujeto es conocido para las víctimas	El sujeto es desconocido para las víctimas
8 años la edad de las víctimas	10 años la edad de las víctimas
También se sienten atraídos por mujeres adultas	No se sienten atraídos por mujeres adultas
Casados	Solteros
Comienzan en la edad adulta	Comienzan en la adolescencia
De clase baja	De clase acomodada

En cuanto a las características de las personas que tiene paidofilia, el perfil típico es el de un hombre de mediana o avanzada edad, solitario y con ciertas dificultades para establecer relaciones heterosexuales. No presentan ningún trastorno psicopatológico. Suelen ser sujetos con baja autoestima, pocos recursos para hacer frente a situaciones de estrés, problemas de abuso o alcohol o de abuso de sustancias.

**Sadismo y masoquismo:** el sadismo se refiere a la necesidad de infligir daño a otra persona para excitarse sexualmente. Implica hacer daño a otra persona.

El masoquismo implica la necesidad de ser humillado, atacado, maltratado, etc. para obtener placer sexual. Implica hacerse daño a sí mismo, y es más frecuente en mujeres.

Hipoxifilia, consiste en la excitación sexual a través de la privación de oxígeno por medio de un nudo, una bolsa de plástico, una máscara; la asfixia produce vértigo y mareos debido a la interrupción de la oxigenación arterial del cerebro y al aumento del dióxido de carbono, sensaciones que son vividas como excitantes por estas personas, aumentando así el placer de la masturbación o de la relación sexual.

Estas conductas suelen comenzar en la adolescencia, y tienen un curso crónico. Es frecuente la asociación del sadismo y del masoquismo con el fetichismo y el fetichismo Transvestista. Es difícil encontrar una explicación etiológica adecuada tanto para el sadismo como para el masoquismo.

**Otras parafilias y ofensas sexuales:** zoofilia (animales), coprofilia (heces), la necrofilia (muertos) y otras ofensas sexuales, como llamadas telefónicas obscenas. La zoofilia es una práctica bastante frecuente en zonas rurales y aisladas, mientras que la necrofilia es un trastorno muy poco frecuente. El parcialismo es excitarse con las partes deformes de otra persona.

#### ETIOLOGÍA

Una de las hipótesis desarrolladas hace referencia a la presencia de niveles anormales de andrógenos dado que pueden contribuir a una excitación sexual inapropiada.

Otra hipótesis sugiere la presencia de una alteración del lóbulo temporal, y presentan epilepsia del lóbulo temporal.

Respecto a las causas psicológicas, las primeras hipótesis y quizás las más plausibles hacen referencia a la importancia de los procesos de aprendizaje. La hipótesis de que las conductas parafilias se aprenden por condicionamiento clásico.

McConaghy propone la teoría de la terminación conductual: esta teoría parte de dos hechos

- 1- El carácter compulsivo que tienen muchos de estos comportamientos, los propios sujetos informan de no poder contenerse de realizar estas conductas.
- 2- Con frecuencia estos sujetos se quejan más de una respuesta de activación general que dé una respuesta de activación sexual ante este tipo de estímulos. La idea básica del modelo es que, en base a la activación del mecanismo de terminación conductual, el sujeto ante determinadas claves estímulares asociadas a conductas habituales experimenta una intensa activación general que le compele a no detenerse en la realización de la conducta y completarla, ya que de esta forma desaparece la activación y el intenso malestar subjetivo asociado a ella. Dichos comportamientos tienen un carácter aditivo.

Otros autores conceptualizan desde una perspectiva etiológica las desviaciones sexuales como trastornos del cortejo. Identifica cuatro fases en las interacciones sexuales humanas:



- 1- Localización y evaluación de la pareja.
- 2- Fase de interacción pretáctil.
- 3- Fase de interacción táctil.
- 4- Fase de unión genital.

Freud señala que pueden producirse anomalías en el patrón de activación de cada una de estas fases produciéndose una exagerada intensificación del mismo, y esto es lo que ocurre en las desviaciones sexuales. **Así, 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 y la violación de la fase de unión genital.**

## • DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales pueden definirse como todos 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 las alteraciones especialmente inhibiciones **se producen en cualquier de las fases de la respuesta sexual.**

La APA considera una fase preliminar de deseo sexual, unifica las fases de excitación y meseta en una sola, que denomina excitación. También recoge una categoría en la que se incluyen aquellas disfunciones que suponen más que alteración de una fase de la respuesta, la aparición de dolor. Por consiguiente, el DSM-III-R considera cinco categorías principales de disfunciones:

### 1) TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

- TRASTORNO SEXUAL INHIBIDO (NO TIENE GANAS)
- TRASTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO (TIENE MUCHAS GANAS)

### 2) TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL (EN EL HOMBRE)

- TRASTORNO DE LA ERECCIÓN

### 3) TRASTORNOS DEL ORGASMO (EN LA MUJER)

- DISFUNCIÓN ORGÁSMICA
- EYACULACIÓN PRECÓZ (EN EL HOMBRE)

### 4) TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

- DISPAREUNIA (DOLOR GENITAL PERSISTENTE)
- VAGINISMO (ESPASMOS INVOLUNTARIOS DE LA MUSCULATURA EXTERNA DE LA VAGINA QUE INTERFIEREN EN EL COITO)

### 5) TRASTORNO SEXUAL DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA

### 6) DISFUNCIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA

EL DSM-II consideraba que la homosexualidad por sí misma era un trastorno. En 1980 la siguiente edición del manual (DSM-III) eliminará, el diagnóstico de homosexualidad como tal, aunque preservó la

categoría de "**homosexualidad egodistónica**" para diagnosticar a aquellas personas cuya orientación sexual les producía un profundo y marcado malestar.

