

TEMA 12.- TRASTORNOS SEXUALES.

1.- INTRODUCCIÓN.

- ☞ El comportamiento y la actividad sexual sean las áreas son las áreas de la conducta humana en las que es más difícil establecer el límite entre lo normal y lo anormal o patológico.
- ☞ Los criterios varían de una cultura a otra, en distintas sociedades, en cada religión y en cada momento temporal.
- ☞ La ausencia de conocimientos de referencia, en especial de datos científicos y fiables hasta fechas recientes ha dificultado o imposibilitado el establecimiento incluso de qué conductas sexuales son más o menos frecuentes.
- ☞ En esta área han predominado las tradiciones populares, los mitos, los tabúes y las leyendas.
- ☞ Los primeros estudios científicos datan de finales de los años cuarenta y comienzos de los cincuenta.
- ☞ En esta situación, por un lado relativamente desconocida y por otro continuamente cambiante, es difícil establecer criterios generales o categorías psicopatológicas aplicables a cualquier sociedad o persona que permitan delimitar la normalidad/anormalidad de una actividad sexual determinada.
- ☞ En los últimos 30 años se ha producido un cambio social respecto a la sexualidad que ha sido determinante para el desarrollo de esta área. Cabe señalar (Labrador):
 - El reconocimiento, aceptación y preocupación por la respuesta sexual de la mujer, y más específicamente por su satisfacción sexual.
 - El interés por el sexo y la liberación con respecto a una amplia gama de conductas sexuales.
 - La importancia dada a la consecución de unas relaciones sexuales satisfactorias.
 - La facilidad de acceso a material informativo, tanteo de tipo científico como erótico (libros, revistas, películas, aparatos, etc.).
 - El interés científico despertado por el tema, que ha hecho que comience a dejar de ser un tema “tabú” para la mayoría de las personas.
- ☞ Desde las concepciones científicas actuales podemos establecer de un modo general que la definición predominante de lo que es un trastorno sexual en las clasificaciones diagnósticas al uso se basa, fundamentalmente, en la experiencia subjetiva de malestar en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia.

- En la consideración de estos trastornos hemos de tener en cuenta las distintas facetas del comportamiento sexual humano, que comprende fundamentalmente la propia experiencia sexual, en la que se incluyen todos los cambios a diversos niveles (fisiológico, anatómico, motor y emocional) que se producen en una situación de actividad sexual, constituida por 3 facetas: La identidad de género, el rol o papel sexual, la elección de orientación sexual y el ciclo de la respuesta sexual.

1.1.- IDENTIDAD SEXUAL.

Diferenciación sexual:

- Comienza en el momento mismo de la concepción cuando se establece el sexo genético mediante la acción del cromosoma X o Y del espermatozoide fecundante (XX o XY).
- Las gónadas o glándulas sexuales permanecen indiferenciadas hasta aproximadamente la sexta semana de gestación, momento en que el antígeno H-Y puede actuar sobre las gónadas (formación testículos) o no actuar (formación de ovarios).
- La función de los andrógenos en la diferenciación sexual no se limita a la formación de los genitales, sino que existen datos que señalan que actúa también a nivel cerebral, en concreto sobre el hipotálamo.
- El proceso de diferenciación sexual no acaba en el momento del nacimiento, sino que prosigue tras el parto. A partir de ese momento los factores biológicos pierden protagonismo en la diferenciación sexual y son los factores ambientales los que pasan a ocupar una posición predominante.

Identidad de género:

- Entre los 2 y 4 años, coincidiendo con la etapa del desarrollo cognitivo en el que el concepto de género empieza a tener significado. (el niño se identifica a sí mismo como niño o niña).
- Una vez adquirida la identidad de género es muy resistente al cambio.
- En aquellos casos en los que la identidad de género es equívoca, la reasignación puede no resultar exitosa hasta los 13 ó 14 años.

Rol sexual:

- Durante toda la infancia y hasta la adolescencia es una pauta generalizada la separación entre los grupos de niños y de niñas.

- 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.
- El medio refuerza al niño por su identificación y cuando lleva a cabo conductas de rol sexual “adecuadas”.

📄 Orientación sexual:

- La variable crucial son las primeras experiencias sexuales.
- Cualquier estímulo que preceda regular a la masturbación, en un intervalo de tiempo adecuado, se convierte en excitante desde un punto de vista sexual. (Condicionamiento clásico).

1.2.- CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL.

📄 Las cuatro fases establecidas son las siguientes:

- Fase de excitación: supone el inicio de los cambios fisiológicos, que señalan la respuesta del organismo ante la estimulación sexual, ya sea de tipo físico (caricias) o psicológico (pensamientos o fantasías).
- 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.
- Fase orgásmica: (se producen los cambios fisiológicos más importantes) consiste en un “descarga explosiva de tensión muscular”, que se produce de forma involuntaria y repentina cuando la estimulación alcanza su máxima intensidad.
- 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. (varones entran en período refractario).

2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.

(Sólo es necesario conocer y diferenciar los tipos de trastornos según el DSM-IV. Sin embargo, en el texto se hace alusión, por ejemplo, a la homosexualidad como entidad clínica que aparecía en anteriores versiones del DSM. En este sentido, sí es necesario conocer este aspecto, ya que se analiza en el texto de forma específica como algo relevante en el estudio del tema.)

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES (DSM-IV)

DISFUNCIONES SEXUALES
(Incluyen todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual).

Trastornos del deseo sexual

- Deseo sexual inhibido DIS (apatía sexual).
- Trastorno por aversión al sexo (evitación del contacto genital).

Trastornos de la excitación

- Trastornos femeninos de la excitación.
- Trastornos masculinos de la erección.

Trastornos del orgasmo

- Orgasmo inhibido (femenino o masculino)
- Eyacuación precoz.

Trastornos por dolor

- Dispareunia (femenino o masculino) - dolor
- Vaginismo (espasmo).

PARAFILIAS

(Intensas y repetidas fantasías sexuales, impulsos o conductas sexuales que generalmente implican objetos no humanos o personas que no consienten).

Exhibicionismo (exposición genitales una persona en lugar público).

Voyeurismo (contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de relación sexual).

Frotteurismo (frotación genitales contra el cuerpo de un desconocido).

Fetichismo y transvestismo fetichista.

Paidofilia o pedofilia (hetero u homosexual)

Sadismo (infligir daño a otra persona para excitarse).

Masoquismo (necesidad de ser humillado, maltratado, atacado...)

Otras parafilias y ofensas sexuales (zoofilia, coprofilia, necrofilia)

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

(Disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual).

Trastornos de la identidad sexual en niños.

Trastornos de la identidad sexual en adolescentes o adultos.

