

---

## TRASTORNOS SEXUALES

---

CARMELO VÁZQUEZ  
JOSÉ LUIS GRAÑA  
ELENA F. L. OCHOA

La conducta sexual normal está afectada por una gran cantidad de variables, provenientes de diversos campos, como son la psicología individual, la bioquímica, la fisiología, aspectos culturales y religiosos, etc. Sin embargo, no puede reducirse, como se verá más adelante, a ninguno de éstos. El objetivo de este capítulo consiste en estudiar las características de la conducta sexual humana consideradas como anormales y disfuncionales, y denominadas genéricamente como «Trastornos Sexuales».

La sexualidad ha sido un campo tradicional de reflexión de sociólogos, filósofos, e incluso moralistas. Sin embargo, hasta hace relativamente poco no se ha abordado científicamente su estudio. Uno de los hitos de la investigación en este área proviene precisamente de los estudios de Master y Johnson (1967, 1977) sobre la «respuesta sexual humana», lo que sirvió como punto de partida para desarrollar una nueva concepción de la sexualidad y, al mismo tiempo, experimentar nuevos tratamientos que permitieron abordar con éxito las disfunciones y desviaciones sexuales.

### LA SEXUALIDAD HUMANA

#### El desarrollo de la identidad sexual

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 Money (1965, 1972) al distinguir varios tipos de sexo que están siempre presentes simultáneamente en cualquier persona:

1. Sexo genético o cromosómico: XX o XY normalmente.
2. Sexo gonádico: ovarios y testículos.
3. Sexo hormonal: subsistemas hormonales del hombre y de la mujer.
4. Sexo morfológico: aparato genital y caracteres sexuales secundarios del hombre y de la mujer.
5. Estructuras viscerales internas.
6. Asignación del género a partir del nacimiento («es un niño»).
7. Identidad sexual («soy una niña o soy un niño»).

**Diferenciación sexual y desarrollo sexual.** La diferenciación sexual se inicia en el mismo momento de la concepción; si el huevo que contiene un cromosoma X, se fertiliza con una célula espermática que también lleva un cromosoma X, entonces el sexo genético del embrión será hembra (XX); por el contrario, si es fertilizado por una célula de esperma que lleva un cromosoma Y, el sexo genético del embrión será macho (XY). Estos aspectos genéticos de la sexualidad humana son el punto de partida, pero no determinan por completo la morfología sexual. A excepción del sexo gonádico, las estructuras sexuales masculinas y femeninas dependen para su desarrollo de la presencia o ausencia de *hormonas andróginas* (Money, 1987). Bajo la influencia de las hormonas sexuales, el sexo gonádico empieza a funcionar desde el primer momento. En los hombres, estas hormonas circulan por la corriente sanguínea, sensibilizando los tejidos u órganos de carácter sexual en momentos críticos de su formación o desarrollo.

El efecto que estas hormonas tienen sobre las estructuras viscerales internas consiste en desarrollar los vasos deferentes, las vesículas seminales y los tubos de falopio. Posteriormente, la morfología exterior se transforma en un pene y escroto. En el caso de la mujer, el sexo gonádico da lugar a los ovarios, liberando cantidades muy pequeñas de hormonas durante el desarrollo del feto, siendo el resultado la ausencia de hormonas testiculares y el consecuente desarrollo de la anatomía femenina, es decir, el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, etc. Este proceso se completa alrededor del tercer mes de vida prenatal. Todos estos desarrollos continúan hasta la pubertad, ya que como consecuencia del incremento que se produce en la liberación de hormonas sexuales, el indivi-

duo desarrolla las características sexuales secundarias y la diferenciación sexual se hace más pronunciada.

Desde los años setenta se tienen además datos directos, básicamente en especies no humanas, de la existencia de un proceso de sexualización cerebral del feto (o «dimorfismo sexual», véase la fig. 1), es decir, un funcionamiento y una diferenciación neuroanatómica peculiar de determinadas estructuras cerebrales, en especial la región hipotalámica, según el sexo. Este proceso de dimorfismo u hormonización cerebral depende de las hormonas sexuales, fundamentalmente la testosterona, que circulan en el feto. La presencia de testosterona masculiniza y desfeminiza el feto, mientras que su ausencia o una cantidad insuficiente desmasculiniza y feminiza al feto (Money, 1987).

