

TEMA XV

C. Vázquez Valverde

LAS ALTERACIONES PSICOSEXUALES

1. Introducción.
2. La conducta sexual humana.
3. Variaciones sexuales.
4. Alteraciones de la identidad sexual.
5. Disfunciones sexuales.
6. Tratamiento.

1. INTRODUCCION

Uno de los ámbitos comportamentales más complejos y menos reductibles a microanálisis es el de la sexualidad humana. La sexualidad humana, está entretrejida por multitud de factores: biológicos, morales, sociales, de identidad personal..., pero no puede reducirse, como se verá más adelante, a ninguno de estos. Un problema previo es el de acotar el objeto de estudio que delimitamos con el nombre de "alteraciones psicosexuales". Nos limitaremos, fundamentalmente, a aquellos problemas más relacionados con la conducta terminal sexual, si bien queda claro que en esta conducta están imbricados una gran cantidad de elementos heterogéneos intervinientes.

Dejaremos fuera de foco aspectos tan relevantes de la conducta psicosexual global como los problemas del funcionamiento menstrual femenino (Broadhurst, 1973, Bakal, 1979), los problemas y vivencias del embarazo, parto y crianza (Broadhurst, 1973), la selección de pareja (Sanctuan, 1968, Broadhurst, 1973), las posibles consecuencias del aborto (Sandberg, 1980 a) y de la cirugía sexual (Bicjes, 1980, Sadock, 1980), o las relaciones existentes entre la conducta sexual y diversas alteraciones psiquiátricas y no psiquiátricas (Broadhurst, 1973, Small y Small, 1980 b y Kaplan, 1978), por citar algunos casos.

Al hablar del sexo o de sus formas de expresión (sexualidad) deberíamos tener en cuenta varios niveles diferentes de análisis. Una buena categorización la ofrece la clasificación de Money (1965, 1972) al distinguir varios tipos de sexo:

- 1) Sexo genético o cromosómico: XX ó XY normalmente.
- 2) Sexo gonádico: ovarios y testículos.
- 3) Sexo hormonal: subsistemas hormonales del hombre y la mujer.

- 4) Sexo morfológico: aparato genital y caracteres sexuales secundarios del hombre y de la mujer.
- 5) Estructuras viscerales internas.
- 6) Sexo de asignación y educación.
- 7) Identidad sexual o sexo psicológico.

En los dos últimos niveles —en los que también podríamos hablar de la determinación social del sexo antropológico...—, ya no hablamos estrictamente de la división varón/hembra, sino de un nivel superior de integración psicológica: la diferenciación masculino/femenino, es decir, de toda la gama de comportamientos, valores, actitudes..., que se consideran (socialmente) propios de cada sexo.

2. LA CONDUCTA SEXUAL HUMANA

Se sabe ya con bastante exactitud cuales son los cambios fisiológicos y anatómicos que se operan tanto en el hombre como en la mujer en una situación de relación sexual (Freedman et al., 1976, Master y Johnson, 1977, Sadock, 1980 a, Kaplan, 1978, Sherfey, 1972).

Siguiendo la clásica distinción de Master y Johnson, se pueden distinguir cuatro fases de la respuesta sexual:

1) *Fase de excitación*: Esta fase inicial se desencadena por una estimulación de tipo psicológico (fantasías, la presencia de un estímulo erótico...), de tipo físico (caricias, besos...), o de ambos. Se dan una serie de cambios anatómicos: en el hombre se produce erección y en la mujer lubricación vaginal, aumentando de tamaño los labios menores y los mayores debido a un mayor aporte sanguíneo a esas zonas.

2) *Fase de meseta o plataforma*: Es la fase de los estados previos al orgasmo. En la mujer se produce un aumento de los pechos y una vasoconstricción del tercio externo vaginal (también llamado "plataforma orgásmica"), elevándose y retrayéndose el clítoris; el pene aumenta su erección.

3) *Fase orgásmica*: Es la fase cumbre de la respuesta sexual. En el hombre el orgasmo es desencadenado por una sensación subjetiva de inevitabilidad eyaculatoria. La eyaculación consiste en una serie de contracciones rítmicas de la próstata, vesículas seminales y uretra; en la mujer, se producen de 3 a 12 contracciones involuntarias de la plataforma orgásmica vaginal. Ambos tienen un intervalo medio de unos 0,8 segundo entre cada contracción. La presión sanguínea y las tasas

cardíacas y respiratorias se elevan, y se producen contracciones involuntarias del esfínter anal externo e interno y de otros grupos musculares. Hay una ligera obnubilación de conciencia.

El máximo de potencial orgásmico acontece en los hombres desde los 18 años y hacia los 35 en la mujer.

4) *Fase de resolución*: La resolución consiste en una disminución del riego sanguíneo de los genitales (detumescencia). Si no hubo orgasmo previo la detumescencia es lenta y cursa con algunas molestias genitales. Se produce una sudoración intensa y un estado de bienestar y relajación. En esta fase se produce en el hombre un "periodo refractario", esto es, un estado (que puede durar desde varios minutos a varias horas) en que el sujeto es incapaz de ser estimulado para un nuevo orgasmo. En la mujer este periodo, al menos desde un punto de vista fisiológico, no existe.

Desde el punto de vista de los subsistemas nerviosos anatómicos intervinientes cabe considerar que la respuesta sexual es bifásica en ambos sexos (Kaplan, 1978, Delclaux y Guitérrez, 1980). En definitiva, puede afirmarse que hay dos tipos de reacciones.

- a) *Reacciones vasocongestivas*: Producen la erección en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer. Se basa, fundamentalmente, en el sistema nervioso autónomo parasimpático (SNAP) y sus centros reflejos se localizan en la zona sacra de la médula.
- b) *Reacciones musculares*: Comprende la serie de reacciones musculares reflejas y rítmicas que constituye el orgasmo. Su base neurofisiológica es el sistema nervioso autónomo simpático (SNAS) y sus centros reflejos se localizan en la zona cérico-lumbar.

Es importante esta distinción porque los tipos de disfunciones sexuales pueden conceptualizarse según estos dos tipos de reacciones (por ejemplo: "incapacidad de erección" frente a "incapacidad eyaculatoria"). Son dos procesos independientes y con una vulnerabilidad diferente según la edad, el empleo de fármacos (Kaplan, 1978, Dickes, 1981), el estado de ansiedad, etc.

Además de la intervención del sistema nervioso autónomo, el papel del sistema nervioso central es de suma importancia. Estructuras como el sistema límbico y el hipotálamo tienen un gran papel a todo lo ancho de este comportamiento (McLean, 1976, Thompson, 1977, Jensen, 1980, Sadock, 1980 a). Existe una estrecha interrelación funcional entre áreas límbicas y el "área del placer" situada en el hipotálamo (véase el tema de "Alteraciones de las emociones") y, esto explica

quizá, la estrecha relación entre la respuesta sexual y la respuesta pla-centera asociada (Kaplan, 1978).

Como señalan Delclaux y Gutiérrez (1980), el papel del *córtex* —sea inhibiendo o facilitando— en el comportamiento sexual es crucial en los seres humanos. Influye no sólo en respuestas susceptibles a algún control voluntario (ej.: erección, lubricación vaginal, vasocongestión vaginal), sino también en respuestas en las que no es posible el control voluntario (contracciones vaginales o eyaculatorias, reflejo pupilar...). Las expectativas de la persona, su historia de relaciones sexuales anteriores, las demandas que cree que se le exigen, etc., son factores determinantes del comportamiento sexual.

3. VARIACIONES SEXUALES

Bajo el título de “variaciones sexuales desadaptadas y/o patológicas” se denominan toda una serie de prácticas sexuales en las que bien el objeto de tal práctica (fetichismo, paidofilia, gerontofilia), o bien la práctica sexual misma (coprofilia, sodomia...), se apartan del comportamiento sexual habitual. El término de “variaciones” ha venido a sustituir al de “desviaciones” y “perversiones”, incidiendo así en un criterio más estadístico que moral de la normalidad en el ámbito de la sexualidad.

El giro en los últimos años ha sido total. Textos de psiquiatría como el de Kaplan, Freedman y Sadock (1980) incluyen capítulos sobre técnicas sexuales (Sadock y Sadock, 1980) —en el que se incluyen conductas anteriormente criticadas— o exponen el uso de anticonceptivos (Sandberg, 1980 b).

Como señala Bandura (1969), en las personas con intereses sexuales atípicos, se observa muy frecuentemente un proceso de aprendizaje de tales comportamientos sexuales peculiares, que puede empezar desde muy corta edad. La conducta así surgida (normalmente siguiendo las pautas del aprendizaje vicario) es mantenida después por diversas contingencias (ej.: condicionamiento masturbatorio). No obstante la parsimoniosidad de estas explicaciones y su posible confrontación empírica en muchos casos, son intentos explicativos etiológicos que están sometidos a disputa teórica.

Examinemos a continuación las variaciones sexuales más importantes:

1) *Homosexualidad*.- El análisis de las sucesivas clasificaciones psiquiátricas que ha recibido la homosexualidad ilustra muy bien los puntos que anteriormente hemos expuesto. Hasta 1974 se consideraba como una “enfermedad mental”, pero la APA (American Psychiatric Association) entonces crea el nuevo término de “alteración de la orientación sexual” para incluir la variación en cuestión. Sin embargo, en la última clasificación oficial de la APA sobre las alteraciones psiquiátricas, tan sólo se han incluido, y como grupo aparte (es decir, no incluido bajo los tipos de variaciones sexuales o parafilias), la “*homosexualidad ego-distónica*”, esto es, se consideran objeto de atención psiquiátrica sólo aquellas personas para quienes su conducta homosexual es causa de continuo malestar y sufrimiento y desean adquirir o incrementar una *orientación heterosexual*.

Existen profundos problemas operatorios al intentar definir la “homosexualidad”. Como indica Feldman (1973) la “homosexualidad” es un concepto, una explicación abstraída de la conducta manifiesta observada o autoinformada del sujeto. Lo que resulta evaluable objetivamente es la “conducta homosexual”, pero ésta no coincide necesariamente con lo que llamamos “homosexualidad” (Así por ejemplo, en los ambientes penitenciarios hay una elevada incidencia de conductas homosexuales, sin que muchas de las personas implicadas (voluntariamente) puedan ser llamadas, con propiedad, homosexuales). Por esto, creemos bastante apropiada la definición propuesta por este mismo autor: “La actividad o fantasía sexual dirigidas hacia el orgasmo con un compañero del mismo sexo, que es persistentemente recurrente, y no meramente un sustituto de una conducta preferida, esto es, una conducta heterosexual, que está dificultada por el entorno inmediato (Feldman, 1973, p. 131).