Trastornos de la identidad sexual no especificados.

Transexualismo (eliminado del DSM-IV)

📖 Evolución de la categoría "homosexualidad":

- DSM-II: Consideraba la homosexualidad como un trastorno.
- DSM-III: Lo elimina como trastorno, aunque preserva la categoría de "homosexualidad egodistónica" (es patológica únicamente en los casos en los que ocasiona un grave malestar al sujeto).
- DSM-III-R: Elimina el término de "homosexualidad egodistónica". Solo hay una mención en los "trastornos sexuales no especificados del malestar notable y persistente acerca de la propia orientación sexual".
- DSM-IV: Se mantiene invariable.

📖 Hay comportamientos de carácter sexual de gran relevancia social que no aparecen recogidos en el sistema: violación, incesto, acoso sexual.

Rosenhan y Seligman justifican su exclusión atendiendo a dos razones:

- Porque para que una determinada conducta se constituya en parafilia, ha de ser el modo de actividad sexual casi exclusivo o altamente preferido por el sujeto.
- Razón social: La exclusión de la violación, acoso e incesto, supone que sean considerados delitos de los que el individuo es responsable (su inclusión conllevaría la "excusa" de la enfermedad).

📖 DSM-IV:

- 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 modificaciones en las parafilias, aunque algunos prefieren la denominación de "desviación sexual".
- Se mantiene la categorización de las desviaciones sexuales, aunque se añaden categorías específicas para el diagnóstico de las desviaciones sexuales debidas a condiciones médicas generales y para las inducidas por sustancias.

📖 CIE-10:

- Notable paralelismo con las clasificaciones del APA. El CIE 10 añade un cuarto grupo dentro de los trastornos sexuales, a parte de los de identidad sexual, inclinación sexual (parafilias) y disfunciones sexuales, se trata de trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

- La OMS, 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, de la inclinación sexual y los del desarrollo y la orientación sexual, forman parte del grupo más general de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- Las disfunciones sexuales no orgánicas se ubican dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (incluyen otros como los trastornos de la conducta alimentaria y los del sueño).

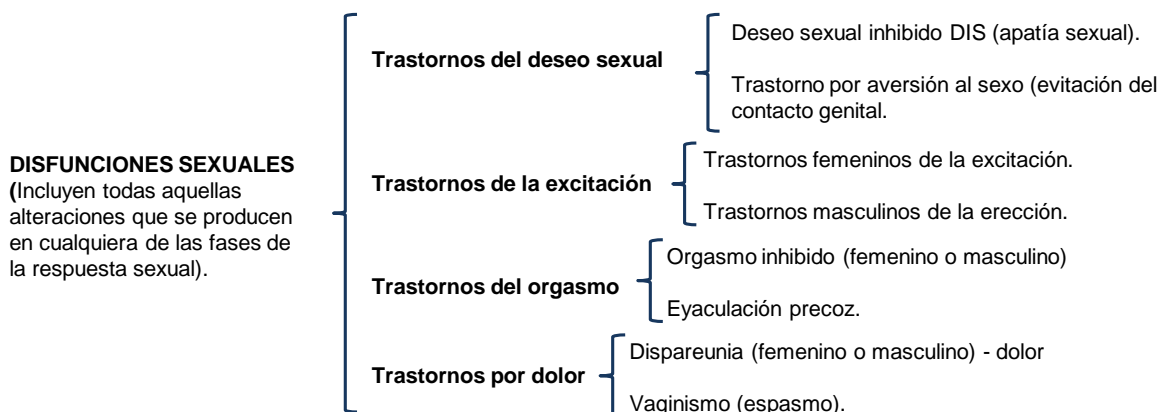
3.- DISFUNCIONES SEXUALES

- ☞ 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 alguna de las respuestas psicofisiológicas implicadas en el ciclo de respuesta sexual o la totalidad de ellas, no se producen o solamente se producen de forma parcial.

3.1.- CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Las clasificaciones actuales hacen referencia a sistemas multiaxiales, en los que se incluyen, entre otras, dimensiones como satisfacción sexual, dolor coital, duración del problema, globalidad, etc.

Hasta la fecha no existe una clasificación universalmente aceptada de las disfunciones sexuales. (DSM-IV-TR es la que goza de mayor difusión).



Desde el DSM-IV se incluye una serie de especificaciones en el diagnóstico de las disfunciones sexuales, que tienen importantes implicaciones terapéuticas:

- Si la disfunción es psicógena o psicógena y biológica (cuando el origen es exclusivamente biológico, el trastorno debe codificarse en el eje III).
- Si se ha producido durante toda la vida (entendida como vida sexual) o si se ha adquirido (si ha aparecido después de un período de funcionamiento normal).
- Si es generalizada (si se da en todas las situaciones y con cualquier pareja) o situacional (si se limita a determinadas situaciones o parejas).

Criterios diagnósticos (DSM-III-R):

- El trastorno ha de ser "recurrente y persistente", con lo que subraya que el problema ha de ser grave para alcanzar el diagnóstico de disfunción sexual.
- No se establece si la pareja sexual es del mismo o de diferente sexo, lo que refleja una mayor tolerancia hacia la homosexualidad.
- Se enfatiza la inhibición de la expresión sexual como causa de anormalidad.

3.2.- DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

3.2.1.- Trastornos del deseo sexual.

Deseo sexual inhibido o hipoactivo (DIS):

- También conocido como "Apatía sexual", "Falta de deseo", o "Falta de interés por el sexo".
- Se trata de un déficit en las fantasías sexuales y el deseo de actividad sexual.
- Davidson y Neale apuntan que 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").
- Además, las personas que acuden a la consulta, lo hacen porque su pareja no está satisfecha con su interés por el sexo.
- No sólo tiene que ver con la carencia subjetiva de interés por realizar el coito, sino que, también incluye:

- Desinterés por toda conducta sexual,
 - Falta de pensamientos, ensoñaciones y fantasías sexuales,
 - Falta de atención al material erótico,
 - No percepción del atractivo de las personas,
 - Falta de frustración si no se puede dar rienda suelta a la sexualidad.
- Es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres (los hombres rara vez acuden a la consulta por éste problema).
 - Kaplan señala que es el trastorno sexual más común en los EEUU, y lo atribuye al SIDA (a causa del miedo, buscan como primera solución la recuperación de la pasión sexual dentro de sus relaciones monógamas).
 - Se puede distinguir entre:
 - Deseo sexual inhibido general o falta de apetito sexual o deseo sexual inhibido selectivo: la falta de interés está restringido a una persona, tipo de actividad sexual.
 - Deseo sexual inhibido primario: la falta de interés siempre ha estado presente o Deseo sexual inhibido secundario: se ha desarrollado con posterioridad. Lo más frecuente es que se desarrolle a partir de ciertas experiencias (impotencia, anorgasmia).
 - El DSI presenta variaciones importantes. Las reacciones de las personas que presentan esta disfunción también son diferentes, al igual que difieren las reacciones de la pareja de quien lo sufre.
 - Labrador: señala entre las causas subyacentes al DSI:
 - Causas orgánicas: trastornos endocrinos, diabetes, insuficiencia renal.
 - Consumo de ciertas sustancias: fármacos antihipertensivos, psicotropos, opiáceos, alcohol, antidepresivos.
 - Causas psicológicas o psicosociales: estados depresivos, baja autoestima, ansiedad, miedo a las relaciones sexuales, a la pérdida de intimidad, embarazo.
 - Dificultades en la relación de pareja o de situaciones precipitantes de carácter aversivo y relacionadas con el sexo (violaciones, embarazos no deseados, engaños).