Aunque los factores genéticos y la producción de hormonas determinan en gran medida la morfología sexual de hombres y mujeres, la identidad de género, la orientación y preferencia sexual, y otros aspectos relacionados con la conducta sexual, están determinados en gran medida por factores ambientales y de socialización. El tremendo impacto que tienen estos factores, generalmente sobrepasan las influencias genéticas y morfológicas. Así, por ejemplo, una persona que desde el punto de vista de la sexualidad genética y morfológica es un hombre, puede llegar a identificarse o a exhibir las características comportamentales de las mujeres o viceversa. Posiblemente no exista otro impulso biológico, tan influenciado por el proceso de socialización como la sexualidad humana (Money & Ehardt, 1972).

**Asignación de género e identificación sexual.** Uno de los componentes más importantes de la conducta sexual consiste

en la asignación de género y en la identificación sexual, es decir, la adquisición de roles característicos de la conducta de un hombre o de una mujer (ej. «Yo soy un niño/a»).

Ciertas experiencias clínicas con casos de pseudohermafroditismo postulan la existencia de una etapa crítica en el desarrollo psicológico, en el que la creencia de que «yo soy hombre» o «yo soy mujer» se hace fija (Bancroft, 1983). Posiblemente esta etapa es el punto clave la identidad de género, y suele ocurrir entre los dos y cuatro años, coincidiendo con la etapa del desarrollo cognitivo en el que el concepto de «género» empieza a tener significado; de hecho, Money y col. (1972) descubrieron que es bastante difícil alterar la asignación de género sexual, después de esta etapa. Este proceso posiblemente depende del grado de incertidumbre existente en la identidad del niño. Si a los cuatro o más años de edad, el niño se siente de forma inequívoca hombre o mujer, entonces los intentos posteriores para cambiar la identidad posiblemente fracasen. Si por el contrario, la identidad de género permanece de forma equivocada y el individuo se siente incómodo con el género asignado, entonces la reasignación puede tener éxito incluso hasta edades como los trece o catorce años (Diamond, 1965).

Aparte de la identidad de género, el niño/a también desarrolla un sentido de masculinidad o feminidad en base a un proceso de socialización que establece claras diferencias entre la conducta del niño y de la niña. Sin embargo, un hombre puede manifestar una conducta externa «afeminada» e identificarse a sí mismo como hombre o viceversa. El entrenamiento en conductas características del género masculino y/o femenino empieza desde el momento del nacimiento, continuando a través de la infancia y

adolescencia, y consolidándose de forma más o menos clara a partir de la juventud (fig. 1). Así por ejemplo, a los niños se les enseña a desarrollar conductas con ciertos componentes de agresividad y a las niñas a manifestar características femeninas en su comportamiento.

Otro componente fundamental implicado en el desarrollo de la identificación sexual es el *aprendizaje social*, mediante el cual los niños imitan la conducta de su padres, de otros adultos, y aprenden con el tiempo las conductas, creencias, sentimientos asociados a la masculinidad o feminidad de los individuos del mismo sexo. Los principales agentes sociales implicados en el proceso de socialización y aprendizaje del niño son la familia, el grupo de iguales, y la relación que mantiene el niño con aquellos adultos implicados en su proceso educativo, así como los medios de comunicación social.

Verdaderamente destacable de este entretejido y complicado proceso es que la falta de congruencia entre el sexo genético, la asignación de género y la iden-

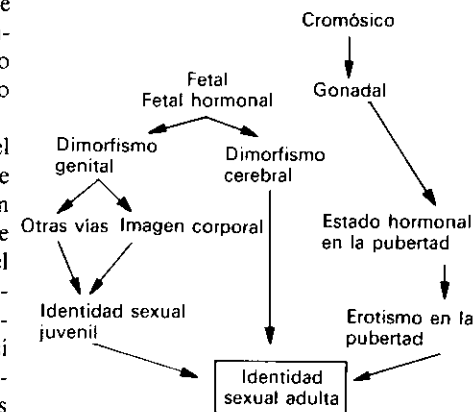


Fig. 1. Esquema de los elementos que cronológicamente intervienen en la diferenciación de la identidad sexual (Money y Ehrhardt, 1972).

tificación sexual, pueden ser la base para el desarrollo de trastornos de carácter sexual. En general, tanto los problemas asociados a la alteración del género como las desviaciones sexuales se dan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (Grene & Money, 1969; Money & Ehrhardt, 1972).

## Conducta sexual humana

Masters y Johnson (1967, 1977) fueron los primeros en describir claramente la respuesta sexual humana, encontrando una gran semejanza entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer. Se sabe ya con bastante exactitud cuáles son los cambios fisiológicos y anatómicos que operan tanto en el hombre como en la mujer en una situación de actividad sexual (Masters y Johnson, 1977, Sadock 1982). A pesar de este mayor conocimiento, las ideas populares erróneas sobre el funcionamiento sexual están muy extendidas. Por ejemplo, un 40 por 100 de los estudiantes de Medicina aún creen que existen dos tipos de orgasmo (vaginal y clitoral), el 15 por 100 cree que la masturbación causa trastornos mentales, y el 18 por 100 cree que siempre aparece impotencia en las personas mayores de setenta años (Lief, 1979; Maxmen, 1986).