No aparecen recogidos en el sistema ni la violación, incesto y acoso sexual. La violación no aparece como un trastorno independiente; aunque se menciona como síntomas del trastorno de la personalidad antisocial, como causa del trastorno por estrés postraumático, en el diagnóstico diferencial respecto al sadismo y en el masoquismo sexual.

## TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL

**Deseo sexual inhibido (DSI) o hipoactivo:** caracterizado por un déficit en las fantasías sexuales. Recibe también el nombre de apatía sexual, falta de deseo sexual o falta de interés por el sexo. También implica el desinterés total por la masturbación, ensoñaciones y fantasías sexuales, y la falta de sensación de frustración si no se puede dar rienda suelta a la sexualidad. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Es el trastorno más común en Estados Unidos. Se debe diferenciar entre:

- Deseo sexual inhibido general: falta general de apetito sexual.
- Deseo sexual inhibido selectivo: la falta de interés está restringida a una persona pero no a otras.
- Deseo sexual inhibido primario: cuando esta falta de interés SIEMPRE ha estado presente en la persona.
- Deseo sexual inhibido secundario: cuando esa falta de interés se ha desarrollado POSTERIORMENTE a partir de ciertas experiencias.

**Trastorno por aversión al sexo:** la persona evita de manera activa todo contacto genital. Suele llegar a ser fobia al sexo, por ello el tratamiento es similar al de otras fobias y se basa en técnicas de exposición. Las causas más frecuentes están en relación con actitudes negativas hacia la sexualidad debidas a una educación rígida, violaciones, incestos, etc.

## TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN SEXUAL

En sujetos con trastorno de excitación, los estímulos distractores neutros no inhibirían su actividad sexual porque los sujetos YA ESTÁN DISTRAÍDOS.

**Trastorno de la excitación sexual en la mujer:** es el 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.

**Trastorno de la erección en el hombre:** es el fallo parcial o total en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual, o la falta de sensaciones subjetivas de excitación sexual y placer durante la actividad sexual. Es el más frecuente de todos los trastornos de la excitación sexual, y ha sido habitualmente denominado como IMPOTENCIA. Es el problema más común entre los hombres que buscan asistencia. Este problema ha de presentarse en al menos el 25% de las relaciones o intentos de relación sexual. Se diferencia entre:

- Impotencia primaria.

- Impotencia secundaria.
- Impotencia situacional.
- Impotencia general.
- Impotencia parcial.
- Impotencia total

## TRASTORNO DEL ORGASMO

**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. No se hará el diagnóstico de disfunción orgásmica si la mujer alcanza el orgasmo por la estimulación del clítoris. Normalmente hace referencia al orgasmo intravaginal, siendo posible el orgasmo en otro tipo de situaciones como la masturbación.

Entre los factores causales de la anorgasmia femenina cobran especial relevancia los factores psicológicos frente a los orgánicos. Entre las causas orgánicas se encuentran enfermedades crónicas como la diabetes, carencia hormonal, consumo de alcohol, estupefacientes, tranquilizantes, etc.

Aspecto súper importante a tener en cuenta: la anorgasmia de la mujer tiene que ver con una estimulación inadecuada, lo que ha dado lugar al dicho popular: "no hay mujeres anorgásmicas, sino hombres con escasa habilidad" jajaja.

**Disfunción orgásmica masculina (ANORGASMIA):** la definición es igual que en el de la mujer salvo que hace referencia a la EYACULACIÓN PRECÓZ. Es la eyaculación ante una estimulación sexual mínima o antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee. Tiene efectos muy negativos sobre la propia actividad sexual y sobre la relación de la pareja. ***Es el trastorno sexual más frecuente en los hombres.***

En cuanto a su etiología, es infrecuente que esté producida por causas orgánicas, aunque en algunos casos enfermedades como la prostatitis o la esclerosis múltiple pueden facilitar su aparición.

Sin embargo, es mucho más frecuente que la eyaculación precoz sea una conducta aprendida por el hombre al llevar a cabo interacciones sexuales en situaciones de alta ansiedad o con urgencia de tiempo. Una vez que se ha aprendido un reflejo eyaculatorio rápido, dado que éste es automático, es difícil conseguir controlarlo de forma voluntaria. Hay que tener en cuenta que el reflejo ***eyaculatorio depende de la activación del sistema nervioso simpático (que es el que activa el organismo en situaciones de ansiedad).***

## TRASTORNO POR DOLOR

**Dispareunia o dolor genital:** trastorno típico de la mujer, también puede producirse en el hombre, aunque en éste su incidencia es muy escasa. La Dispareunia masculina hace referencia a dolor en la eyaculación, ya sea en el pene o, menos frecuentemente, en los testículos.