- Disfunción sexual: es frecuente que una persona con disfunción sexual (impotencia) acabe desarrollando DSI.
- Aburrimiento sexual.

☞ Trastorno por aversión al sexo:

- La persona evita de manera activa todo contacto genital.
- Se trata de una fobia al sexo (se producen las mismas reacciones que en las fobias: aumento de la tasa cardíaca, sudoración, aumento de la tensión muscular, sólo con imaginar alguna actividad sexual).
- 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.

3.2.2.- Trastornos de la excitación sexual.

☞ Trastorno femenino de la excitación :

- Fallo total o parcial en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación hasta la terminación de la actividad sexual, o carencia de una sensación subjetiva de excitación sexual.

☞ Trastorno de la erección en el hombre:

- Fallo total o parcial en obtener o mantener la erección hasta el final, o falta de sensación subjetiva de placer durante la actividad sexual.
- Es el trastorno más frecuente: Afecta al 7-10% de los varones, aumentando su incidencia con la edad.

- La mayoría de los hombres han tenido alguna vez un problema de erección, pero, para que se considere que existe impotencia, el problema debe presentarse en al menos un 25% de las relaciones.
- Presenta una amplia variedad de manifestaciones: tienen erección cuando están con la pareja pero la pierden durante el coito, erecciones parciales, cuando están solos.
- Hay que distinguir entre:
 - Impotencia primaria vs secundaria (más frecuente).
 - Impotencia general vs situacional.
 - Impotencia parcial vs total.
- El mecanismo y respuesta a la erección es vulnerable a gran variedad de factores.
 - Causas orgánicas: Sólo un 10% se debe a causas orgánicas.
 - ❖ Deficiencias hormonales (niveles de testosterona),
 - ❖ Factores de tipo vascular,
 - ❖ Lesiones neurológicas (médula espinal),
 - ❖ Lesiones en el pene o testículos,
 - ❖ Problemas de uretra o próstata.
 - Muchos fármacos de uso frecuente producen disfunción de la erección:
 - ❖ Antidepresivos (IMAO y litio),
 - ❖ Antihipertensivos (betabloqueantes, diuréticos),
 - ❖ Hormonas,
 - ❖ Barbitúricos,
 - ❖ Tranquilizantes.
 - ❖ También el consumo de alcohol ("provoca el deseo pero impide la ejecución").

- Causas psicológicas (las más frecuentes):
 - ❖ La ansiedad y la preocupación obsesiva por lograr una erección adecuada: En muchos casos, el episodio inicial es una disfunción situacional, y, en sucesivas relaciones, aparece preocupación con lo que la relación sexual se hace cada vez más ansiógena.
 - ❖ La respuesta de la erección depende del SN parasimpático, mientras que la ansiedad depende del 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: asociación ansiedad/culpabilidad/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 autoestima y en las relaciones de la pareja.

3.2.3.- Trastornos del orgasmo.

Disfunción orgásmica femenina o masculina (anorgasmia):

- Ausencia o retraso en el orgasmo tras una fase de excitación normal, durante una actividad sexual adecuada en cuanto a estimulación, intensidad y duración.
- Mucho más frecuente en las mujeres (Es el problema sexual por el que más mujeres acuden a la clínica después de la falta de interés sexual). Incidencia del 10%.
- En los hombres se refiere al orgasmo intravaginal.
- La excitación y el orgasmo no van siempre unidos.
- Existen variaciones importantes en la respuesta orgásmica en las mujeres.

- Freud consideraba que el orgasmo vaginal era necesario para la salud, mientras que los clitorales eran inmaduros e insanos. Sin embargo, todo orgasmo es psicológicamente equivalente.
- Kaplan: 3 factores en los que especifica la relación entre orgasmo y coito:
 - La estimulación del clítoris es importante e incluso crucial, para que la mujer consiga el orgasmo, siendo mucho menos relevante el papel de la estimulación vaginal.
 - La intensidad de la estimulación del clítoris varía en función del tipo de actividad sexual.
 - La cantidad de estimulación necesaria para provocar el orgasmo es variable, en función de la mujer y de la situación.
- Factores causales:
 - Causas orgánicas: El 5%. Enfermedades crónicas (diabetes), trastornos neurológicos, carencias hormonales, lesiones o infecciones pélvicas, desgarros, consumo de ciertas sustancias.
 - Factores psicológicos: El 95%. Inadecuada educación sexual, rigidez moral y puritanismo, primeras experiencias traumáticas, falta de información.
 - En muchos casos tiene que ver con una estimulación inadecuada ("No hay mujeres anorgásmicas sino hombres con escasa habilidad").

Eyacuación precoz:

- Trastorno sexual más frecuente en los hombres (30%).
- En la definición del DSM-III-R se da preponderancia a las preferencias del propio sujeto.
- Masters y Johnson: aquellos casos en los que el hombre es incapaz de inhibir el orgasmo durante el tiempo suficiente para que su pareja alcance el clímax en un 50% de sus relaciones sexuales.
- Kaplan: falta de control voluntario de la eyacuación.
- Etiología:
 - Infrecuente que se produzca por causas orgánicas, aunque la prostatitis o la esclerosis múltiple pueden favorecer su aparición.

- Lo más frecuente es que sea una conducta aprendida por el hombre al llevar a cabo interacciones sexuales en situaciones de alta ansiedad y/o con urgencia. Además, el reflejo eyaculatorio se depende de la activación del SNS, el mismo que activa al organismo en situaciones de ansiedad.
- Desde un punto de vista evolutivo, la eyaculación rápida tiene valor para la supervivencia (el animal es más vulnerable cuando está eyaculando). Por eso, Kinsey lo considera una ventaja en vez de un problema.

3.2.4.- Trastornos del orgasmo.