Se discute si existen “tipos” distinguibles de homosexuales. La distinción activo/pasivo (West, 1968), no tiene apenas aceptación. Una clasificación más extendida y que además tiene cierto poder predictivo sobre la posible eficacia terapéutica es la de primario/secundario (Feldman y MacCulloch, 1971). Por “homosexual primario” se entiende aquella persona que no ha tenido ni interés ni prácticas heterosexuales en ninguna fase de su vida, mientras que el “homosexual secundario” sí los tiene o los ha tenido alguna vez. Según diversos autores (Schofield, 1965, Kilaszynska, 1969, Saghir et al., 1969) la proporción de homosexuales primarios frente a secundarios es de 2/3 frente a 1/3.

3.1.1.- *Datos epidemiológicos.*- Los datos estadísticos que pueden ofrecerse al respecto presentan serios problemas de validez (Schofield, 1965 a), pues además de la dificultad de la propia definición y operativización de lo que se considera "conducta homosexual" y/o "homosexualidad", es difícil extraer información fiable a las personas sobre éste (u otro) comportamiento sexual socialmente reprobado, a pesar de que la conducta homosexual es universal (Ford y Beach, 1952).

Ford y Beach señalaron que de las 76 sociedades que analizaron, en 2/3 de las mismas, la conducta homosexual se considera normal y socialmente aceptable; muchos estudios transculturales (Malinowski, 1975, Pachard, 1965, Jensen, 1980, Sussman, 1980) tienden a corroborar esta actitud que contrasta con la que, aunque cada vez menor intensidad, se ha observado en la cultura occidental (Szasa, 1980).

Las cifras conocidas para Europa se aproximan bastante (Cfr. Green, 1980) a los del ya clásico estudio Kinsey et al. (1947). Según estos datos obtenidos a través de cuestionarios (N = 4480 sujetos), más del 33% de los varones comprendidos entre 16 y 55 años han tenido alguna experiencia sexual hasta el orgasmo (de él o del compañero) con otro hombre tras la pubertad. El 4% dijo haber tenido exclusivamente experiencias homosexuales. El 13% manifestó haber tenido conductas predominantemente homosexuales al menos durante tres años durante la vida adulta. Asimismo, un 13% de los sujetos manifestó haber tenido alguna reacción erótica, pero sin contacto sexual, suscitada por un hombre.

Se apreciaba, además, que la actitud y/o conducta bisexual (Cfr. Wolff, 1978) decrecía según aumentaba la edad de los sujetos.

En las mujeres parece ser una conducta más infrecuente (Broadhurst, 1973), quizá porque es aún más reprobada socialmente que la de los hombres. En general, las tasas observables son aproximadamente de 1/3 de las de los hombres (Green, 1980).

Kinsey et al. (1955) hallaron que un 2% de las encuestadas decían tener una exclusiva orientación homosexual, y el 28% manifestaba haber tenido alguna experiencia homosexual (habiendo llegado el 13% de las sujetos al orgasmo en tales ocasiones).

Sobre la nueva y exclusiva categoría de "homosexualidad egodistónica", aún no hay datos epidemiológicos de uno u otro sexo (DSM-III, 1980).

3.1.2.- *Evaluación de la homosexualidad.*- Ya hemos apuntado anteriormente algunos problemas capitales de cualquier intento de

evaluación objetiva de la homosexualidad. El criterio más válido, aun a sabiendas de su limitación (en especial por lo susceptible de los falseamientos), creemos que es el autoinforme.

Como apunta Feldman (1973) hay varias razones que justifican los intentos de establecer medidas objetivas de la homosexualidad: 1) poder establecer tasas de prevalencia e incidencia en la población general, 2) determinar variables dependientes para estudios de índole etiológica, 3) permitir establecer líneas base para evaluar objetivamente los efectos de una eventual acción terapéutica, 4) poder detectar si bajo los problemas aparentes que puedan presentar determinados pacientes no se encubren en realidad problemas relacionados con supuestos intereses homosexuales.

A) *Medidas de Personalidad y de Actitudes.*- Los tests, que como el MMPI incluyen escalas para evaluar rasgos de personalidad "masculina" o "femenina" (Maccoby, 1967, Tyler, 1978) han demostrado ser ineficaces para discriminar si una persona es homosexual o no. El nivel cultural del sujeto es una variable que explica gran parte de las puntuaciones obtenidas: los hombres cultos tienden a mostrar intereses más "femeninos".

Test proyectivos (como el Rorschach) son aún más ineficaces (Hooker, 1957). Asimismo conocer más o menos palabras del lenguaje habitual del sexo opuesto tampoco discrimina en absoluto a este respecto (Clarke, 1965).

En cuanto a pruebas tendentes a evaluar orientaciones, actitudes, de los sujetos, Zamansky (1956) informó que 20 hombres homosexuales (con conductas homosexuales manifiestas), en comparación a un grupo de control de 20 estudiantes, miraban significativamente más a fotos masculinas que femeninas.

B) *Medidas físicas.*- Además de algunas medidas bioquímica que más adelante señalaremos, se han hecho algunos intentos (véase Feldman, 1973) para evaluar físicamente la homosexualidad.

Uno de los parámetros utilizados ha sido el del tamaño del diámetro pupilar ante la presentación de estímulos visuales homosexuales y heterosexuales (Hess et al., 1965). Sin embargo, este método no es fiable: evalúa más un nivel de alerta (arousal) general que sexual (Scott, 1967) y, además, está muy afectado por la situación, las expectativas, el tipo de experimentador, etc. (Chapman et al., 1969).

Otro tipo de medida (empleada sobre todo en terapia sexual) es la pletismográfica ante estímulos sexuales (Freund, 1963, Brancroft

et. al., 1966, Yates, 1973, McConaghy, 1974, Costa, 1980). Así pueden medirse respuestas de flujo sanguíneo en los genitales masculinos, de las que incluso el individuo puede no ser consciente. No obstante es una respuesta que puede ser muy influida por la actividad imaginaria del sujeto, de modo que cabe el riesgo de que, hasta cierto punto, este pueda encubrir su interés homosexual (Laws y Rubis, 1969).

Feldman (1975) propone que quizás una buena medida, menos falseable, sería la tasa de habituación de la "respuesta de orientación" ante un estímulo sexual.

Por otro lado las ideas convencionales sobre determinadas conductas de los hombres homosexuales (mover las caderas al andar, gestos y voz afeminados, etc.) no parecen guardar relación con la homosexualidad y son, en cualquier caso, difíciles de evaluar (West, 1968). Tampoco existe ninguna relación entre la homosexualidad de las mujeres y medidas físicas de las mismas (Broadhurst, 1973).

1.3.- Hipótesis etiológicas.- La "homosexualidad" es uno de los temas en los que más hipótesis, muchas de ellas contradictorias entre sí, han convergido sobre las causas de su aparición.

Lo cierto es que no hay ningún modelo que dé cuenta de un modo acabado de tal fenómeno; obviamente, y como en cualquier comportamiento humano, confluyen tal número de factores que resulta casi imposible formalizar su origen. La metodología que se emplea es, fundamentalmente, de tipo correlacional, y esto por sí mismo limita cualquier pretensión de un hallazgo de firme evidencia en uno u otro sentido.

Teorías biológicas.- Ha habido, y hay, muchos intentos de explicar la conducta homosexual como resultado, más o menos directo, de la acción de diversos factores biológicos.

Estas teorías recaban datos *genéticos* entre otros, pero los informes no presentan, sin embargo, resultados homogéneos entre sí.

Kalman (1952 a, b) señaló que de 85 parejas de gemelos homosexuales, había un 100% de concordancia en la conducta homosexual en los gemelos monocigóticos, y menos de un 50% de concordancia en los dicigóticos. Estos resultados, que apoyarían en principio la existencia de algún tipo de transmisión genética de la homosexualidad, no han sido confirmados posteriormente (Heston y Shields, 1968, Emery et al., 1970). Así, por ejemplo, Heston y Shields hallaron sólo un 40% en 5 parejas homosexuales monocigóticas. De hecho, Kalman (1953)

reconoció (Cfr. Feldman, 1973) que sus estudios estaban afectados significativamente por algunos artefactos estadísticos.

A pesar de todo, el más grave problema de este tipo de estudios (árboles genealógicos, índices de concordancia...) es que la interpretación de los resultados no es unívoca en absoluto. Un alto parecido (o coincidencia) psicocomportamental entre hermanos, no debe atribuirse sin más a la presencia de un factor genético común. Antes bien, el parecido, o las diferencias observadas, seguramente puede deberse en su mayor parte a diversos factores presentes en el aprendizaje.

La investigación neuroendocrina, centrada sobre todo en el eje hipotálamo-hipofisario (Neumann y Elgar, 1966) ha desvelado que las hormonas sexuales gonadales tienen una influencia dual sobre el SNC (Young et al., 1965): una influencia organizativa durante el desarrollo — esta es la llamada "diferenciación sexual del cerebro", que afecta fundamentalmente a la hipófisis (Van Wyck y Grumbach, 1968, Sherfey, 1972, Sadock, 1980 a)— y una influencia excitatoria durante la vida adulta.

No se descubren diferencias significativas en cualesquiera niveles hormonales entre homosexuales y no homosexuales (Kupperman, 1967). Sin embargo, algunas investigaciones recientes han hallado algunas diferencias, especialmente respecto a los niveles de testosterona presentes, que deben ser matizadas.

La testosterona se cree que es la hormona que tiene una relación más estrecha con la libido humana. Los niveles de testosterona en sangre descienden lentamente a partir de los 50 años de edad, y asimismo, se observan niveles más bajos en situaciones estresantes. Los datos existentes respecto a los homosexuales, tanto masculinos (Margolese y Janiger, 1973; Doerr et al., 1973; Pillard et al., 1974) como femeninos (Eisinger et al., 1972; Gartrell et al., 1977) son poco concluyentes. En la mayoría de los estudios, o bien no hay diferencias entre homosexuales y heterosexuales o, si las hay, hay un gran solapamiento entre ambos grupos. (Por ejemplo, en el estudio de Gartrell et al. (1977) realizado con 21 mujeres homosexuales y 19 heterosexuales emparejadas por la edad, se observaron niveles más altos de testosterona en las homosexuales. Sin embargo, se daba un notable solapamiento entre ambos grupos: los valores del grupo heterosexual oscilaban entre 16 y 39 mgr. por 100 ml. y los del homosexual oscilaban entre 24 y 56 mgr. por 100 ml.).

Esta hormona está, además, muy influenciada por otros factores: frecuencia de la actividad sexual, ansiedad, ingesta de marihuana,

tabaco... Tal es el problema de interpretar estos resultados correlacionales que incluso podría considerarse dicho parámetro como un epifenómeno resultante (y no causante) de la orientación sexual: "...la respuesta endocrinológica *puede que refleje una respuesta a*, más que un estímulo para, la orientación homosexual" (Sadock, 1980 a, p. 1681).