Siguiendo a Masters y Johnson, (por ejemplo: Kolodny y otros, 1982; Masters y otros, 1987)<sup>1</sup>, el ciclo de la respuesta sexual tiene cuatro etapas:

1. *Fase de excitación:* en esta etapa la respuesta sexual suele iniciarse con cualquier tipo de estimulación de carácter sexual que sea excitante para el individuo. El aprendizaje desempeña un gran papel en la excitación humana, y el estímulo puede ser tan directo como una caricia en el área genital o tan indirecto como observar una bota de piel de mujer. En el hombre suele producirse una erección y en la mujer se inicia la lubricación vaginal, aumentando de tamaño los labios menores y los mayores debido a un mayor aporte sanguíneo a esa zona.

Debemos considerar que la excitación sexual (*sexual arousal*) se caracteriza por una gran variedad de estados fisiológicos y psicológicos, y estos cambios no se limitan a la zona genital, sino que, por el contrario, la excitación sexual elicit reacciones a nivel neurológico, vascular, muscular y hormonal que estimulan de forma global el cuerpo de un individuo (Palmero, 1988).

2. *Fase de meseta o plataforma:* si la estimulación sexual se mantiene de forma continua, entonces esta etapa suele darse en los momentos previos al orgasmo. En la mujer se produce un aumento en el volumen de los pechos y una vasoconstricción del tercio vaginal o «plataforma orgásmica»; en el hombre el pene aumenta su erección.

3. *Fase orgásmica:* Kinsey y otros (1953) definieron el orgasmo como una «descarga explosiva de tensión neuromuscular», es decir, una descarga involuntaria y repentina de tensión que tiene lugar cuando la estimulación alcanza un máximo de intensidad. Lo mismo que en el caso de la excitación sexual, el orgasmo es una experiencia compleja e incluye cambios en los genitales, en el tono muscular esquelético, se producen movimientos semivoluntarios, cambios en el sistema cardiovascular y esquelético, ex-

periencias sensoriales y somáticas, una obnubilación transitoria del estado de consciencia, etc.

En el hombre el orgasmo se desencadena como 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 dos a doce contracciones involuntarias vaginales. El periodo de tiempo que media entre cada contracción suele ser de 0.8 segundos. 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. Aunque Masters y Johnson consideraron que las contracciones vaginales son la esencia del orgasmo en la mujer, se ha sugerido que las mujeres pueden experimentar orgasmos sin las contracciones vaginales.

4. *Fase de resolución:* caracterizada por una disminución del riego sanguíneo de los genitales (detumescencia). Consiste, pues, en una pérdida de la vasocongestión que caracteriza las fases previas. Si no hubo orgasmo previo, la detumescencia es lenta y puede cursar con algunas molestias genitales. La presión sanguínea y la tasa cardíaca inician una vuelta gradual a los niveles normales, y lo mismo sucede con la tasa respiratoria.

Inmediatamente después del orgasmo, el hombre experimenta el *periodo refractario*, durante el cual es muy difícil que pueda excitarse y obtener otro orgasmo. La duración de este periodo es variable y suele oscilar entre varios minutos o incluso horas, dependiendo de la edad y de la frecuencia de los contactos sexuales. Masters y Johnson, así como otros investigadores consideran que el periodo refractario es un fenómeno exclusivo de los hombres. Por el contrario, la mujer,

generalmente, no muestra un periodo refractario tan claro, y es capaz de experimentar orgasmos múltiples o repetidos en un periodo más corto, teniendo así un mayor potencial orgásmico; paradójicamente un porcentaje mayor de mujeres que de hombres nunca ha experimentado el orgasmo.

En ambos sexos, las respuestas corporales básicas a la estimulación sexual son la miotonía o incremento de la tensión muscular en el área genital y la vasocongestión o ensanchamiento que se produce debido a una mayor afluencia de sangre a los tejidos genitales y áreas afines; la vasocongestión genera la crecición del pene en el hombre y en la mujer la erección del clitoris y la lubricación vaginal. Estas respuestas fisiológicas son el resultado de impulsos provenientes del sistema nervioso parasimpático, que llegan a los genitales a través de la zona sacra de la médula espinal (Kaplan, 1978). Por otro lado, las reacciones musculares reflejas y rítmicas que constituyen el orgasmo tienen su base en el sistema nervioso simpático y sus centros reflejos se localizan en la zona cervice-lumbar.