Dispareunia masculina:

- Suele considerarse un trastorno femenino, aunque también puede darse en el hombre, siendo su incidencia muy escasa.
- Se puede producir: dolor en la eyaculación (en el pene, los testículos o en los órganos internos).
- Con frecuencia se debe a infecciones en la uretra, en la próstata, vesículas seminales o en la vejiga.
- Kaplan: espasmos en los músculos perineales por ansiedad ante la eyaculación.
- Pene en contacto con el DIU o con espermicida.
- Factores psicológicos: educación inadecuada, experiencias traumáticas.

Dispareunia femenina:

- Más frecuente que en los hombres. Afecta a un 1-2% de las mujeres adultas.
- Con frecuencia está asociada a problemas de vaginismo.
- El dolor puede implicar: sensaciones de ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, en la parte interna o externa de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen.
- No se da el diagnóstico: cuando el dolor se debe a falta de lubricación vaginal o consecuencia de vaginismo.
- Existen importantes variaciones en cuanto a la frecuencia del coito doloroso. Para ser considerado un trastorno, ha de presentarse de forma crónica ("persistente o recurrente" según el DSM-III-R).

▪ Causas orgánicas:

- Deformaciones o trastornos de la vagina, el útero, las trompas de Falopio o los ovarios.
- Infecciones en vagina, clítoris.
- 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.

📖 Vaginismo:

- Aparición al 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.
- Este espasmo no suele causar dolor.
- En los intentos de relación, se suele acompañar de espasmos en los músculos aductores de los muslos que impiden su separación.
- Son frecuentes en las mujeres con vaginismo, historias de fracasos al aplicar tampax y diafragmas y problemas durante los exámenes ginecológicos.
- La mayoría de los datos hablan de frecuencia conjunta de dispareunia y vaginismo (2-4%).
- Causas psicológicas: En la mayoría de los casos.
 - 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. Una vez que el reflejo se ha condicionado, puede persistir aunque haya desaparecido la causa que inicialmente favoreció la aparición del dolor.

- Educación que culpabilice las relaciones sexuales.
- Miedo al embarazo.
- Experiencia anterior de abuso o violación.
- Miedo al dolor.

3.3.- EPIDEMIOLOGÍA.

☞ Un número elevado de mujeres y hombres padece, en algún momento de su vida, alguna disfunción sexual:

- Masters y Johnson: el 50% de las parejas heterosexuales.
- El estudio ECA: situaba la prevalencia de las disfunciones sexuales en un 24% (segundo diagnóstico más frecuente después del consumo de tabaco).
- El DSM-III-R: En estudios realizados en Europa y EEUU, en la población adulta joven:
 - Un 8% de los hombres presenta trastornos de erección y un 30% eyaculación precoz.
 - En la población femenina: 30% presenta disfunción orgásmica, y un 20% deseo sexual hipoactivo.

☞ Tan sólo 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.

3.4.- ETIOLOGÍA.

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

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

☞ En la mayoría de los casos, no existe una única causa sino que hay que recurrir a modelos multicausales para su explicación. Así, Maters y Johnson proponen que las disfunciones sexuales tienen como:

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

☞ Causas físicas:

- 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.
- También, las personas que rodean al sujeto, tienen reacciones negativas que pueden incidir en la aparición de disfunciones sexuales.
- Efecto de diversos 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, etc.).

☞ Factores psicológicos: (División propuesta por Hawton en función del momento de actuación):

- Factores predisponentes: Factores que actúan preparando o facilitando la aparición, a medio o a 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.
- Factores precipitantes: Experiencias o situaciones que desencadenan a corto plazo, la aparición de las 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.
- Factores de mantenimiento: Los que 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).

 3 aspectos que suelen estar presentes en la mayor parte de las disfunciones:

- La ansiedad asociada a las relaciones sexuales.
 - Factor que ha sido objeto 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
- Sin embargo, resultados de diferentes estudios indican lo contrario de los que se pensaba ⇒ La ansiedad facilita la activación sexual
- Barlow ha llevado a cabo diversos estudios, cuyos resultados sugieren que hay 4 factores que diferencian a los sujetos con y sin disfunción sexual (especialmente con trastornos de excitación):
 - ❖ 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.
 - ❖ Los sujetos funcionales y los disfuncionales reaccionan de manera diferente a los distractores cuando éstos son estímulos sexuales:
 - ⊗ 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.
 - ⊗ Los sujetos sin disfunción, la activación sexual se veía facilitada por los estímulos sexuales que implicaban demanda.
 - ❖ Los sujetos sin disfunción manifiestan respuestas afectivas positivas en éste tipo de contexto, mientras que 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. Pueden ser resultado de la percepción o de las expectativas de respuesta inadecuada.
 - ❖ 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.
 - ⊗ Los sujetos disfuncionales evitarán la estimulación interoceptiva, ignorando su propia estimulación fisiológica y ateniéndose a las claves situacionales.
 - ⊗ Los funcionales centrarán su atención en los estímulos interoceptivos.

- La falta de habilidades y conocimientos sobre el desarrollo sexual propio o de la pareja.
- La adopción del "rol de espectador" en la relación.

3.5.- PAUTAS GENERALES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.

3.5.1.- Objetivos y orientaciones generales.

☞ A la hora de abordar la evaluación y tratamiento de cualquier disfunción sexual es necesario tener en cuenta los siguientes principios básicos:

- El desarrollo y mantenimiento de una disfunción sexual es un problema que afecta a una pareja y la forma que ésta tiene de comportarse es la responsable de dicha disfunción. En consecuencia, el objetivo no debe ser modificar las conductas de uno u otro, sino las conductas de ambos, más en concreto las conductas que utilizan en sus relaciones sexuales.
- Como requisito previo al desarrollo de cualquier programa de intervención específico es necesario prácticamente siempre dar una información y educación sexual adecuada a ambos miembros de la pareja. En muchos casos, esto puede ser necesario para poder proceder posteriormente al desarrollo de los programas de intervención más específicos.
- En la mayor parte de los casos es necesario disminuir la ansiedad asociada a la relación sexual o a las actividades sexuales en general. La mejor forma de conseguir reducir esta ansiedad consiste en enseñar a la persona técnicas de relajación, técnicas de exposición o inoculación del estrés pueden ser muy útiles al respecto.
- El aumento de la comunicación y la mejora en las relaciones generales de la pareja es determinante para conseguir resultados positivos.
- Los tratamientos deben incluir una parte práctica de entrenamiento en cómo desarrollar las nuevas conductas sexuales más adecuadas para la relación con la pareja. También es muy importante el entrenamiento en conductas de relación más social.

☞ A partir de estas consideraciones se han desarrollado diferentes programas de intervención, muchos de ellos están orientados al tratamiento en pareja, mientras que otros casos se considera la posibilidad de ofrecer tratamiento a las personas sin pareja, pues en algunos casos la presencia de la disfunción dificulta o imposibilita el conseguir pareja o mantenerla.