Una metodología longitudinal seguramente nos ayudaría más para poder establecer algún tipo de posible relación causal efectiva entre factores biológicos y conducta homosexual. Entre los posibles predictores de la conducta homosexual adulta deberían incluirse no sólo los niveles de "esteroides sexuales circulantes que afecten al cerebro del feto" (Feldman, 1973), sino también la historia de reforzamientos, la experiencia del niño, et. (Feldman y MacCulloch, 1971, Feldman, 1973).

Teorías psicológicas.- Sin desprestigiar los posibles datos biológicos que puedan presentarse como codeterminantes de la homosexualidad, las teorías psicológicas plantean que ésta tiene como principales antecedentes causales factores de aprendizaje y/o del propio desarrollo psicológico (caso del psicoanálisis) de la persona.

Las teorías psicoanalíticas no se diferencian de las biológicas en su concepción de la homosexualidad. Como lúcidamente analiza Szasz (1980) se considera la homosexualidad como una "enfermedad"; una enfermedad si se quiere psicógena: un deterioro en la resolución del llamado "complejo de Edipo" (o "complejo de Electra" en la niña), llevaría al pequeño a "identificarse" con el progenitor del sexo opuesto y desarrollar así intereses homosexuales. En cualquier caso, la homosexualidad se debería a alguna *deformación* en el desarrollo ontogénico de la persona.

Pero al igual que la mayoría de las hipótesis psicoanalíticas, no ha podido demostrarse, ajustándonos a los presupuestos que utiliza cualquier ciencia positiva, esta supuesta relación causal (Eysenk y Wilson, 1981, Rachman, 1976). Como señala Green (1980) además de ser hipótesis no comprobadas (y seguramente no comprobables) empíricamente, los datos psicoanalíticos están extraídos de casos clínicos y estos imprimen un sesgo grave a cualquier afirmación o teoría al respecto. Este sesgo queda bien ilustrado por la relación que Freud estableció entre paranoia y homosexualidad, según la cual la paranoia no sería sino un intento de ocultar fuertes deseos homosexuales reprimidos. Esta relación general la estableció Freud a partir de un único caso clínico (el famoso señor Schreber) en el que, al parecer, el pa-

ciente era homosexual y con ideas paranoides. Sin embargo, esta relación no se confirma empíricamente: ni los esquizofrénicos tienen una historia previa de homosexualidad (Planasky y Johnston, 1962) ni los homosexuales manifiestan una actitud paranoide (Kendick y Clarke, 1967).

Los padres y madres de las mujeres heterosexuales no difieren estadísticamente, en características psicológicas, de los padres y madres de mujeres homosexuales (Grundlach y Riess, 1968). Asimismo, las relaciones padre-hijo no son peores en el grupo de hijos homosexuales no neuróticos que en el de heterosexuales no neuróticos (Siegelman, 1974 a). Sin embargo, entre los neuróticos de ambos grupos sí hay diferencias. Así pues, no parece que haya ninguna especial relación paterno-filial patológica o patologizante tal y como implícitamente plantea la teoría psicoanalítica.

Desde una perspectiva *conductual* se enfatizan los procesos de aprendizaje que se supone son los principales determinantes de la conducta homosexual. Según este punto de vista la conducta y/o orientación homosexual se aprenden según los mismos principios que el resto de las conductas que manifiesta una persona. No es por tanto algo patológico per se, independientemente de que pueda ser valorada así socialmente. Se ha demostrado que si se suministra a ratas macho un choque eléctrico contingente con los intentos de copular con hembras, se consigue que no hagan más intentos de acercamiento heterosexual (Rasmussem, 1955). En los seres humanos, la influencia de la primera experiencia sexual orgásmica "es crucial para el establecimiento de la dirección de la orientación sexual" (Feldman, 1973, p. 142).

Feldman y MacCulloch (1971) plantearon una detallada explicación de cómo podía desarrollarse la homosexualidad secundaria: en determinadas épocas —en especial en la adolescencia— (esto, en términos etológicos sería un "período crítico" para el desarrollo de la orientación sexual), es probable que acontezcan experiencias homosexuales positivas y experiencias heterosexuales negativas; en sujetos en los que haya una tendencia a "incubar" (recordar constantemente el suceso, culpabilización obsesiva, etc.) las experiencias negativas en general, es probable que llegue a producirse una reorientación homosexual. Así, una de las técnicas normalmente empleadas en la terapia comportamental de la

homosexualidad es la disminución de las conductas de evitación heterosexual (ej.: mediante "desensibilización sistemática", cfr. Stevenson y Wolpe, 1960, Wolpe, 1977).

Obviamente, en los seres humanos son determinantes los factores cognitivos (autoimagen, fantasías sexuales, procesos de atribución, el sentido de "autoeficacia" —cfr. Bandura, 1977—, etc.), para establecer o mantener una orientación sexual determinada (McGuire et al., 1965, Eysenck, 1968). Esta serie de factores cognitivos se ha instalado, a su vez, por procesos de reforzamiento, aprendizaje social, experiencias sociales, etc.

Insistiendo algo más en los procesos de aprendizaje, creemos junto con Bandura (1969), que la conducta homosexual puede ser en gran medida aprendida mediante procesos varios, observacionales. Ahora bien, los estudios existentes son retrospectivos y esto presenta serios problemas de cara a su posible validez. La influencia del tipo de educación recibida no está aún bien conocida (West, 1968). Una de las posibles evidencias de que la ausencia de modelos de comportamientos apropiados de los cuales poder aprender, puede ser importante para el desarrollo de la conducta homosexual, es el hecho de que hay más experiencias homosexuales en escolares internados que en escolares externos (en colegios mixtos o no) —Schofield, 1965 a—, aunque no se sabe si estas conductas se prolongan después de la adolescencia (los efectos deletéreos en el comportamiento sexual observables en animales criados en aislamiento (ej.: Snomi y Halow, 1977, con monos), en parte pueden explicarse por factores relacionados con el aprendizaje vicario).

No obstante, no hay datos fidedignos que confirmen empíricamente la existencia de alguna relación significativa entre determinados tipos de modelos parentales (por ejemplo, el ya tópico del padre "delegador" y la madre "absorbente") y la futura conducta sexual de los hijos (véase una revisión de estudios en Feldman, 1973); tampoco se sabe con certeza cómo afectan los problemas familiares a la futura orientación sexual. Broadhurst (1973) señala que en la historia de las mujeres homosexuales se aprecian más desajustes o problemas en el hogar (homosexuales en la familia, muerte de la madre, disputas...), que en la de las mujeres heterosexuales.

De momento, la hipótesis del aprendizaje psicosocial, es sólo una teoría razonable (que se apoya en un gran cuerpo de datos sobre el influjo de tales procesos de aprendizaje en otras conductas humanas), pero sin un apoyo empírico directo firme. Hay que señalar que, según Feldman y MacCulloch (1971) la homosexualidad primaria tendría

más relación con desequilibrios hormonales prenatales, mientras que la homosexualidad secundaria guardaría más relación con procesos de aprendizaje psicosociales.

La historia de aprendizaje del individuo creemos que es, a la postre, el factor crucial en la orientación sexual de las personas. Sabemos que el córtex tiene en los humanos una gran relación con estructuras inferiores, y seguramente el aprendizaje, las experiencias diversas, la autoimagen... se imponen a casi cualquier posible determinante biológico (algunos casos de alteraciones en la "identidad sexual", que exponemos más adelante, apoyan esta afirmación).

3.1.4.- *Características de personalidad.*— Muchos estudios referentes a las características psico(pato)lógicas de los homosexuales están hechos desde ámbitos clínicos y eso distorsiona totalmente los resultados.

En realidad la mayoría de los homosexuales no recaban ningún tipo de ayuda psiquiátrica (Saghir y Robins, 1973), ni tienen, como población, ningún perfil de personalidad patológica especial (Dean y Richardson, 1964, Fredman, 1968, Hopkins, 1969, Sigelman, 1972 a, b, 1974 a, b).

En términos generales, el comportamiento (sexual o no) de los homosexuales no difiere del de los heterosexuales; los homosexuales varones tienen relaciones menos estables que las de las mujeres homosexuales (Saghir, et al., 1969, Kenyon, 1968, a, b, c), pero más estables de lo que se pensaba (Green, 1981).

También empleando muestras *no clínicas*, no parece haber diferencias en la presencia de problemas psicopatológicos entre los homosexuales y los heterosexuales (Shagier y Robins, 1973; Bell y Weinger, 1978) (el estudio de Bell y Weinger (1978) contaba con 979 homosexuales varones y hembras, extraídos de organizaciones de homosexuales), a menos que se considere la homosexualidad como un problema psicopatológico por sí mismo, bien por el propio sujeto o por el clínico.

3.2. *Parafilias.*— Ajustándonos al criterio de la DSM-III de considerar como entidad aparte la homosexualidad (egodistónica), se puede considerar un grupo de variaciones sexuales que se adscriben al término de las "parafilias".

Según los criterios de la DSM-III (1980), se manifiesta una parafilia cuando se hacen *necesarios* para la excitación sexual actos o imaginaciones inusuales o extraños. Estos actos o imaginaciones tienden a ser insistente o involuntariamente repetitivos y, generalmente, implican:

- a) Preferencia por el empleo de objetos de excitación no humanos.
- b) Actividad sexual repetitiva con otro sujeto sin su consentimiento, o
- c) Actividad sexual repetitiva con otra persona, implicando sufrimiento o humillación reales o simulados.

Por otro lado estas conductas pueden *coexistir o no* con diversas alteraciones mentales (ej.: esquizofrenia), además, son conductas que necesariamente no suscitan —al menos de un modo manifiesto—, culpa, vergüenza, o depresión en las personas que las cometen. En sus casos más extremos pueden confundirse y/o presentarse asociadas a las psicosis (Meyer, 1980).

En todos los casos se desconocen cifras de prevalencia de tales conductas.

También en este tema, hay confrontaciones de distintas hipótesis etiológicas. Se aventuran hipótesis biológicas, psicoanalítica (“...la homosexualidad, al igual que las parafilias, es un defecto del desarrollo evolutivo, ni más ni menos”, Meyer, 1980) y conductuales, como veremos en algunos casos.

3.2.1.- *Exhibicionismo*.- El exhibicionismo consiste en la exposición de los genitales a alguien del sexo opuesto (con intención de escandalizar, autoexcitarse, llegar al orgasmo, confundir...), fuera del contexto del acto sexual (Rosen, 1964). Se cree que es la parafilia más frecuente (1/3 del total de todos estos tipos de comportamiento), aunque las estadísticas no son muy fiables pues provienen de aquellos sujetos que están procesados por delitos sexuales.