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, 1982, Sadock, 1982). Existe una estrecha interrelación funcional entre áreas límbicas y «áreas de placer» hipotalámicas, lo que en parte explica la relación entre la respuesta sexual y la respuesta placentera asociada (Kaplan, 1987).

El papel del córtex en el comportamiento sexual, sea inhibiéndolo o facilitándolo, es también crucial en los seres humanos (Delclaux y Gutiérrez, 1980).

<sup>1</sup> Aunque ampliamente aceptado, este esquema clasificatorio de Masters & Johnson ha sido criticado recientemente por plantear algo artificialmente diferenciarla entre etapas como la de «excitación» y de «meseta», y por ser un modelo fundamentalmente fisiológico de la activación sexual (Rosey & Beck, 1983).

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, a través de vías corticales, en el comportamiento sexual (Vázquez, 1983).

Básicamente, hombre y mujer suelen tener las mismas respuestas fisiológicas a la estimulación sexual, ya sea la estimulación inducida por medio de fantasías, mediante el contacto físico o a través del coito. La intensidad y la duración de la respuesta suele variar en función del método de estimulación utilizado. Aunque en otros animales la conducta sexual responde casi por completo a influencias genéticas y hormonales, en los humanos la conducta y excitación sexual está determinada por influencias ambientales, a partir del nacimiento. Esto parece ser especialmente cierto en el caso de la excitación sexual y de los estímulos que desencadenan las respuestas sexuales. En consecuencia, existe una gran diversidad de estímulos que pueden adquirir la capacidad de suscitar respuestas sexuales (por ejemplo, el volumen y/o el tamaño de los pechos, unas piernas largas o unas grandes caderas, el color rubio o moreno, brutalidad, resistencia o sumisión, dolor físico, zapatos, botas de piel o ropa interior, etc.). Esta lista podría ser interminable dado que, para cada individuo concreto, los estímulos sexuales están determinados por un proceso de *aprendizaje* idiosincrático, aunque modulado por las modas, el marco natural, etc. (véase Master y otros 1988).

*Conducta heterosocial y heterosexual.*

Las habilidades heterosociales hacen referencia a las habilidades sociales para iniciar o mantener relaciones esporádicas y/o íntimas con otros individuos (Barlow, 1977). La conducta heterosocial implica el inicio y mantenimiento de una relación, con posibles compañeros de pareja, amigos íntimos o esporádicos del mismo sexo u opuesto, etc. La existencia de dificultades a este nivel, suele hacer referencia a una carencia de este tipo de habilidades, que en muchos casos va acompañada de una fobia social, lo que suele ser un aspecto importante en la *etiología* de algunos trastornos sexuales. Por ejemplo, un individuo puede tener una pauta de excitación sexual adecuada, y sin embargo, mostrar un déficit de habilidades heterosociales que le impida acercarse adecuadamente a otras personas.

Generalmente, este tipo de conducta es independiente de la excitación e identificación sexual, así como de las habilidades heterosociales. Este tipo de dificultades se asocian a veces con las disfunciones sexuales y con las variaciones sexuales, debiéndose a una falta de información o entrenamiento heterosexual, el miedo relacionado son situaciones heterosexuales, como, por ejemplo, una mala experiencia o un fracaso sexual, que suele ser el origen de una fobia heterosexual, hecho que ocurre con frecuencia en los casos de violación u otras experiencias sexuales desagradables o dolorosas (Barlow, 1974).

Por tanto, probablemente sea cierto que la adquisición e identificación de la conducta sexual, así como la conducta heterosocial, se desarrollan a lo largo de la infancia y adolescencia, desempeñando estas etapas del desarrollo sexual una gran influencia en la conducta que denominamos «excitación sexual» ante determinados estímulos.

En los hombres la variable crucial para determinar la preferencia sexual parece ser la naturaleza de las primeras experiencias sexuales (véase fig. 1), dando probablemente lugar a que mediante el condicionamiento clásico un individuo aprenda una serie de fantasías o se excite ante determinados estímulos, generalmente seguidos de la masturbación, que de no ser así no tendrían explicación posible. De hecho, McGuire y otros (1965) postulan que cualquier estímulo que preceda de forma regular a la masturbación, en un intervalo de tiempo apropiado, llega a adquirir la propiedad de convertirse en excitante, desde el punto de vista de la conducta sexual. Este principio es válido, no sólo para explicar la heterogeneidad de fantasías sexualmente excitantes, sino también para cualquier experiencia de carácter sexual que ocurra en presencia de determinados estímulos o situaciones.