3.5.2.- Estructura y componentes de la terapia.

☞ La mayoría de las terapias sexuales suelen estructurarse alrededor de cinco fases fundamentales:

- Fase I: Evaluación y diagnóstico de la disfunción.
- Fase II: Educación y formación sobre la sexualidad.
- Fase III: Focalización sensorial. Su objetivo es conseguir que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales.
- Fase IV: Desarrollo de técnicas específicas para cada uno de los trastornos. Las técnicas más frecuentes utilizadas son:

DISFUNCIONES FEMENINAS	
Falta de excitación	DS (Desensibilización sistemática) Entrenamiento asertivo. Ejercicios musculares. DS in vivo mediante asignación escalonada de tareas sexuales
Falta de orgasmo	Entrenamiento en masturbación con o sin vibradores. Ejercicios musculares. Recondicionamiento del orgasmo. Role-playing del orgasmo.
Vaginismo	DS in vivo. Introducción de dilatadores progresivamente mayores en la vagina.
DISFUNCIONES MASCULINAS	
Problemas de erección	Biofeedback del tamaño del pene. Técnicas dirigidas a incrementar la actividad sexual. Entrenamiento asertivo. Detención del pensamiento.
Eyacuación precoz	DS entrenamientos in vivo. Técnicas de Seman. Técnicas de compresión

- Fase V: Evaluación de los resultados.

4.- PARAFILIAS O DESVIACIONES SEXUALES.

4.1.- 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 u 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 normales.
- ☞ Un criterio clínico a tener en cuenta a la hora de establecer la normalidad-anormalidad de estas conductas es el grado en que éstas interfieren el ajuste sexual de la persona dificultando el establecimiento de relaciones sexuales satisfactorias.
- ☞ Otro aspecto fundamental a considerar es si estos comportamientos representan u agresión o un peligro para el que lo practica, para la persona que es objeto de la práctica o para ambos.
- ☞ En la actualidad, parece ser mayor el deseo de tolerar una mayor diversidad de comportamientos sexuales siempre que ocurran de común acuerdo entre adultos y en privado, y siempre que no constituyan una violación de los derechos y libertades del otro.

4.2.- CLASIFICACIÓN DEL DSM Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

- ☞ El DSM-IV define las parafilias como un trastorno cuya sintomatología esencial es la presencia de fantasías sexuales intensas u recurrentes, de impulsos o comportamientos sexuales, que generalmente suponen:
 - Objetos no humanos.
 - Sufrimiento o humillación propia o del compañero
 - Niños, personas que no consienten
 - Se presentan durante un período de al menos seis meses
- ☞ El DSM-II-R y el DSM-IV señalan además que existen diversos grados de afectación:
 - Para algunos individuos con parafilias, los estímulos parafilicos pueden ser necesarios siempre para la activación erótica y se incluyen invariablemente en la actividad sexual.

- En otros casos, estas preferencias parafílicas se presentan sólo en determinados momentos, siendo el individuo capaz de funcionar sexualmente sin este tipo de estímulos.

☞ El DSM-II-R y el DSM-IV no distinguen entre parafilias y ofensas sexuales, agrupando todos estos trastornos de forma indistinta bajo un mismo epígrafe. Incluyen:

PARAFILIAS

(Intensas y repetidas fantasías sexuales, impulsos o conductas sexuales que generalmente implican objetos no humanos o personas que no consienten.

Exhibicionismo (exposición genitales una persona en lugar público).

Voyeurismo (contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de relación sexual).

Frotteurismo (frotación genitales contra el cuerpo de un desconocido).

Fetichismo y transvestismo fetichista.

Paidofilia o pedofilia (hetero u homosexual)

Sadismo (infligir daño a otra persona para excitarse).

Masoquismo (necesidad de ser humillado, maltratado, atacado...)

Otras parafilias y ofensas sexuales (zoofilia, coprofilia, necrofilia)

☞ 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 seis 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.

☞ El DSM-III-R establecía además unos criterios de gravedad:

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

- ☞ Con frecuencia, estos sujetos, presentan parafilias múltiples.
- ☞ En ocasiones, pueden ser síntomas de otros trastornos mentales.
- ☞ En la mayor parte de los casos, son comportamientos que no provocan malestar subjetivo (rara vez solicitan tratamiento).
- ☞ En una minoría pueden generar sentimientos de culpa, vergüenza y depresión.

4.3.- EPIDEMIOLOGÍA.

- ☞ Se desconoce cuál es el alcance numérico de éstos trastornos, ya que rara vez solicitan tratamiento.
- ☞ La prevalencia por sexos: Se da con mucha mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres. Sólo el masoquismo se da en un elevado número de mujeres, pero incluso en éste caso la relación es de 20:1.
- ☞ Existen varias hipótesis para explicar ésta preponderancia masculina:
 - El hombre tiene un mayor impulso sexual (fija la atención en una gama más amplia de objetos).
 - Mayor componente agresivo de los varones. Estudios han tratado de establecer correlaciones entre los niveles de testosterona y conductas sexuales agresivas, con resultado contradictorios.
 - Mayor indefinición de la identidad sexual masculina.
 - Menor capacidad de discriminación sexual en el hombre (le lleva a la exploración de estímulos sexuales diversos).
- ☞ En relación con la edad: El inicio de las desviaciones sexuales suele aparecer en la adolescencia. En un 50% aparece antes de los 18 años.

4.4.- DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

4.4.1.- 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, en un lugar público, y sin que exista intento de una actividad sexual posterior.

- ☞ Ocurre casi exclusivamente en hombres. La conducta más típica es mostrar el pene en erección a una o más mujeres. Algunos autores, han informado de exhibicionismo femenino.
- ☞ Diagnóstico diferencial del exhibicionismo con la paidofilia: En la paidofilia, la exposición de los genitales es un prelude de una actividad sexual posterior con el niño.
- ☞ Es el más común de las desviaciones sexuales. De 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.
- ☞ Comienza normalmente en la adolescencia, con una prevalencia máxima entre los 20-30 años de edad. Es frecuente que se asocie a alguna otra desviación sexual: las más comunes el voyeurismo y la paidofilia.
- ☞ Con frecuencia se asocia el inicio de éstas conductas, con alguna experiencia de excitación sexual que se sigue a un episodio de exposición accidental (alguien le ve mientras se está vistiendo y tiene una erección). El mantenimiento de ésta conducta durante la edad adulta, se podría explicar por la asociación entre dichos comportamientos o fantasías de exhibición, con actividades de masturbación.
- ☞ Aunque la adquisición de éstas conductas se establece bajo la influencia de un impulso sexual, en la edad adulta, pierden su carácter sexual y adquieren un matiz compulsivo.