Esta conducta es casi exclusiva de los hombres; en algunas sociedades no occidentales puede observarse en mujeres, pero, en estos casos tiene un sentido casi universal de gesto de burla (Eib-Eibesfeldt, 1977). Casi siempre la víctima es anónima y no parece tener una edad concreta (Feldman, 1973). Como señala Feldman, debería investigarse el posible carácter del acto exhibicionista como conducta agresiva.

Siempre según datos extraídos de casos penitenciarios, Mohr et al. (1964) observaron que el máximo de incidencia se apreciaba entre los 20 y 30 años de edad.

3.2.2.- *Travestismo*.- El travestismo consiste en obtener activación sexual o placer general que puede o no conducir al orgasmo, a través de ponerse prendas femeninas (sólo hay un caso de travestismo femenino en la literatura: Gutheil, 1964). Habitualmente comienza en la adolescencia. La mayoría están casados y su papel y orientación es completa-

mente heterosexual en la mayor parte de los casos (Prince y Bentler, 1972). El travestismo puede considerarse un tipo peculiar de *fetichismo*.

Es una conducta normalmente privada; cuanto más pública sea y menos “pudor” tenga el sujeto en exhibirse “como mujer”, es más improbable el éxito terapéutico (Gelder y Manks, 1969).

Se discute la causa de este comportamiento. Dentro de las hipótesis organicistas cabe considerar el hallazgo de Wahinder (1965) de que el 40% de sus 26 sujetos travestistas presentaban un EEG anormal (en algún —o ambos— lóbulo temporal). Existen, sin embargo, otras hipótesis etiológicas que revisaremos a continuación en el apartado del “fetichismo”.

3.2.3.- *Fetichismo*.- Cuando la activación sexual se consigue a través de un objeto, sustituyendo éste a una persona hablamos de “fetichismo”.

Hay una enorme variedad de estímulos fetiches, aunque lo más frecuente es que sean zapatos o botas. La conducta sexual más habitual en estos casos es la masturbación ante el estímulo fetiche. También es casi exclusivo de los hombres (Socarides, 1963) y suele comenzar en la adolescencia.

Para el psicoanálisis el fetichismo es un medio adoptado por el individuo para imponerse a la “angustia de castración”: no hay ninguna persona presente que pueda suponer una amenaza para él. Por otro lado, parece existir alguna correlación entre algunos tipos de disfunción cerebral y fetichismo (Epstein, 1960, Ball, 1968). Kolansky et al. (1967) comprobaron que en 86 epilépticos varones, 19 presentaban algún tipo de desviación psicosexual, en especial si la lesión apareció tempranamente y en el lóbulo temporal.

Se han ofrecido explicaciones dentro del marco del condicionamiento clásico. Rachman (1966) consiguió condicionar en tres casos respuestas de erección ante “botas de diversos tipos” (EC) que precedían la presentación de la iconografía sexual apropiada (EI). Demostró, además, la existencia de un proceso normal de extinción y de generalización (algunos tipos de zapatos también llegaban a suscitar la RC). Rachman y Hodgson (1968) demostraron que, como es habitual en el condicionamiento clásico, el procedimiento de condicionamiento hacia atrás no era efectivo. Aunque ofrece una explicación apoyada en datos experimentales, queda sin resolver por qué se presentan tan pocos casos de fetichismo dado que sin duda alguna existen cotidianamente

muchos estímulos (perfumes, vestidos...) que podrían convertirse en EC a pesar de lo cual esto no ocurre. Sabemos que el "condicionamiento supersticioso" no es frecuente —véase la polémica entre McReynolds (1980) y Maier (1980)— y por tanto factores como "...la intensidad del EC, del EI, o el estado de *drive* del organismo, pueden ser de capital importancia" (Feldman, 1973, p. 144).

3.2.4.- *Paidofilia*.- La paidofilia consiste en el empleo de niños como estímulos para la activación sexual, se tenga o no contacto sexual con ellos. La paidofilia no siempre tuvo connotaciones sociales negativas: en la Grecia clásica era algo deseable socialmente pues era privilegio de ciertas personas (no obstante, el trato con niños o adolescentes no era sólo sexual sino que tenía una función de protección y aculturación).

Por las muestras disponibles —sujetos sometidos a tratamiento psiquiátrico (Mohr et al., 1964) o en prisión (Schofield, 1965 b)— se cree que el objeto sexual preferido, son niños en la prepubertad o en la pubertad.

Aunque habitualmente los paidofílicos son sujetos casados, se observa una señalada ausencia de contactos heterosexuales con sus respectivas esposas (Feldman y McCulloch, 1971). Las tasas de paidofilia homosexual no difieren de las de paidofilia heterosexual (de Francis, 1969), por lo que parece que los homosexuales no manifiestan una tasa diferente en este tipo de comportamientos respecto a los heterosexuales. Según Mohr et al. (1964) en los niños víctimas de estos abusos no se derivan posteriormente la aparición de psicopatologías sexuales. Sin embargo, sí pueden manifestarse a veces algunos signos patológicos consecuentes de diversa naturaleza (Polaino-Lorente, 1978).

3.2.5.- *Sadomasoquismo sexual*.- En raras ocasiones acontece que la activación sexual vaya indisolublemente ligada al hecho de infligirse daños físicos a uno mismo (masoquismo sexual) o a otros —normalmente la compañera— (sadismo sexual).

El origen de estas conductas es enigmática (en el caso del masoquismo estamos ante una conducta que viola todo principio biológico) aunque Wolpe (1977) supone que puede haberse establecido un aprendizaje evolutivo (según el condicionamiento clásico o el operante) —véase también Yates (1973)—.

Es frecuente que el ritual masoquista incluya aspectos fetichistas (la consabida parafernalia castigadora) y travestista (Delclaux y Gutiérrez, 1980).

3.2.6.- *Otras parafilias*.- Junto a esta serie de conductas existen otras más: *voyeurismo* (activación sexual a partir de contemplar actividades sexuales en otros), *zoofilia* (actividades sexuales con animales; es frecuente —cfr. Kinsey et al., 1947— en medios rurales), *uretrismo* (activación sexual mediante la estimulación con objetos de la uretra), *coprofilia* y *uroloquia* (placer sexual asociado con la manipulación y actividades de heces fecales), *necrofilia* (actividad sexual con cadáveres; extremadamente infrecuente y asociada a procesos psicóticos...).

Junto a estas parafilias, creemos que pueden incluirse al menos otros dos tipos de especial importancia —la violación y el incesto—. Aunque en la DSM-III no se consideran directamente, pensamos que sí se ajustan perfectamente a los criterios impuestos por tal clasificación.

3.2.7.- *Violación*.- Tanto este tema como el del incesto —además de los problemas de la infertilidad, la esterilización y el matrimonio no consumado— ha sido tratado en extenso por Sadock (1980 b).

Legalmente sólo se considera violación a aquellas situaciones en las que la víctima no es la propia esposa y hay una posesión real, (se estima que en USA el "abuso de la esposa" se produce cotidianamente entre 3 y 6 millones de hogares, no dependiendo de las religiones, raza, o nivel socioeconómico, aunque sí de la drogadicción (en especial el alcoholismo) (Sadock, 1980 b). Estos son criterios claramente restrictivos.

En la violación se aúna un acto sexual junto a una acción de humillación y violencia. Esta agresión es lo más característico del acto (Sadock, 1980 b; Groth et al. 1977; Lowenstein, 1977). Algo que ilustra este aspecto es, como señala Sadock, el enorme número de violaciones llevadas a cabo por los soldados sobre las mujeres del país enemigo.

Normalmente el violador tiene antecedentes penales (en un 70% de los casos) y son menores de 25 años. Las denuncias de violaciones se cree que sólo se producen en 1/4 ó 1/10 de las ocasiones. Asimismo, el violador y la víctima se conocían en un 50% de los casos (estando en un 7% de los casos estrechamente vinculados) Sadock, 1980 b.

Se cree que sólo en un 4,4% de los casos hubo una "incitación" previa de la víctima (Mulvihill, 1969), aunque sin embargo el mito de la "provocación de la víctima" está muy asentado socialmente. Siguiendo a Sadock, quizás esto se debe a que así se intenta restringir las actividades de las mujeres (Brownmiller, 1975, French, 1977).

Los efectos psicológicos en la víctima (sensación de pérdida de control sobre sus vidas, miedo a estar solas, insomnios..., e incluso fobias sexuales o vaginismo) suelen durar un año o más, aunque "las manifestaciones y el grado del daño dependen de la violencia del ataque, la vulnerabilidad de la mujer, y los sistemas de apoyo ejercitados por ella inmediatamente después de la agresión (Sadock, 1980 b. p. 1804).

3.2.8.- *Incesto*.- Debe considerarse incesto el contacto físico íntimo deseado y consciente (al menos por uno de los implicados) entre individuos no sólo relacionados consanguineamente, sino entre aquellos que estén relacionados por algún parentesco (asumido o ficticio), que culturalmente se considere una barrera para las relaciones sexuales (p. ej.: hermanastros, padrastro e hija, etc.).

El incesto más universalmente tabú es el de las relaciones madre-hijo, siendo el más común el que se da entre padre-hija. El incesto depende de factores como el hacinamiento, ingesta de alcohol, bajo nivel socioeconómico... Es más frecuente de lo que se creía: según Browning y Boatman (1977) suponía el 3,8% de los nuevos casos en una clínica psiquiátrica infantil. Según Henderson (1976), las consecuencias para la víctima son el desarrollo de depresiones, frigidez y promiscuidad.

4. ALTERACIONES DE LA IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual es el sentimiento de "masculinidad" o "femenidad" que tiene una persona. La convicción sobre la pertenencia a uno u otro género, emerge a partir de multitud de intrincados caminos a lo largo del propio desarrollo.

La identidad sexual es el hilo conductor de muchos problemas psicosexuales. En efecto, la autoimagen, el propio concepto sobre la integridad sexual —"ser suficientemente hombre/o mujer"— o la adscripción total a uno u otro sexo, esto es, preguntarse si se es hombre (o mujer) o no, es nuclear en graves problemas psicológicos.

Aquí nos centraremos en los casos más extremos, sin olvidar el tortuoso y problemático camino que puede suponer la sedimentación (desde los primeros años —o meses— de vida (cfr. Mussen et al., 1977) de una identidad sexual más o menos sin fisuras.

Como señalamos al comienzo del capítulo, la "identidad sexual" puede considerarse como el nivel de integración en el que definitivamente confluyen todos los demás "sexos" (anatómico, gonadal, de educación o asignación, genético...) (el lector interesado en los aspectos

neuroendocrinos y biológicos, en general no determinantes de la identidad sexual, puede consultar Thompson (1977); Sadock (1980 a); Freedman et al. (1976) y Stoller (1980), entre otros).