En el caso de las mujeres, es más difícil llegar a establecer y explicar las preferencias sexuales. En los hombres, la masturbación desempeña un papel crucial, ya que cualquier fantasía que sea reforzada por el orgasmo parece establecer una pauta de excitación sexual. Sin embargo, se masturba un porcentaje menor de mujeres (62 por 100) que de hombres (92 por 100), según los datos ya clásicos proporcionados por Kinsey y otros (1953). La excitación sexual de las mujeres ocurre con mayor frecuencia en el contexto de un «amor romántico», en el matrimonio, o ante la expectativa de una relación estable, etc.

En cualquier caso, parece que en base a los principios del condicionamiento clásico, el hombre tiene una mayor capacidad para excitarse ante una gran variedad de estímulos, lo que nos puede ayudar a explicar que las desviaciones sexuales se den con mayor frecuencia en-

tre los hombres que entre las mujeres.

Las *preferencias* sexuales de un individuo, no siempre coinciden con su *conducta* sexual. Así, por ejemplo, una persona puede elegir voluntariamente el celibato, como estilo de vida sexual, aunque disponga de la posibilidad de una pareja estable; otro individuo que practique el celibato o la masturbación, puede preferir una relación heterosexual, y sin embargo tener inhibida su conducta sexual debido a una fobia social o a una carencia de habilidades heterosexuales; otras personas, con una preferencia heterosexual, pueden involucrarse en actividades homosexuales o viceversa. Así pues, es preferible evaluar la orientación sexual de un individuo *en función de la excitación sexual* que de la propia conducta sexual. Por ejemplo, en determinadas situaciones (ej.: cárceles) la conducta homosexual de un individuo puede responder a una estrategia adaptativa, pero esta persona no llega a cambiar su orientación e identificación sexual.

## PARAFILIAS

Los trastornos sexuales se dividen en dos grandes grupos. Las Parafilias, o «variaciones sexuales», se caracterizan por una excitación sexual ante objetos o situaciones infrecuentes respecto al patrón de activación convencional. Por otro lado, las Disfunciones Sexuales consisten en una inhibición del deseo sexual o bien en algunos trastornos concretos que se producen en el curso de la actividad sexual (por ejemplo, una dificultad en mantener la erección).

Las parafilias han recibido clásicamente el nombre de «desviaciones sexuales». Sin embargo, el término «parafilia» es más adecuado pues «... subraya de una forma correcta que la desviación

para) yace en aquello que es atractivo para el individuo (philia)» (APA, 1987, p. 279). Según dicho manual clasificatorio, «la característica esencial de estos trastornos consiste en intensos y repetidos impulsos y fantasías sexuales que generalmente involucran: (1) objetos no humanos, (2) sufrimiento o humillación propia del compañero (no simplemente simulada) o (3) niños u otras personas sin su consentimiento».

El diagnóstico de una parafilia se efectúa si la persona *ha actuado* durante un periodo de al menos seis meses siguiendo estos impulsos o si éstos le crean un estado de *incomodidad* personal significativa al individuo. En cuanto a la gravedad, se sugieren tres niveles (APA, 1987):

1. **Ligera:** la persona está marcadamente afectada debido a los impulsos parafilicos recurrentes pero nunca los ha llevado a cabo.

2. **Moderada:** la persona ha actuado ocasionalmente siguiendo sus impulsos parafilicos.

3. **Grave:** la persona ha actuado repetidamente siguiendo sus impulsos parafilicos.

Generalmente, las desviaciones sexuales se diferencian de la conducta sexual convencional en función del *objeto* de tal práctica o de la *práctica sexual* en sí misma. En el primer caso, el objeto puede ser un familiar (incesto), un niño (paifilia), un animal (zoofilia), un objeto inanimado o diferentes partes del cuerpo de un individuo (fetichismo). La práctica sexual anómala puede consistir en observar a otros individuos desnudarse o emprender una relación sexual (voyerismo), exponer los genitales (exhibicionismo), utilizar la fuerza física (violación), proporcionar dolor (sadismo) o soportar dolor (masoquismo), etc.

Las parafilias son prácticas sancionadas negativamente por la sociedad y, en muchos casos, a estos individuos socialmente se les considera como perversos, enfermos mentales o incluso criminales. Muchos de los individuos que realizan prácticas sexuales atípicas, consideran que la reacción de la sociedad ante su conducta sexual no está justificada. En todo caso, en la calificación de «psicopatológico» de muchas de estas conductas, interviene decisivamente un criterio de convencionalismo social; de hecho, muchas de estas conductas pasan inadvertidas por producirse en un ámbito estrictamente privado.