McConaghy: Teoría del mecanismo de terminación conductual: "Cuando una conducta es muy habitual, se establece en el SNC un mecanismo denominado mecanismo conductual. Este, se activa ante la presencia de estímulos asociados con la realización de dicho comportamiento y, si la conducta no es completada se produce un importante incremento de tensión subjetiva. Lo aversivo de ésta sensación, impulsa al sujeto a completar su conducta para que desaparezca la tensión".

- ☞ Esto es consistente con estudios que señalan que un porcentaje elevado de sujetos informa de no obtener gratificación sexual durante sus exposiciones.
- ☞ El exhibicionista es normalmente heterosexual, no existiendo diferencias entre el tipo de contactos heterosexuales que establecen los exhibicionistas y los sujetos heterosexuales normales.
- ☞ 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 éstas mujeres producía una excitación sexual que no aparecía en el grupo de sujetos normales (en éstos, la ausencia de conductas eróticas o cortejo les previene de excitarse sexualmente).
- ☞ Las características de personalidad: se trata normalmente de personas retraídas, tímidas y dependientes, con déficit en habilidades sociales y heterosexuales.

4.4.2.- Voyeurismo.

- ☞ La principal fuente de excitación del sujeto es la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual. No implica la realización de ninguna actividad sexual posterior con la persona observada. La masturbación está con frecuencia asociada a éste acto.
- ☞ Al igual que el exhibicionismo, ésta conducta tiene un marcado componente compulsivo y, los sujetos informan de una intensa activación autonómica ante la aparición de estímulos relacionados con ésta conducta.
- ☞ Aparece predominantemente en hombres, normalmente heterosexuales.
- ☞ Existe alta morbilidad entre voyeurismo y exhibicionismo: el 75% de los voyeuristas han tenido alguna vez conductas exhibicionistas.. Solicitan tratamiento con mucha menos frecuencia que los exhibicionistas (son sorprendidos con mayor dificultad).
- ☞ Importante distinguir entre voyeurismo y actividad sexual normal: la diferencia está en que la persona observada lo sabe.
 - Algunos autores incluyen entre las práctica voyeuristas la contemplación del striptease, la utilización de pornografía, etc, siempre que ésta constituye una conducta recurrente o la principal fuente de excitación para el sujeto.
 - Freund considera, voyeurismo en modalidad auditiva, la escucha de cintas en las que una mujer describe sus sensaciones al masturbarse.
- ☞ Normalmente comienza en la adolescencia.
- ☞ 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, de modo que, al igual que en el exhibicionista, esta conducta acaba adquiriendo una cualidad compulsiva e independiente de la activación sexual generada por éste tipo de estímulos.
- ☞ Características de la personalidad: Suelen ser sujetos tímidos y con ciertas dificultades para el establecimiento de relaciones heterosexuales.

4.4.3.- Frotteurismo.

- ☞ Obtención de placer a través del frotamiento de los genitales contra el cuerpo de una persona desconocida y sin el consentimiento de ésta. El DSM-III-R incluye el torcimiento de otras partes de cuerpo. No es el prelude de una actividad sexual posterior.

- ☞ Los frotteurs realizan éstas actividades en lugares públicos y concurridos (autobús, metro). Normalmente, va acompañado de una masturbación ante el recuerdo de éste tipo de situaciones.
- ☞ Suele tener un carácter pasajero y se da con mayor frecuencia entre los 15-20 años.
- ☞ La aparición de ésta conducta, se asocia a la observación en otras personas y su posterior imitación.

4.4.4.- Fetichismo y transvestismo fetichista.

- ☞ El fetichista se excita sexualmente observando y/o manipulando objetos inanimados (ropa interior femenina (la más común), calzado, prendas de vestir diversas, pañales, biberones, etc). 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, según el DSM-III-R del fetichismo, sino de fetichismo transvestista: Suelen tener ropa interior femenina para transvestirse, cuando están solos, acompañando ala masturbación o cuando realizan el acto sexual con su pareja.
- ☞ Cuando el objeto que estimula sexualmente al sujeto es una parte o una deformidad del cuerpo humano, ésta parafilia recibe el nombre de parcialismo y debe ser diagnosticada como parafilia no especificada.
- ☞ Los fetichistas y transvestistas fetichistas son mayoritariamente hombres y heterosexuales.
- ☞ 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: Muchos no acuden a tratamiento al no ser una conducta peligrosa.
- ☞ Etiología: Se alude a procesos de condicionamiento en el aprendizaje de ésta conducta.

El procedimiento más común es 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 asociación de ese objeto con la sensación de placer.

- ☞ El transvestismo fetichista suele tener también su inicio en la adolescencia.

4.4.5.- Paidofilia.

- ☞ Presencia de fantasías y conductas que implican la actividad sexual entre un adulto y un niño.

El DSM-III-R incluye otro criterio diagnóstico: Es necesario que el sujeto tenga al menos 16 años y que sea al menos 5 años mayor que el niño.

Se debe especificar si la relación es heterosexual u homosexual, si se limita al incesto, si es de tipo exclusivo (sólo se da atracción sexual por niños) o de tipo no exclusivo (existe también atracción sexual por adultos).

- ☞ Las conductas sexuales implicadas en la paidofilia son diversas: desde el menor exhibicionismo o masturbación delante del niño, hasta los besos, caricias, contactos oro-genitales y, en algunos casos, la penetración anal o vaginal. Normalmente, no implica violencia física. Suele ser una persona cercana o conocida (90%). 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: homosexual o heterosexual, los rasgos de personalidad y las conducta exhibidas por unos y otros son diferentes:

PAIDOFILIA HETEROSEXUAL	PAIDOFILIA HOMOSEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Pocas víctimas. ☞ El sujeto es alguien conocido para las víctimas. ☞ Se realizan repetidos abusos con una misma víctima durante períodos prolongados de tiempo (meses, incluso años). ☞ La edad media de las víctimas es de 8 años. ☞ Se sienten atraídos por las mujeres adultas y no exclusivamente por las niñas. ☞ Suelen ser sujetos casados. ☞ La conducta comienza en la edad adulta de forma ocasional y en momentos de cierto 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. ☞ El sujeto suele ser un desconocido para las víctimas. ☞ No suelen tener más de una relación con cada una de las víctimas. ☞ La edad media de las víctimas es de 10 años. ☞ No se sienten atraídos por adultos del sexo opuesto. ☞ Suelen ser solteros. ☞ La conducta comienza en la adolescencia. ☞ Suelen ser personas acomodadas con un empleo estable, sin especiales problemas con el alcohol, pero que rehúyen las relaciones sociales con los adultos

- ☞ El DSM-III-R indica que la presencia de actos sexuales con niños no es criterio suficiente para el diagnóstico de paidofilia: 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, casos de relaciones con niños aisladas en sujetos con retraso mental, trastorno orgánico de la personalidad, esquizofrenia o problemas de intoxicación alcohólica.