La identidad sexual no es algo sobreañadido a la persona, sino que es una *adquisición* progresiva que, a su vez, se convierte en factor de cambio y determinante de la conducta, como cualquier otra característica psicológica profunda.

Money y Ehrhardt (1972) esquematizaban así (véase figura 1) el surgimiento de la identidad sexual.

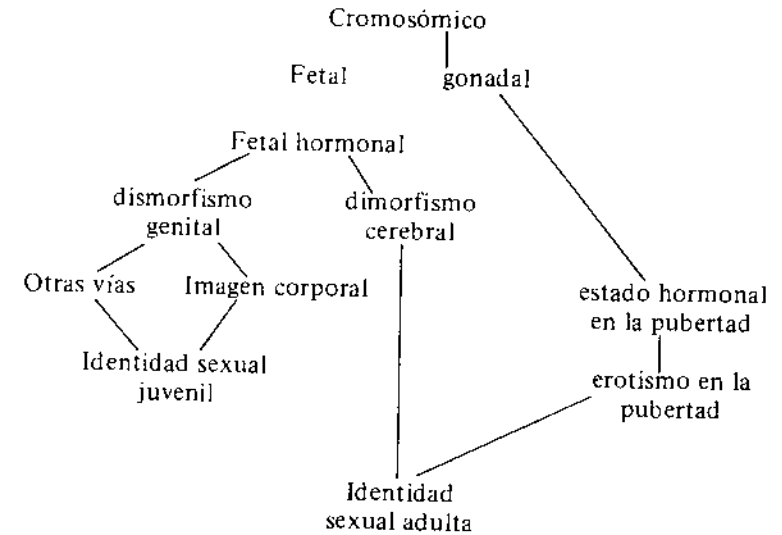


Figura 1. Esquema de los elementos que cronológicamente intervienen en la diferenciación de la identidad sexual (de Money y Ehrhardt, 1972).

Muchos de los factores de este esquema tendrían varios antecedentes (p. ej.: importantes elementos causales pueden ser procesos de condicionamiento clásico y operante, experiencias de *imprinting* —cfr. Stoller, 1980—, etc.).

Alteraciones de la identidad sexual.- La característica esencial de estas alteraciones es la existencia de una incongruencia entre el sexo anatómico y el sexo con el que la persona se identifica. Esta incongruencia es profunda y no consiste sólo en el fenómeno habitual de

sentir que no se cumple adecuadamente con las expectativas ligadas al papel sexual que se espera que cumplamos.

En todos los casos, se produce una tasa mucho mayor de alteraciones en los hombres que en las mujeres. Realmente no se sabe a qué puede deberse esto; quizás el proceso de identificación del niño sea más costoso pues debe identificarse con personas del sexo opuesto al de la persona con quien primariamente se identifica, es decir, la madre. Como señala Stoller (1980) quizás pueda hablarse de una "protofeminidad" o, en otras palabras, que todos los seres humanos hemos tenido —por simples cuestiones de crianza— una primera y fuerte vinculación con una mujer: la madre (resulta curioso comprobar que esta "protofeminidad" sí existe al menos biológicamente: hasta la 12 semana el feto es más bien indiferenciado, aunque conlleva las características anatómicas propias del sexo femenino (Van Wik y Grimbach, 1968; Sherfey, 1972; Money y Ehrhardt, 1972; Thompson, 1977 y Sadock, 1980 a). En palabras de Money (1965): "...sin andrógeno, el impulso primordial de la naturaleza es el de hacer una hembra —al menos morfológicamente hablando—".

Se podría pensar que a pesar del duro proceso que se supone que es la adquisición de la identidad masculina, los beneficios reportados por la asunción del papel sexual masculino recompensan tales esfuerzos; de otro modo, no se explicarían fenómenos como el del "machismo".

1. *Alteración de la identidad sexual en la infancia.*— En determinados niños (o niñas) se produce una profunda alteración del sentimiento de masculinidad o feminidad que les sería propio. Esta alteración es algo mucho más radical que el rechazo de algunos papeles estereotipados sexuales (ej.: llevar faldas).

Estos niños se sienten completamente identificados psicológicamente con el sexo opuesto. En general niegan sentirse afectados por esta alteración, excepto por cuanto les pueda acarrear problemas con su familia o sus compañeros. No se conoce la prevalencia de esta alteración, ni si se da más en niños que en niñas.

Algunos casos aislados pueden desembocar posteriormente en la transexualidad (DSM-III, 1980, Green).

2. *Transexualismo.*— Cuando una persona adulta con un fenotipo y genotipo sexual normales cree que pertenece psicológicamente al otro sexo y *desea cambiar* de sexo, hablamos de transexualismo.

Bastantes de ellas son personas normales, sin problemas psicopatológicos (ej.: esquizofrenia); si esta convicción se da en cuadros

psicóticos, el diagnóstico será el de psicosis y no el de transexualismo.

Su inicio, como tal alteración de la identidad, acontece normalmente en la última etapa de la adolescencia o en la primera de la edad adulta. Los transexuales no se consideran a sí mismos homosexuales sino que tienen la plena convicción de que "en realidad" pertenecen al sexo opuesto, siendo absoluta su identificación. Los travestis, por el contrario, tienen una orientación heterosexual y no desean que se les considere como pertenecientes al sexo opuesto; por otro lado, muy pocos travestis devienen transexuales (Kockott, 1970).

Además de la convicción obsesiva de pertenecer al otro sexo, no es infrecuente que manifiesten ilusiones cenestésicas (creen por ejemplo, haber advertido cambios corporales conducentes a la transformación en el sexo opuesto) —cfr. Kockott, (1970)—, aunque tales ilusiones desaparecen cuando se efectúa la transformación quirúrgica deseada. Se cree que la proporción de hombres transexuales frente a mujeres transexuales es de 2 a 1 ó de 9 a 1 (no hay concordancia entre diferentes estadísticas). Por otro lado, como habitualmente se supone, el número de casos no es tan pequeño (Benjamín, 1967, Hamburger, 1953).

Aunque no pueden ser llamados con propiedad "homosexuales", Money (1969) observó que de 20 transexuales varones operados, 11 se casaron con un hombre (no homosexual ni transexual) —véase Sarason y Sarason (1980)—, y 9 encontraron su pareja en una mujer (*sic*).

En estas personas no se ha hallado ningún tipo de alteración en ningún parámetro biológico. Esto viene a confirmar cómo seguramente prácticas de crianza, formación de la autoimagen, experiencias de aprendizaje, etc., son normalmente el determinante principal, con mucho, de la orientación sexual. Esta afirmación viene avalada, además, por lo que se observa en los problemas de intersexualidad que trataremos a continuación.

3. *Intersexualidad.*— En este caso se trata de personas que tienen algunas características anatómicas o fisiológicas del sexo opuesto; es decir, en ellas coexisten órganos masculinos con órganos femeninos. La alteración puede presentarse en los cromosomas (ej.: XXY, ó XO), en los genitales externos (ej. pseudohermafroditismo), en los órganos sexuales internos, etc. (el lector interesado por los diversos cuadros —síndrome de Turner (XO), síndrome de Klinefelter (XXY), síndrome androgenital, pseudohermafroditismo, síndrome de insensibilidad andrógena, etc.—, puede consultar el condensado trabajo de Stoller (1980).

La consecuencia teórica más importante de estos cuadros, en los que pueden aparecer graves alteraciones de la identidad sexual (Money y Ehrhardt, 1972), es que la identidad sexual que asumen estos sujetos es aquella que les fue asignada y en la que se les ha educado (Ellis, 1945; Money y Hampson, 1975; Money, 1969 y Stoller, 1980). Así, por ejemplo, Money y Hampson comprobaron que a los 2-3 años de edad, estos niños presentaban un tipo marcado de comportamiento según el papel sexual propio; este papel sexual (masculino o femenino) dependía de la asignación sexual que se le hubiese hecho al niño al nacer (en función, claro está, de la apariencia sexual que presentaba).

5. DISFUNCIONES SEXUALES

Mientras que en las "variaciones sexuales" no se considera que haya una alteración en la respuesta (fisiológica y subjetiva) sexual —aunque pueda haberla—, bajo el término de "disfunciones sexuales" se adscriben las alteraciones existentes en cualesquiera de las fases de la respuesta sexual (véase el apartado segundo de este capítulo).

Las causas de tales disfunciones son orgánicas sólo en un 5-10% de los casos (Master y Johnson, 1977, Kaplan, 1978 y Dickes, 1980).

La característica esencial de tales disfunciones es la inhibición de alguna de las fases de la respuesta sexual completa normal. El comportamiento sexual, y la respuesta sexual en concreto, es muy frágil ante situaciones de ansiedad —de hecho, la ansiedad supone una activación del SNA, y esto en buena medida es incompatible con el desarrollo de respuestas sexuales esenciales (erección y lubricación vaginal), cfr. Kaplan (1978); Wolpe (1977), Delclaux y Gutiérrez (1980)— y, esta, a su vez, se origina por muchos factores (temores y prejuicios sexuales, falta de comunicación, problemas laborales, inseguridades sobre la propia capacidad sexual, etc.). No se conocen con exactitud los diversos índices de prevalencia, pero en sus formas menos graves son muy comunes.

Levine (1976) halló, en una consulta ginecológica, que el 17% de las mujeres decían presentar algún tipo de disfunción sexual. En datos semejantes a los ofrecidos por Masters y Johnson (1978), Frank et al. (1978) hallaron que, en matrimonios relativamente felices y bien acoplados, el 40% de los hombres y el 60% de las mujeres, presentaba algún tipo de disfunción sexual, (según datos suministrados por Baca en la jornada sobre "La sexualidad masculina en crisis", Madrid, CSIC, Abril, 1982) entre 1974 y 1977 se atendieron 470 pacientes de ambos sexos en la consulta de sexología de la ciudad sanitaria de la Paz de Madrid, lo que representó el 7,5 % del total de consulta psiquiátrica.

Los porcentajes de disfunciones diagnosticados fueron semejantes a los del extranjero, siendo el 69% de las pacientes mujeres y el 31% hombres).

Aunque no seguiremos puntualmente la clasificación de Master y Johnson (1977), la exponemos esquemáticamente pues relaciona las 4 fases de la respuesta sexual con las disfunciones sexuales observables tanto en el hombre como en la mujer:

FASE	VARONES	MUJERES
Excitación	Impotencia	Vaginismo Falta de activación sexual (frigidez)
Plataforma	Eyaculación precoz	
Orgasmo	Dificultad de eyaculación	Anorgasmia

Figura 2.- Disfunciones sexuales propias de las diversas fases de la respuesta sexual, según Masters y Johnson.