Las tasas epidemiológicas verdaderas de las desviaciones sexuales son muy difíciles de estimar y, hasta ahora, muy inciertas, ya que los datos disponibles se obtienen casi exclusivamente a través de las ofensas cometidas o en base a historias clínicas de aquellos individuos que acuden a tratamiento (véase la tabla 2).

### Exhibicionismo

El exhibicionismo consiste en la exposición de los genitales a alguien opuesto y fuera del contexto de una relación sexual, o bien en tener fantasías recurrentes y molestas respecto a este tipo de actos. El individuo puede experimentar una erección, aunque no siempre se da (McConaghy, 1984). También es un exhibicionista aquel sujeto que llama por teléfono y describe actividades sexuales, al mismo tiempo que se masturba.

La simple exposición puede llevar a la eyaculación, o puede servir como un estímulo excitante para la masturbación pero casi nunca se produce un intento de abordar físicamente a la víctima. Dado que este tipo de conductas no producen ningún tipo de excitación sexual di-

recta en al menos la mitad de los exhibicionistas (Langevin y otros, 1979), a veces se discute si realmente es un trastorno sexual o más bien un trastorno de impulsos.

Esta conducta se da casi exclusivamente entre los hombres, y la víctima suele ser alguna persona desconocida para el agresor (Feldman, 1975); en algunas sociedades no occidentales puede observarse en mujeres pero, en estos casos, tiene un sentido casi universal de gesto de burla (Eibesfeldt, 1977).

Casi siempre la víctima es anónima y no parece tener una edad preferente (Feldman, 1973). Como señala este autor, debería investigarse el posible carácter agresivo de la conducta exhibicionista. Se cree que es la parafilia más frecuente (1/3 del total de estos trastornos), aunque los datos no son muy fiables pues provienen de sujetos procesados por delitos sexuales (Vázquez, 1983). En contra de lo que suele pensarse, este trastorno parece ser más frecuente en jóvenes (alrededor de los veinte años de edad) que en adultos o personas mayores. Por último, es una conducta más frecuente en culturas anglosajonas que mediterráneas o asiáticas (Rooth, 1973).

### Fetichismo

Un fetichista es una persona (generalmente un hombre) que se excita sexualmente observando y/o manipulando objetos no animados (ej.: ropa interior femenina) que no están confeccionados expresamente con una finalidad sexual (ej.: vibradores). A veces la excitación se consigue llevando puestos algunos de estos objetos (ej.: ropa interior) debajo de la ropa normal, lo que puede indicar algún grado de travestismo (McConaghy, 1984).

El objeto de excitación sexual para un fetichista puede llegar a ser cualquier cosa, desde unos pies, manos o piernas de una persona, a unos guantes, calcetines, medias, zapatos u otros objetos similares. La principal actividad sexual de estos individuos consiste en besar, frotar el objeto fetichista, al mismo tiempo que se masturban. Esta actividad sexual se vuelve más problemática, sobre todo en una relación de pareja, ya que el objeto erótico puede llegar a debilitar la relación sexual de la pareja, al ser redundante el miembro que no tiene esa tendencia. Estas personas suelen pasar tiempo coleccionando nuevos ejemplares de sus objetos sexuales favoritos, o incluso pueden llegar a robar objetos con características excitantes para ellos.

Al analizar las causas de este tipo de comportamiento, se ha postulado que el condicionamiento clásico desempeña un papel primordial para explicar la adquisición de la respuesta sexual a determinados estímulos. Así, Rachman (1966) demostró cómo se condicionaba este tipo de respuestas sexuales. En un experimento mostró a un grupo de hombres heterosexuales botas de mujer (estímulo condicionado) y luego fotografías de mujeres desnudas (estímulo incondicionado), siguiendo un procedimiento de condicionamiento clásico. Después de varios ensayos, los sujetos experimentaron una excitación sexual ante las botas, aunque estos estímulos en un principio no eran excitantes. Sin embargo, esta explicación basada en el condicionamiento masturbatorio no se adecúa bien al hecho de que la mayoría de los fetichistas suelen tener ciertas preferencias tempranas, normalmente desde la adolescencia, por determinados objetos que sólo *más tarde* han adquirido propiedades sexuales excitantes (McConaghy, 1984).