- ☞ Se sabe poco acerca de la prevalencia: aproximadamente en el 0,5% de las mujeres y en 5% de los hombres.
- ☞ El porcentaje de niñas que es objeto de abusos sexuales es dos veces superior al porcentaje de niños.
- ☞ Características de personalidad: El perfil típico es el de un hombre (93%) de mediana o avanzada edad, solitario, con dificultades para establecer relaciones heterosexuales. Normalmente, no presentan ningún trastorno psicopatológico significativo, aunque suele tener baja autoestima y/o problemas de abuso de alcohol o de sustancias.
- ☞ Se sabe poco acerca de la etiología: 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.
- ☞ La asociación posterior de estas fantasías 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.
- ☞ Procesos de condicionamiento que no se extinguió con experiencias posteriores más gratificantes (Farré).

4.4.6- Sadismo y masoquismo.

- ☞ Definiciones:
 - Sadismo: necesidad de infligir daño a otra persona para excitarse sexualmente.
 - Masoquismo: necesidad de ser humillado, atacado, maltratado, etc, para obtener placer sexual.
- ☞ Para el DSM-III-R son trastornos que aparecen juntos: muchos masoquistas se infligen daño a sí mismos: sadomasoquistas.
- ☞ Para muchas personas normales de ambos sexos (25%) es sexualmente excitante proporcionar o recibir pequeñas agresiones cariñosas o, someterse voluntariamente a ciertas fantasías de dominación-sumisión (existe un cierto componente sádico en la sexualidad normal).

- ☞ Necesidad de establecer diagnostico diferencial respecto a la violación o cualquier tipo de ataque sexual (Sólo un 10% de los violadores encuentra satisfacción en el sufrimiento de la víctima).
- ☞ En ocasiones, el sadismo está asociado a trastornos de la personalidad antisocial.
- ☞ Existe gran variedad de conductas sádicas y masoquistas. Hay una conducta a la que el DSM-III-R otorga atención especial por el peligro físico que conlleva: la hipoxifilia: excitación sexual a través de la privación de oxígeno (nudo, bolsa de plástico).
- ☞ Se sabe poco acerca de la prevalencia: el masoquismo es más frecuente en mujeres (parafilia de mayor prevalencia en el sexo femenino).
- ☞ Estas conductas suelen comenzar en la adolescencia y tienen un curso crónico.
- ☞ Es frecuente la asociación del sadismo y masoquismo con el fetichismo y el fetichismo transvestista.
- ☞ Explicación etiológica: Se ha recurrido a procesos de condicionamiento. El primer modelo experimental de masoquismo es de Eroféieva: Condicionó la respuesta alimenticia clásica a un estímulo eléctrico. En circunstancias especiales, la estimulación aversiva puede convertirse en señal discriminativa de hechos agradables. Es posible que ciertas sensaciones dolorosas o desagradables se hayan condicionado a la excitación sexual durante la adolescencia.
- ☞ Estudios antropológicos de Pedersen: Las etnias más proclives a éstas actividades son los anglosajones y judíos de la Europa Oriental (culturas en las que se reprimen las manifestaciones de agresividad). Menor prevalencia en los latinos.

4.4.7- Otras parafilias y ofensas sexuales.

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

4.5.- ETIOLOGÍA.

- ☞ Factores biológicos: No hay evidencia empírica que avale la presencia de una causa de tipo biológico que pueda identificarse como implicada en el desarrollo de las parafilias.

Se han desarrollado varias hipótesis:

- Presencia de niveles anormales de andrógenos: pueden contribuir a una excitación sexual inapropiada. Resultados contradictorios.
- Presencia de alteración en el lóbulo temporal: se deriva de la asociación con epilepsia del lóbulo temporal.

📖 Causas psicológicas: las primeras hipótesis hacen referencia a la importancia del aprendizaje:

- Proceso de condicionamiento clásico: defendido por la mayor parte de los investigadores. El aprendizaje se puede producir por la asociación accidental de un estímulo atípico con una sensación de excitación sexual. Esta asociación se refuerza por la repetición buscada de dichas situaciones por parte de sujeto y 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 éste modelo.

- Teoría de la terminación conductual: Esta teoría parte de dos hechos:
 - El que tienen muchos de éstos comportamientos (los propios sujetos informan de no poder carácter compulsivo contenerse de realizar éstas conductas).
 - Se quejan más de una respuesta de activación general, que de una respuesta de activación sexual
- Carácter adictivo: Hipótesis también derivada de la observación del carácter compulsivo de estas conductas es la de que dichos comportamientos, sin embargo, datos clínicos y evidencia empírica no avalan ésta hipótesis.
- Trastornos del cortejo (Freud): Freund cree que las conductas sexuales están biológicamente determinadas e identifica 4 fases en las interacciones sexuales humanas donde pueden producirse anomalías en el patrón de activación de cada una de éstas fases, produciéndose una exagerada intensificación del mismo:
 - Fase de localización y evaluación de la pareja. (Voyeurismo)
 - Fase de interacción pretáctil. (Exhibicionismo)

- Fase de interacción táctil. (Frotteurismo)
- Fase de unión genital. (Violación)
- Imitación de modelos: 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.

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 lo que facilita el uso de la agresión como forma de interacción e impide el acceso durante la adolescencia de apropiadas relaciones sociales.

- Importancia de las actitudes y cogniciones acerca del sexo.
- Las desviaciones sexuales reflejan un déficit de habilidades de comunicación social y heterosexual (quizás mediado por la ansiedad).

4.6.- PAUTAS GENERALES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.

- ☞ En el ámbito de las parafilias no se han producido éxitos terapéuticos tan espectaculares como en el campo de las disfunciones, en gran parte porque el principal problema que plantea la intervención terapéutica con estos sujetos es la escasa motivación que tienen hacia el cambio.
- ☞ Previo a las intervenciones es necesario realizar una cuidadosa evaluación que proporcione información de:
 - Las conductas sexuales del sujeto.
 - Actitudes del sujeto hacia esas conductas.
 - Habilidades instrumentales y acerca del medio en que se desenvuelve el sujeto.
- ☞ En la actualidad se emplean programas de tratamiento de amplio espectro con el fin de abordar la conducta desde todas las vertientes posibles. Estos programas incluyen:
 - La eliminación de la excitación sexual ante estímulos desviados (técnicas aversivas, fármacos antiandrógenos).
 - Aumento de la excitación sexual adecuada (reacondicionamiento del orgasmo).