En el anterior esquema no se consideran algunos aspectos previos a la fase de excitación, estos aspectos apetitivos se recogen en la DSM-III bajo la denominación de "*deseo sexual inhibido*"; esta falta de interés sexual ha de ser evaluada teniendo en cuenta factores como la edad, hábitos sexuales, ocupación, posibles enfermedades, etc.

Edward y Booth (1976) hallaron cifras relativamente altas de tal inapetencia en parejas relativamente jóvenes: 1/3 del total no mantenían contacto sexual durante periodos de unas 8 semanas por término medio. En mujeres de un nivel socioeconómico alto que se sometieron voluntariamente al estudio, Frank et al. (1978) descubrieron que el 2% nunca mantenían contacto sexual con sus maridos y el 8% lo hacían menos de una vez al mes. Algunos dudan que estas cifras sobre la frecuencia del coito tengan un peso crucial como traductoras del éxito y felicidad conyugales (Wallin y Clark, 1963), pero es bastante probable que reflejen y a la vez encapsulen situaciones de falta de comunicación en otros niveles, (ha habido algunas hipótesis (German, 1968, Welch, 1968, Hertig, 1967) —véase Broadhurst, 1973— que han relacionado una baja esporádica frecuencia de relaciones conyugales con una mayor incidencia de malformaciones congénitas y síndrome de Down).

Además de esta disfunción, que es difícil de evaluar (Udry y Morris, 1968) y se caracteriza fundamentalmente por síntomas subjetivos, en el resto de las disfunciones los síntomas subjetivos se acompañan de síntomas físicos manifiestos simultáneamente.

A) *Disfunciones sexuales en el hombre*

1.- *Excitación sexual inhibida.*- Este término se ha elegido en la DSM-III en sustitución del más peyorativo de "impotencia". Consiste en una disminución (o ausencia) de erección o una dificultad para que sea ésta mantenida suficientemente. Es progresiva con la edad (Kinsey et al., 1947; Verwoedt et al. (1968) y Pfeiffer et al. (1972) han encontrado una incidencia progresiva de impotencia según la edad que va del 20% a los 60 años al 75% de los sujetos de 80 años de edad, siendo del 27% y 55% la incidencia hallada en varones de 70 y 75 años, respectivamente).

La impotencia crónica es muy rara —según Nadelson (1978) en un 1% de sujetos menores de 35 años— y normalmente es debida a problemas psicológicos o endocrinos graves; por contra, la impotencia transitoria (o secundaria) es muy frecuente: aproximadamente es experimentada alguna vez por el 50% de la población masculina (Delclaux y Gutiérrez, 1980). Normalmente está causada por algún problema de ansiedad pero, a la vez, es una experiencia que genera una gran ansiedad en los hombres por lo que el problema se retroalimenta. Aunque los problemas orgánicos no suelen ser su origen hay que descartarlos mediante un *buen diagnóstico diferencial* (Levine, 1976) empleando, incluso, medidas de tumescencia del pene en fases REM (Karacan et al., 1975).

En la serie de parejas casadas analizadas por Frank et al. (1978), el 7% de los hombres decían tener dificultades en lograr erección y el 9% en mantenerla.

En los casos de impotencia se observa en 2/3 de los sujetos síntomas manifiestos de ansiedad (angustia al fracaso, miedo al embarazo...), los criterios sociales de "eficacia" se han trasladado a las relaciones sexuales y en los hombres se crea una auténtica angustia por el rendimiento (fomentado en parte por lecturas, medios de comunicación...). Este es uno de los puntos que antes se intenta abordar en la gran mayoría de las terapias sexuales (Master y Johnson, 1977, 1978, O'Learly y Wilson, 1975, Kaplan, 1978). Por otro lado, el papel sexual más activo y con más iniciativa que la mujer va adoptando progresivamente es causa de muchos problemas de ansiedad en el hombre.

Respecto al diagnóstico diferencial de la impotencia orgánica frente a la funcional (o psicógena), cabe decir que algunas enfermedades neurológicas (ej.: espina bífida, esclerosis múltiple, lesiones en el lóbulo temporal...) vasculares (ej.: una simple arteritis), hormonales (ej.: hipogonadismo, tumores testiculares, el hipo e hipertiroidismo, la diabetes mellitus...) y el uso y abuso de drogas (alcohol, heroína, cocaína, anfetaminas, metadona, antidepresivos, barbitúricos, ansiolíticos, antihipertensivos...) pueden dar cuenta de un estado (o una fase) de impotencia.

La impotencia funcional es, por el contrario, más episódica y situativa, es decir, menos intensa y generalizada. El empleo de psicofármacos (ej.: ansiolíticos) no suele tener los efectos deseados e incluso puede, como ha quedado señalado anteriormente, empeorar el problema.

Como pruebas específicas de diagnóstico diferencial pueden incluirse, además la historia clínica y biográfica del sujeto, la curva de glucemia, la determinación sérica de testoterona, y prolactina, el ciclo de tumescencia-detumescencia peneana nocturna, y algunas pruebas funcionales (ej. cavernosograma, cistometrograma, etc.).

2. *Orgasmo inhibido.*- Consiste en la demora (e incluso ausencia) recurrente de eyaculación, tras un periodo suficiente y adecuado de excitación sexual. La erección es normal en estos sujetos. De los sujetos del estudio de Frank et al. (1978) sólo el 4% manifestaba tener demora, y ninguno dijo ser incapaz de eyacular. En los hombres con disfunciones psicosexuales, esta disfunción supone un 3-4% del total de las mismas (Johnson, 1968, Master y Johnson, 1978).

Es una de las disfunciones en las que se alcanza un mayor éxito terapéutico.

Como factores específicos etiológicos, son muy frecuentes el haber tenido unas primeras experiencias traumáticas (McGuire et al., 1965) o haber tenido una educación sexual defectuosa y muy estricta, así como el tener disputas conyugales frecuentes (Small y Small, 1980). Es una disfunción típica debida al hipercontrol, a la auto-observación y a la ansiedad vinculada a la ignorancia.

Nos parece interesante resltar la observación de Groth y Burgess (1977) de que en 1/3 de los casos de violación, los sujetos manifestaban diversas disfunciones sexuales (problemas de erección o de eyaculación). No obstante, esto puede que no resulte muy extraño dados los elementos de ansiedad que se introducen en esta situación sexual tan atípica.

3. *Eyacuación precoz*.- La eyacuación precoz es una disfunción más frecuente que la anterior. Se diagnostica, en general, cuando la eyacuación no se controla, adelantándose antes de tiempo y en completa asincronía con la otra persona (aunque se desconoce todo tipo de datos sobre un problema similar en la mujer, McGuire y Wager (1979) proponen -cfr. Small y Samll, 1980- que algo parecido puede observarse en algunas mujeres maltratadas sexualmente en la niñez).

Se suele emplear el diagnóstico operativo -aunque arbitrario- de Master y Johnson: se diagnostica si el sujeto alcanza el orgasmo antes que su mujer en un 50% o más de las ocasiones; la ventaja de este criterio es que se considera la experiencia sexual como algo mutuo de la pareja, es decir, puede que la queja provenga de la compañera más que del sujeto, pero esta es también la mayor desventaja del criterio, pues puede que sea la compañera la que presente una disfunción y no el sujeto.

Según Kinsey et al. (1948), éste es un síntoma normal en los *filiums* elevados. La causa suele ser sin embargo, psicológica en la mayoría de los casos (según Nadelson, 1978, en un 85% de los pacientes).

B) *Disfunciones sexuales en la mujer*

1. *Excitación sexual inhibida*.- Con este término se designa la llamada "frigidéz" que, como el de impotencia" se han sustituido, al menos formalmente, por las características peyorativas que comportaban.

Los grados de esta disfunción pueden ser muy diversos: desde aquellas mujeres para quienes el coito es algo culpabilizador y torturante hasta aquellas otras para quienes es algo agradable pero no logran alcanzar el orgasmo. Normalmente se acompaña tal falta de excitación de una ausencia de las normales respuestas de lubricación y vasocongestión.

Es una disfunción muy frecuente. En la muestra de Frank et al. (1978) el 33% de las mujeres decían tener dificultad en mantener o lograr la excitación sexual. Las causas pueden ser muy diversas; aunque deben excluirse problemas orgánicos -quizás, en un futuro, con medidas de volumen sanguíneo y pulso vaginal en REM (Heiman 1976, pueden evaluarse con más precisión los correlatos psicofisiológicos-, los principales factores etiológicos son los educacionales (expectativas traumáticas, desconocimiento, deseo de mostrar una determinada imagen, vergüenza...), en muchos casos, la principal causa está en aquellos casos en los que el compañero sólo busca el propio e inmediato placer en la relación sexual.

Como en el caso del hombre, también puede generarse ansiedad que retroalimenta y perpetúa el problema.

2. *Orgasmo inhibido*.- Definible como "la inhibición recurrente y persistente del orgasmo femenino, manifestada por una demora o ausencia del orgasmo después de una *fase de excitación normal*, que el clínico juzgue que es adecuada en foco, intensidad y duración", (Small y Small, 1980, p. 1785). Es muy frecuente que la disfunción sea situacional, es decir, que se dé preferentemente en el coito pero no en otras situaciones (cfr. Kaplan, Kinsey, Johnson y Masters...).

En la muestra de Franks et al. (1978), un 46% de las mujeres tenían dificultad en llegar al orgasmo y, en un 15% decían ser incapaces de alcanzarlo.

Según Smith y Meyer (1978) es 4 veces más frecuente que otros problemas psicosexuales. El problema lo observaron Wallin y Clark (1963), en el 17% de 417 mujeres, aunque las estadísticas son muy dispares (Moulton, 1966).

3. *Vaginismo*.- Por "vaginismo funcional" se entiende la aparición recurrente de un espasmo muscular del tercio exterior de la vagina que obstaculiza la actividad sexual, sin que haya ninguna lesión o problema orgánico capaz de justificarlo.

Quizás pueda considerarse como una respuesta condicionada refleja. No es muy frecuente. Las respuestas eróticas y las fases de la respuesta sexual no están afectadas, pero el coito sexual completo se hace muy difícil o imposible. Es un problema de aparición en el 8,5% de las 342 mujeres de una muestra de pacientes de Master y Johnson (1978).

4. *Dispareunia*.- La dispareunia consiste en el dolor genital durante el coito bien sea en la mujer (mucho más frecuente) o en el hombre (Small y Small, 1980). Puede asociarse, aunque no necesariamente, a una falta de lubricación vaginal o a una reacción de vaginismo.

Según Batts (1978) está presente en un 10% de las pacientes ginecológicas y parece aumentar con la edad (Master y Johnson, 1978). Es la disfunción sexual que tiene más probabilidades de tener algún factor orgánico subyacente: en el 30-40% de las pacientes se aprecia algún tipo de patología pélvica (Fordney, 1978).

6. TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES PSICOSEXUALES

En un campo donde los problemas son tan diversos y, cada uno de ellos tan complejo, el arsenal terapéutico es muy amplio. Desde una

BIBLIOGRAFIA:

- ANNON, J.S.: *The Behavioral treatment of sexual problems intensive therapy*, Enabling Systems, 1976.
- BAKAL, D.: *Psychology and Medicine*, London, Tavistock, 1979.
- BALL, J.R.: A case of hair fetichism, Transvestism and organic cerebral disorder, *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44, 249-259.
- BANDURA, A.: *Principles of Behavior Modification*, NY, Holt, 1969.
- BANDURA, A.: Self-efficacy: Toward a Unifying theory of Behavioral change, *Psycho. Rev.*, 1977, 84, 191-215.
- BARTOLOME, et al.: *La práctica de la Terapia de Conducta*, Madrid, Pablo del rio, 1979.
- BATTS, J.A.: Deep thrust dyspareunia, *Med. Asp. Hum. Sex.*, 1978, 12, 107.
- BELL, A. et al.: *Homosexualities*, NY, Simon and Schuster, 1978.
- BELL, A. et al.: *Homosexualidades-Informe Kinsey*, Madrid, Debate, 1979.
- BENJAMIN, H.: Transvestism and trans-sexualism, *Int. J. Sexol.*, 1935, 7, 12-14.
- BENJAMIN, H.: Transsexualism, *Trans. Y. Y. Acad. Sci.*, 1967, 29, 428-433.
- BOLK, L.: *La humanización del hombre*, Madrid, Ed. Revista de Occidente, 1950.
- BRADY, J.P.: Behavior therapy and sex therapy, *Am. J. Psychi.* 1976, 133, 896.
- BRANCROFT, J.H.J. et al.: A simple transducer for measuring penile erections, with comments on its use in the treatment of sexual disorders. *Behav. Res. Ther.*, 1966, 4, 239-241.
- BROADHURST, A.: Abnormal sexual behavior: Females. En Eysenck, H. J. (ed.) *Abnormal psychology*, San Diego, California, Pittman, 1973.
- BROWNMILLER, S.: *Against our will: men, women, and rape*, NY. Simon and Schuster, 1975.
- BROWNING, D. et al.: Incest: Children at risk, *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134, 69.
- CLARKE, R.G.V.: The slater selective vocabulary. Test and Male homosexuality. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1965, 38, 339-341.
- COSTA, M.: Tratamiento conductual de la homosexualidad. *Rev. Psi. Gen. Apli.*, 1980, 35, 2, 287-299.
- DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.), Washington, The American Psychiatric Association, 1980.
- DELCLAUX, I. et al.: Sexualidad normal y patológica. En J.L.G. de Rivera, A. Vela y J. Arana (Eds.): *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Karpos, 1980.

- DICKES, R.: *Surgery, Medicine, Drugs and Sexuality and the phisician's role in sex education* (en Kaplan et al., 1980, op. cit.).
- DOERR, D. et al.: Plasma testosterone, Estradiol, and semen analysis in male homosexuals, *Arch. Gen. Psych.*, 1973, 29, 829.
- EDWARDS, J.N. et al.: The cessation of marital intercourse, *Am. J. Psychiat.*, 1976, 133, 1333.
- EIB-EIBESFELDT, I.: *Etología. Introducción al estudio comparado del comportamiento*. Omega, Barcelona, 1974, 230-258.
- EIB-EIBESFELDT, I.: *El hombre preprogramado*, Madrid, Alianza, 1977.
- EISINGER, A. et al.: Female homosexuality, *Nature*, 1972, 238, 106.
- ELLIS, A.: The sexual psychology of human hermaphrodites, *Psychosom. Med.*, 1945, 20, 58-60.
- EMERY, A.E. et al.: The treatment by aversion therapy of an identical twin discordant for homosexuality. Unpublished Manuscrip, Univ. of Edingburg., 1970.
- EPSTEIN, A.W.: Fetichism: a study of its psychopathology with particular reference to a proposed disorder in Brain mechanisms as an etiological factor, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1960, 130, 107-120.
- EYSENCK, H.J. et al.: *El estudio experimental de las teorías freudianas*, Madrid, Alianza, 1980.
- FELDMAN, M.P. et al.: The aversion therapy treatment of a heterogeneous group fo five cases of sexual deviation. *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44, 113-124.
- FELDMAN, P.: Abnormal sexual behaviour: Males. En Eysenck, H. J. (Ed.): *Abnormal Psychology*, San Diego, California, Pittman, 1975.
- FORD, C.S. et al.: *Patterns of sexual behavior*, NY. Harper, 1952.
- FORDNEY, D.S.: Dyspareunia and vaginismus, *Clin Obste. Gyn.*, 1978 21, 205.
- FRANCIS, V. de: *Protecting the child victim of sex crimes committed by adults*, Denver, Am. Humane Ass., 1969.
- FRANK, E. et al.: Frecuency of sexual dysfunction in "normal" couples, *N. Engl. J. Med.*, 1978, 299, 111.
- FREEDMAN, M.: Homosexuality among women and psychological adjustment, *Case Western. Res. Univ. Dis. Abstr.*, 1968, 28.
- FREEDMAN, M. et al.: *Compendio de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1976.
- FRENCH, M.: *The Women's room*. NY, Summit, Books, 1977.
- FREUND, K.: A laboratory method for diagnosing predominance of homo-or heteroerotic interest in the male. *Beh. Res. Therp.*, 1963, 1, 85-93.

- GARTRELL, N. et al.: Plasma testosterone in homosexual and heterosexual women, *Am. J. Psychi.*, 1977, 134, 1117.
- GELDER, M.G. et al.: Aversión treatment in transvestism and transsexualism. En R. Green y J. Money (Eds.): *Transsexualism and Sex reassignment*, Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press, 1969.
- GRAY, J.: *Psicología del Miedo*, Madrid, Guadarrama, 1970.
- GREEN, R.: Homosexuality (en Kaplan et al., 1980, op. cit.).
- GROTH, A.N. et al.: Rape: Power, Anger, and sexuality, *Am. J. Psychi.* 1977, 134, 1239.
- GROTH, A.N. et al.: Sexual dysfunction during rape, *New England J. Med.* 1977, 297, 764.
- GRUNDLACH, R. et al.: Self and sexual identity in the female. En B. Riess (Ed.): *New Directions in mental illness*, NY, Grune and Stratton, 1968.
- GUTHEIL, E.: Case report. En W. Stekel (Ed.): *Sexual aberrations* (vol. I), NY, Grove Press, 1964.
- HAMBURGER, C.: The desire of change of sex, *Acta endocrin.* 1953, 14, 361-375.
- HEIMAN, J.R.: Issues in the use of psychophysiology to assess female sexual dysfunction, *J. Sex, Marital Th.*, 1976, 2, 197.
- HENDERSON, D.J.: Incest. En B.J. Sadock, H.I. Kaplan, A.M. Freedman (Eds.): *The sexual experience*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1976.
- HESS, H. et al.: Pupil response of hetero- and homosexual amles to pintures of men and women: A pilot study. *J. Abnor. psychol.*, 1965, 18, 149-160.
- HESTON, L. et al.: Homosexuality in twins: a family study and a registry study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1968, 3, 461-471.
- HOOKEE, E.: The adjustment of the male overt homosexual, *J. Proj. Tech. Pers. Ass.*, 1957, 21, 18.
- HOPKINS, J.: The lesbian personality, *Br. J. Psychi.*, 1969, 115, 143.
- JARVIK, M.E.: Drugs and sexual functioning. En M.E.J. Jarvik (ed.) *Psychopharmacology in the practice of medicine*, NY, Appleton, 1977.
- JENSEN, G.D.: Cross-cultural studies and animal studies of sex (en Kaplan et al., 1980, op cit.).
- JOHNSON, J.: *Disorders of sexual potency in the male*. Oxford Pergamon, 1968.
- KALLMAN, F.J.: Comparative twin study of the genetic aspects of male homosexuality, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1952 a, 115, 283-298.
- KALLMAN, F.J.: Twin sibships and the study of male homosexuality, *Am. J. Human. Gen.*, 1952 b, 4, 136-146.
- KALLMAN, F.J.: *Heredity in health and mental disorder*, NY, Norton, 1953.

- KAPLAN, H.S.: *La nueva terapia sexual*, Madrid, Alianza, 1978.
- KAPLAN, H.S. et al.: *Comprehensive textbook of psychiatry/III*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.
- KAPLAN, H.S.: *Manual ilustrado de terapia sexual*, Barcelona, Grijalbo, 1981.
- KARACAN, I. et al.: Sleep-related penile tumescence as a function of age, *Am. J. Psychiat.*, 1975, 132, 932.
- KAZDIN, A.E. et al.: *Evaluation of behavior therapy: Issues, Evidence, and research strategies*, Cambridge, Mass., Bellinger, 1978.
- KENDRICK, et al.: Attitudinal differences between heterosexually and homosexually oriented males. *Brit. J. Psychiat.* 1967, 113, 95-99.
- KENYON, F.E.: Studies in female homosexuality. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1968, 32, 510-513.
- KINSEY, A.C. et al.: *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia Saunders, 1947.
- KINSEY, A.C. et al.: *Sexual behavior in the human male*, Philadelphia, Saunders, 1948.
- KOCKOTT, G.: Psychiatrische und lerntheoretische aspecte der transexualitat. En Sexualforschung: Kritik und Tendenzen (en prensa, 1970) —cit. en Feldman, 1973, op. cit.
- KILARSKY, A. et al.: Male sexual deviation, *Arch. Gen. Psychiat.* 1967, 17, 735-743.
- KILASZYNSKA, A.: Unpublished M. Sc. Thesis, University of Birmingham, 1969. (Cit. en Feldman, 1973).
- KUPPERMAN, H.S.: The endocrine status of the transexual patient *Trans. NY. Acad. Sci.*, 1967, 29, 434-439.
- LANSKY, M.R. et al.: Difficulties in Brief conjoint treatment of sexual disfunction, *Am. J. Psychi.*, 1975, 132, 172.
- LAWS, D.R. et al.: Instructional control of a behavioural response. *J. App. Behav. Analys.*, 1969, 2, 93-99.
- LAZARUS, A.A.: *Behavior therapy and Beyond*, NY, McGraw Hill, 1971.
- LEVINE, S.B.: Marital sexual dysfunction: erectile dysfunction, *Ann. Inter. Med.*, 1976, 85, 342.
- LO PICCOLO, J. et al.: The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction, *Arch. Sex. Beh.*, 1974, 3, 585.
- LO PICCOLO, J. et al.: *Handbook of sex therapy*, NY, Plenum, 1978.
- LOWENSTEIN, L.F.: Who is the rapist? *J. Criminal Law*, 1977, 162, 137.
- LUKIANOWICZ, N.: Survey of various aspects of transvestism in the light of our present knowledge, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1959, 128, 36-64.