En los hombres la erección es una

el 3 por 100 de las mujeres y el 1 por 100 de los hombres admitían experimentar una respuesta erótica, si se les contaba una historia relacionada con actividades sádicas; incluso es habitual pequeñas actividades «sádicas» en las relaciones sexuales normales. En estos casos, dichas actividades son inofensivas y el dolor infligido es suave. La actividad sexual más generalizada con componentes sadomasoquistas, es el mordisco amoroso, que es utilizado por un 55 por 100 de mujeres y un 50 por 100 de hombres (Kinsey, 1953).

Los individuos sádicos sexuales normalmente no disponen de una relación de pareja estable que acepte someterse a estas actividades, por lo que, generalmente, estos sujetos realizan sus preferencias sexuales en prostibulos (Delora y Warren, 1977). Es frecuente que, con el paso del tiempo, las actividades sádicas vayan en aumento, con lo que se aumenta la probabilidad de infligir serios daños a las víctimas y ser finalmente aprehendidos por ello.

### *Masoquismo sexual*

El masoquismo sexual consiste en excitarse sexualmente como consecuencia de padecer dolor, un castigo o humillación psicológica de forma voluntaria y no simulada. Kinsey y otros (1953), encontraron que alrededor del 25 por 100 de hombres y mujeres se excitaban sexualmente, si se producían mordiscos de cierta intensidad en la fase de excitación sexual. Sin embargo, las conductas patológicas más habituales son las de someterse a algún tipo de ataduras o de privación sensorial (por ejemplo, vendar los ojos), recibir azotes o latigazos, o ser sometido a humillaciones como vestirse con ropas de otro sexo o que alguien

orine sobre ellos. Todo ello va acompañado de fantasías sexuales o alguna actividad como la masturbación.

A veces estas actividades pueden conllevar algún peligro, especialmente si el sujeto se somete a algún procedimiento en el que exista privación de oxígeno («Hipoxifilia»). De hecho, debido a estos y otros procedimientos, parece que en países occidentales mueren de una a dos personas por cada millón de habitantes anualmente.

En ocasiones, el sádico sexual realiza sus actos con masoquistas sexuales. En estos casos, el sádico desempeña el papel activo y el masoquista el pasivo, siendo los hombres más propensos a infligir dolor y las mujeres a recibirlo. Hunt (1974), encontró que el 10 por 100 de las mujeres solteras de la muestra utilizada, admitía excitarse sexualmente recibiendo dolor, mientras que en el caso de los hombres lo hacía un 6,3 por 100. Si estos datos son representativos, posiblemente la conducta masoquista sea una de las pocas desviaciones sexuales con una mayor incidencia entre las mujeres que entre los hombres. En este sentido, Wilson (1978) apunta que las mujeres tienden a utilizar en la masturbación o durante una relación heterosexual fantasías en las que son violadas o forzadas a realizar una actividad sexual determinada.

Bancroft (1983) ha planteado que la agresividad está relacionada con el dominio, lo que parece relevante para explicar el sadomasoquismo. En la mayoría de las culturas, el dominio sexual se considera como un aspecto clave de la masculinidad y la sumisión o pasividad de la mujer constituye una característica estereotipada femenina. A veces, este patrón sexual deviene patológico y tanto el dominio como la sumisión pueden manifestarse en forma de una ritualización

sadomasoquista que se convierte en un poderoso estímulo sexual.

En conclusión, el origen de estas conductas es enigmático e incluso en el caso de masoquismo estamos ante una conducta que viola los principios biológico-evolutivos de supervivencia (Hinde, 1974). Sin embargo, todos estos fenómenos son sin duda otro ejemplo característico de la condicionabilidad y flexibilidad de las respuestas sexuales en los seres humanos, que mediante este proceso se desarrollan a lo largo del tiempo con una entidad propia.

### *Travestismo fetichista*

El travestismo consiste en vestirse con ropas del otro sexo, con el fin de excitarse y disfrutar sexualmente. En este sentido el travestismo puede considerarse un tipo peculiar de fetichismo. Las fantasías más habituales que se producen durante la vestimenta son las de ser sexualmente atractivo a otros hombres vestido de esta manera. Es posible que el travestismo en adultos no tenga tanto una finalidad de excitación sexual como un modo de sentirse más elegantes o bien, si se convierte en una conducta compulsiva, para aliviar ansiedad (Buhrich, 1987).

Los travestis «nucleares» tienen una decidida orientación heterosexual y están casados (Prince y Bentler, 1972), aunque existen homosexuales que se visten con ropa de mujer, para obtener experiencias sexuales con hombres, pero el acto travestista en sí no les excita sexualmente.