Con frecuencia se debe a infecciones en la uretra, vesículas seminales glándula prostática o en la vejiga urinaria. El problema puede aparecer cuando el pene entra en contacto con el DIU o con alguna sustancia espermicida.

En las mujeres afecta al 12% de las mujeres adultas, con frecuencia viene asociada al vaginismo. El dolor puede implicar sensaciones de ardor, quemadura, contracción o dolor cortante. No obstante no se puede diagnosticar de Dispareunia a la falta de lubricación vaginal.

**Vaginismo:** puede darse aun cuando la mujer responda de manera adecuada a la excitación sexual y disfrute del juego sexual. El problema se centra en la aparición a la hora de realizar el coito, de un espasmo reflejo que supone la contracción de los músculos de entrada a la vagina con el consiguiente cierre de la abertura vaginal. En la mayoría de los casos se asocian a causas psicológicas.

### Epidemiología

En cuanto a la frecuencia de cada una de las disfunciones sexuales, los trastornos por los que más frecuentemente se consulta son, en la mujer, el deseo sexual inhibido y la disfunción orgásmica, que supone el 40 y el 30% respectivamente de las mujeres que acuden a la consulta.

En el hombre los de mayor prevalencia son los problemas de erección y de eyaculación precoz que suponen el 42 y 31% respectivamente.

### Etiología

Son los factores psicosociales los que juegan el papel etiológico fundamental, y no factores orgánicos como se creía hasta fechas recientes.

Masters y Johnson proponen que las disfunciones tienen como causas próximas o inmediatas la adopción del ROL DEL ESPECTADOR y el miedo acerca de la actuación o el rendimiento en la relación sexual, pero incorporan además una serie de causas históricas que inciden indirectamente en la disfunción a través de su influencia sobre las causas próximas.

Hawton hace una división atendiendo a factores psicológicos relevantes en función de su momento de actuación:

- **PREDISPONENTES:** son los factores que actúan preparando la aparición a largo plazo de las disfunciones.
  - Educación moral y religiosa restrictiva**
    - Relaciones deterioradas entre los padres
    - Inadecuada educación sexual
    - Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia
- **PRECIPITANTES:** las experiencias o situaciones que desencadenan a corto plazo la aparición de las disfunciones.
  - Parto**
  - Infidelidad**
    - Problemas generales de relación de pareja
    - Depresión y ansiedad
    - Edad
- **DE MANTENIMIENTO:** son los factores que explican la persistencia de la disfunción.
  - Anticipación de fallo o fracaso
  - Sentimientos de culpabilidad

Deterioro de la autoimagen  
Miedo a la intimidad  
Información sexual inadecuada

Tres aspectos o factores que suelen estar presentes en la mayor parte de las disfunciones sexuales.

- 1) Ansiedad asociada a las relaciones sexuales.
- 2) La falta de habilidad y conocimientos sobre el desarrollo sexual propio y de la pareja.
- 3) La adopción del rol de espectador en la relación.

David H. Barlow ha llevado a cabo diversos estudios, cuyos resultados sugieren que hay cuatro 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 activación de los sujetos disfuncionales.
- 2) Los sujetos funcionales y los disfuncionales reaccionan de manera diferente a los distractores cuando éstos son estímulos sexuales. En concreto los resultados indicaron que los sujetos con disfunción se distraían de las claves eróticas de la situación 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. Por el contrario, los sujetos sin disfunción la activación sexual se veía facilitada por los estímulos sexuales que implicaban demanda, mientras que los estímulos distractores o los sexuales sin demanda distraían al individuo disminuyendo su activación sexual.
- 3) Los sujetos sin disfunción manifiestan respuestas afectivas positivas y los disfuncionales respuestas negativas caracterizadas como depresivas son situacionalmente específicas, ya que están circunscritas a contextos sexuales.
- 4) Los sujetos funcionales y disfuncionales se diferencian en sus estimaciones del control que ejercen sobre la activación sexual, que es subestimado por los sujetos con disfunción.

**Los sujetos con disfunción tienden a subestimar también su activación sexual.** Los sujetos disfuncionales evitarán la estimulación interoceptiva, **ignorando su propia estimulación fisiológica y ateniéndose de manera exclusiva a las claves situacionales**, mientras que los funcionales centrarán su atención en esos estímulos interoceptivos.

#### Estructura y componentes de la terapia

Fase I: evaluación y diagnóstico de la disfunción.

Fase II: educación e información sobre la sexualidad.

Fase III: focalización sensorial. Durante esta fase se prohíbe el coito.

Fase IV: desarrollo de técnicas para cada uno de los trastornos.

Fase V: evaluación de los resultados.