- MACCOBY, E.K.: *The development of sex differences*. London: Tavistock, 1967.
- MAIER, S.F.: Learned helplessness and schedule-shift hypothesis, *J. Res. Person.*, 1980, 14, 170-186.
- MALINOWSKI, B.: *Vida sexual de los salvajes*, Madrid, Morata, 1975.
- MARGOLESE, M. et al.: Androgen etiocholanolone kations in male homosexuals, *Br. Med. J.*, 1973, 2, 594.
- MASTERS, W.H. et al.: *Respuesta sexual humana*, Buenos Aires, 1977.
- MASTERS, W.H. et al.: *Incompatibilidad sexual humana*, Buenos Aires, Intermédica, 1978.
- MC CONAGHY, N.: Measurements of change in penile dimensions, *Arch. Sex. Beh.*, 1974, 3, 381-388.
- MC GUIRE, L.S. et al.: Sexual dysfunction in women who were molested as children: one response pattern and suggestions for treatment, *J. Sex. Marital Th.*, 1979.
- MC LEAN, P.D.: Brain Mechanisms of elemental sexual functions. En B.J. Sadock, H.I. Kaplan, y A.M. Freedman (eds.) *The sexual experience*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1976.
- MC REYNOLDS, W.T.: Theories, research, and evidence of learned helplessness: A reply to Levis and Maier, *J. Res. Person.*, 1980, 14, 187-195.
- MEYER, J.K. et al.: Short-term treatment of sexual problems: Interim report. *Am. J. Psychiat.*, 1975, 132, 172.
- MEYER, J.D.: Parafilias (en Kaplan et al., 1980, op. cit.).
- MOHR, J.W., et al.: *Paedophilia and exhibitionism*, London, Oxford Univ. Press, 1965.
- MONEY, J. et al.: An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1966, 301, 97.
- MONEY, J.: Psychosexual Differentiation: En Money, J. (Ed.): *Sex research, new developments*, NY, Holt, Rinehart y Winston, 1965.
- MONEY, J.: Sex reassignment as related to hermaphroditism to Transsexualism. En R. Green y J. Money (Eds.): *Transsexualism and sex Reassignment*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1969.
- MONEY, J.: Heterosexual VS. Homosexual attitudes: Male partners' perception of the feminine image of male trans-sexuales, *First Internat. Symp. Gender Identity*, London, 1969.
- MONEY, J. et al.: *Man and woman, Boy and girl: differentiation and dimorphism of gender identity*, Baltimore, John Hopkins Press, 1972. (Trad. española, Morata, 1982).
- MOULTON, R.: Multiple factors in frigidity. En J.H. Masserman (Ed.): *Sexuality of women*, NY, Grune and Stratton, 1966.

- MULVIHILL, D.J.: *Crimes of violence: A report to the national commission on the causes and prevention of violence*. U.S. Government Printing office, Washington, D.C., 1969.
- MUSSEN, P.H., et al.: *Desarrollo de la Personalidad en el Niño*, México, Trillas, 1971.
- NADELSON, C.: New help for male impotence, *Beh. Med.*, 1978, 5, 16.
- NEUMAN, F., et al.: Permanent changes in gonada function and sexual behaviour as a result of early feminisation of male rats by treatment with an anti-adrenogenic steroid. *Endokrinologie*, 1966, 50, 209-224.
- O'CONNOR, J. et al.: Results of treatment in functional sexual disorders, NY, *State J. Med.*, 1977, 72, 1102.
- O'LEAR, K.D. et al.: *Behavior therapy: Application and outcome*, New Jersey, Prentice-Hall, 1975.
- OXFORD, J.F.: The assessment of personality and its influence on the outcome of treatment. En M.P. Feldman y M.J. MacCulloch (Eds.): *Homosexual Behaviour: Therapy and assessment*. Oxford, Pergamon, 1971.
- PARHARD, L.: The cultural-special conditions in the psychiatric out-patient department in Kuwait, *Int. J. Soc. Psych.* 1965, 11.
- PFEIFFER, E. et al.: Sexual behavior in middle life. *Am. J. Psychiatry*, 1972, 128, 1262-1267.
- PILLARD, R. et al.: Plasma Testosterone levels in homosexual men, *Arch. Sex. Beh.*, 1974, 3, 453.
- PLANANSKY, K. et al.: The incidence and relationship of homosexual and paranoid features in schizophrenia. *J. Ment. Sci.*, 1962, 108, 604-615.
- PRINCE, V. et al.: Survey of 504 cases of transvestism, *Psycho. Rep.* 1972, 31, 903.
- RACHMAN, S.J.: Sexual fetichism: an experimental analogue, *Psycho. Rec.*, 1966, 16, 294-296.
- RACHMAN, S.J. et al.: Experimentally-induced sexual fetichism: Replication and development, *Psycho. Rec.*, 1968, 18, 25-27.
- RACHMAN, S.J.: *Ensayos críticos al psicoanálisis*, Madrid, Taller JB., 1976.
- RAMUSSEN, E.W.: Experimental homosexual behaviour in male albino rats. *Acta Psychol.*, 1955, 11, 303-334.
- ROSEN, J.: Exhibitionism. En J. Rosen (Ed.): *The pathology and treatment of sexual deviation*. London: Oxford Univ. Press. 1964.
- SADOCK, B.J. et al.: Techniques of coitus (en Kaplan et al., 1980, op cit.).
- SADOCK, V.A. et al.: Comprehensive sex therapy training: A new approach *Am. H. Psychiat.*, 1975, 132, 858.

- SADOCK, V.A.: Sexual anatomy, endocrinology, and physiology (en Kaplan et al., 1980, op. cit.).
- SADOCK, V.A.: Special areas of interest (en Kaplan et al., 1980 b, op. cit.).
- SADOCK, V.A.: Treatment of psychosexual dysfunctions (en Kaplan et al., 1980 c, op. cit.).
- SAGHIR, M.T. et al.: Homosexuality II. Sexual behaviour of the male homosexual. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 21, 219-229.
- SAGHIR, M.T. et al.: *Male and female homosexuality*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1973.
- SANCTUARY, G.: *Marriage under stress*, London, Allen and Unwin, 1968.
- SANDBERG, E.C.: Contraception (En Kaplan, et al., 1980, op. cit.).
- SANDBERG, E.C.: Abortion, 1980 a, Kaplan et al., (op. cit.).
- SANDBERG, E.C.: Contraception, 1980 b, Kaplan et al. (op. cit.).
- SARASON, et al.: *Abnormal psychology*, Prentice-Hall, NJ, 1980.
- SCHOFIELD, M.: Sociological aspects of homosexuality, London, Longmans, 1965.
- SCHOFIELD, M.: The sexual behaviour of young people, London, Longmans (1965 a).
- SCOTT, T.R., et al.: Pupillary response and sexual interest reexamined. *J. Clin. Psychol.*, 1967, 31, 433-438.
- SEGRAVES, R.T.: Pharmacological agents causing sexual dysfunction. *J. Sex Marital ther.*, 1977, 3, 157.
- SHERFEY, M.J.: *The nature and evolution of female sexuality*, NY. Random House, 1972.
- SHERMAN, A.R. et al.: Terapia in vivo de hábitos compulsivos, dificultades sexuales y problemas de ajuste graves. En A.P. Goldstein y F.H. Kanfer: *Generalización y transfer. en psicoterapia*. Bilbao, Cesclee de Brouwer, 1981.
- SIEGELMAN, M.: Adjustment of homosexual and heterosexual women *Br. J. Psychia.* 1972 a, 120, 477.
- SIEGELMAN, M.: Adjustment of male homosexual and heterosexuals, *Arch. Sex. Beh.*, 1972 b, 2, 9.
- SIEGELMAN, M.: Parental background of male homosexuals and heterosexuals, *Arch. Sex. Beh.*, 1974 a, 3, 3.
- SIEGELMAN, M.: Parental background of homosexual and heterosexual women, *Br. J. Psychia.*, 1974 b, 124, 12.
- SMALL, J.G. et al.: Psychosexual dysfunctions (en Kaplan et al., 1980 op. cit.).

- SMALL, J.G. et al.: Sex and mental illness (En Kaplan et al., 1980 b, op. cit.).
- SOCARIDES, C.W.: The historical development of theoretical and clinical concepts of overt female homosexuality, *J. Am. Psychoan. Ass.*, 1963, 11, 386-412.
- STEVENSON, et al.: Recovery from sexual deviations through overcoming non-sexual neurotic response. *Amer. J. Psychiat.* 1960, 116, 737-742.
- STOLLER, R.J.: Gender identity disorders (En Kaplan et al., 1980 op. cit.).
- SOUMI, S.J. et al.: Production and alleviation of depression behaviors in monkeys. En J. Maser y M.E.P. Seligman (Eds.): *Psychopathology: experimental models*, San Francisco, Freeman, 1977.
- SUSSMAN, N.: History of sexuality, en Kaplan et al., 1980 op. cit.
- SZASZ, T.S.: *La fabricación de la locura*. Barcelona, Kairos, 1981.
- THOMPSON, R.F.: Introducción a la Psicología Fisiológica, México, Marla, 1977.
- TYLER, L.: Psicología de las diferencias humanas, Marova, Madrid, 1978.
- VERWOEDT, A. et al.: Sexual behavior in senescence: change in sexual activity and interest of aging men and women. *J. Geriatr. Psychiatry.* 1968, 2, 163, 180.
- WALINDER, J.: Transvestism, definition and evidence in favour of occasional deviation from cerebral dysfunction. *Int. J. Neuropsychiat.*, 1965, 1, 567-572.
- WALLIN, P. et al.: A study of orgasm as a condition of women's enjoyment of coitus in the middle years of marriage, *Human Biol.*, 1963, 35, 131-139.
- WEST, D.J.: *Homosexuality*, London: Penguin Books, 1968.
- WOLFF, CH.: *Bisexualidad*, Barcelona, Plaza y Janés, 1978.
- WOLPE, J.: La práctica de la terapia de conducta, México, Trillas, 1977.
- YATES, A.J.: *Terapia del comportamiento*, México, Trillas, 1973.
- YOUNG, W.C. et al.: Hormones and sexual behavior. En J. Money (Ed.): *Sexual research: New Developments*, NY, Holt, 1965.
- ZAMANSKY, H.S.: A technique for assessing homosexual tendencies. *J. Larson*, 1956, 24, 436-448.