- Disminución de la ansiedad heterosexual.
- Mejora del funcionamiento heterosexual.
- Modificación de conductas desviadas asociadas al sexo.

5.- TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- ☞ Son los trastornos menos frecuentes y menos estudiados.
- ☞ 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: 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.

5.1.- CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO
(Disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual).

Trastornos de la identidad sexual en niños: Se manifiesta antes de la pubertad y se caracteriza por un profundo y persistente malestar en relación con el sexo anatómico y el deseo de pertenecer al otro sexo.

Trastornos de la identidad sexual en adolescentes o adultos: El sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo va acompañado de una preocupación por deshacerse de los caracteres sexuales propios.

Trastornos de la identidad sexual no especificados: Se incluyen todos aquellos casos que no reúnen los criterios para el diagnóstico de un trastorno de la identidad sexual específico.

Transexualismo (eliminado del DSM-IV)

- ☞ Para aquellos trastornos que se dan en la edad adulta, el DSM-IV incluye una especificación de la orientación sexual del individuo:
 - Asexual: Nunca ha tenido deseos sexuales intensos.

- Homosexual: Excitación sexual hacia el mismo sexo.
- Heterosexual: Excitación hacia el otro sexo.
- No especificada.

☞ Para evitar herir susceptibilidades en el DSM-IV se aconseja especificar la orientación sexual del individuo con un trastorno de la identidad, atendiendo al género de la persona por la que se sienten atraídos (hombre, mujer, ambos o ninguno).

5.2.- DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

5.2.1.- Trastornos de la identidad de género en la infancia.

☞ Los niños a los que se les da éste diagnóstico suelen ser:

- Bastante femeninos (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 (el niño que en sus juegos quiere ser madre);
- Llegan a manifestar un rechazo abierto hacia sus caracteres sexuales.

☞ Es más frecuente en niños. Suele comenzar hacia los 6 años. Poco común.

☞ Los estudios retrospectivos de sujetos transexuales, revelan una alta incidencia de la conducta propia del sexo contrario durante su infancia. Sin embargo, sólo algunos casos, desembocan posteriormente en transexualismo. Es más frecuente la evolución hacia la homosexualidad.

☞ A la hora de establecer un diagnóstico hay que tener en consideración dos aspectos:

- La categorización de niños-femeninos y niñas-masculinas está altamente determinada por los juicios y estereotipos sociales. Incluso existen diferencias en la tolerancia de estas desviaciones de género cuando se produce en niños y en niñas: mejor tolerancia y aceptación en el caso de las niñas.

- En estas edades, es muy difícil separar la identidad de género del rol sexual, por lo que la evaluación ha de incluir tanto su conducta como la identidad de género.

5.2.2.- Transexualismo.

- ☞ La preocupación persistente sobre cómo deshacerse o modificar las características sexuales, les lleva a solicitar tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas.
- ☞ La mayoría comenzaron a utilizar ropas del sexo opuesto antes de la pubertad, de una manera completa, y en la mitad de los casos, de manera permanente.
- ☞ Dicen haberse sentido rechazados desde pequeños y encontrarse "atrapados" en su propio cuerpo.
- ☞ La mayoría de los hombres y casi todas las mujeres, sienten atracción hacia los miembros de su propio sexo biológico.
- ☞ El matrimonio previo a la operación es más frecuente en los hombres que en las mujeres.
- ☞ Alta proporción de trastornos psiquiátricos concomitantes con el transexualismo: trastornos de personalidad narcisista, antisocial y límite, abuso de sustancias y conductas autodestructivas o suicidas. Tan sólo un 30% de los transexuales no presenta otro trastorno.
- ☞ Aspecto más controvertido y estudiado del transexualismo: Su diferenciación respecto a otras conductas sexuales, especialmente el transvestismo. Ambos tienen en común el vestirse con ropas del sexo opuesto. Bancroft, distingue 4 tipos de transvestistas:
 - El transvestista fetichista: generalmente varón, que obtiene excitación sexual al vestirse con ropas del otro sexo.
 - El transvestistas con doble rol: Viste con ropas propias de su sexo y tiene una orientación heterosexual, pero, ocasionalmente, cambia d indumentaria para hacerse pasar por miembro del otro sexo.
 - El transvestista homosexual: Tiene orientación homosexual y se viste con ropas del otro sexo, a menudo con una intención más folclórica que sexual.
 - El transvestista transexual: Usa el atuendo del sexo opuesto como una forma de expresión de sus deseo de cambiar de apariencia.
- ☞ Bancroft señala que el transexualismo en la vida adulta se inicie con un transvestismo fetichista en la niñez. El DSM-III-R adopta una postura en ésta línea: 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 (la activación fetichista previa, desaparecerá).

5.3- EPIDEMIOLOGÍA.

- ☞ Existen pocos datos rigurosos. Además, los escasos datos existentes, hablan de manera casi exclusiva de transexualismo.

Sin embargo son trastornos de escasa frecuencia y con una mayor prevalencia en los hombres: Los hombres se interesan con una frecuencia *3 ó 4 veces mayor* que las mujeres, en el cambio de sexo.

- ☞ Los estudios sobre transexualismo presentan un problema adicional: en la mayoría de los casos se centran en las personas que acuden para tratamientos hormonales o quirúrgicos.
- ☞ El trastorno de la identidad de género en la niñez es muy poco frecuente. El trastorno de identidad sexual en adolescentes o adultos (TISAA) es más común que el transexualismo.

5.4- ETIOLOGÍA.

- ☞ Conjeturas con escaso apoyo experimental.
- ☞ 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 de las teorías del aprendizaje: el problema surge a causa del reforzamiento de conductas propias del otro sexo por parte de los padres durante su 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 (más frecuente en mujeres transexuales).
 - En el caso de los trastornos de identidad de género en la infancia cabe señalar la indiferencia o incluso favorecimiento de la conducta del sexo contrario por parte de los padres.

5.5- PAUTAS GENERALES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.

- ☞ La mayoría de los individuos con transexualismo acuden a consulta para solicitar un cambio de sexo mediante procedimientos quirúrgicos en los que se modifican los genitales externos, y es muy difícil que acepten un tratamiento que tenga una finalidad diferente.
- ☞ 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.
- ☞ Se ha de determinar la posible presencia de otros trastornos psiquiátricos que han de ser tratados antes de decidir la intervención quirúrgica.
- ☞ La prueba más comúnmente adoptada es la comprobación de la capacidad del sujeto para vivir asumiendo el rol del sexo opuesto durante un período de tiempo determinado.
- ☞ Existen algunos datos acerca de la utilización exitosa de la terapia conductual en la modificación de la identidad de género.