El travestismo se da casi exclusivamente entre los hombres y es normalmente una conducta privada (Geldery Manks, 1969). Sin embargo, vestirse con ropa de otro sexo tiene cierto encanto para la mayoría de las personas. Ocurre

en muchas sociedades y, a través de la historia, se ha institucionalizado de varias formas, aunque casi todas ellas relacionadas con espectáculos, ciertas fiestas populares, como son los carnavales, etc.

Desde el punto de vista sexual, esta actividad es de minorías y en muchos casos existen asociaciones y organizaciones de travestidos que defienden sus intereses. Estos individuos, cuando se disfrazan, en alguna medida entran en el rol social de las personas del otro sexo. Muchos hombres travestidos creen que tienen una parte femenina que necesitan expresar, y a menudo consideran que tienen una personalidad distinta cuando están disfrazados. Las actitudes sociales hacia el travestismo van desde la indiferencia a la curiosidad, pero raramente la persecución, en comparación con otras desviaciones.

En cuanto a la incidencia de este desorden, se han hecho estimaciones aproximadas y se ha postulado que entre el 1 y el 3 por 100 de la población, en algún determinado momento, se traviste o ha travestido. En Estados Unidos, Prince y Bentler (1972), enviaron cuestionarios a los lectores de la revista «Transvestia» y encontraron que el 86 por 100 de los lectores eran heterosexuales, el 28 por 100 había tenido alguna experiencia homosexual y el 78 por 100 estaba casado. Al mismo tiempo, encontraron que el 14 por 100 de los lectores de esta revista había empezado a travestirse antes de los cinco años, el 40 por 100 entre los cinco y los diez años, el 37 por 100 entre los diez y dieciocho años y el 18 por 100 después de los dieciocho años. Buhrich y McConaghy (1977), encontraron resultados similares, y descubrieron que la mitad de los sujetos que respondieron a un cuestionario habían mantenido su travestismo de forma secreta, mientras que alrededor de un tercio lo hacía en público.

respuesta especialmente condicionable (Rachman & Hogdson, 1968; Bancroft, 1974). Si se da una erección ante estímulos de distinta naturaleza, los procesos cognitivos llegan a mediar, conectando la respuesta sexual con esos estímulos ambientales. La ausencia de una respuesta genital fácilmente condicionable en la mujer, puede explicar en parte porqué este tipo de conductas se da con mayor frecuencia entre los hombres.

Existen cotidianamente muchos estímulos (perfumes, vestidos...), asociados a estímulos sexuales, que podrían convertirse para muchas personas en estímulos condicionados «fetichizables», pero esto no suele ocurrir. No se sabe aún por qué ciertos estímulos (ejemplo, ropa interior) son más condicionables que otros, aunque posiblemente tiene relación con objetos ligados a vínculos afectivos desde la infancia. Sin embargo, es tentador asumir que el objeto fetichista tiene un significado que va más allá del condicionamiento aleatorio de un estímulo cualquiera. Los teóricos del psicoanálisis no tienen dudas al respecto, y especulan con la posibilidad de que el fetichismo es una conducta que protege contra la denominada «angustia de castración» ya que no hay ninguna persona presente que pueda suponer una amenaza para el individuo (Freud, 1927).

En algunos casos, se ha postulado que este tipo de personas tienen rasgos de anormalidad, y además algunos autores han sugerido una correlación entre algunos tipos de epilepsia y conducta fetichista (Epstein, 1960; Bail, 1968). Sin embargo, estudios controlados más recientes no han hallado ninguna asociación especial entre la epilepsia y trastornos sexuales (Shukla y otros, 1979).

### *Frotteurismo*

Consiste en excitarse sexualmente como consecuencia de frotar o presionar alguna parte del cuerpo (normalmente el pene o las manos) contra una persona sin su consentimiento. Se estima que este desorden es escaso y se produce en el metro, autobús u otras situaciones en las que concurren muchas personas y en las que es fácil escapar (Solomon & Patch, 1974).

### *Paidofilia*

Es un trastorno consistente en impulsos y fantasías sexuales recurrentes en torno a actividades sexuales con menores. Como en la mayor parte de las parafilias, el DSM-III-R (APA, 1987) propone que el diagnóstico se efectúe cuando esta persona, o bien ha actuado en los últimos seis meses siguiendo esos impulsos y fantasías, o bien se siente realmente trastornado por albergar esos sentimientos. Aproximadamente un 90 por 100 de los individuos condenados por estos actos son hombres (Finkelhor, 1986).

Suele ser un desorden que cubre un amplio rango de actividades de carácter heterosexual u homosexual; las prácticas sexuales de un paidofílico incluyen la masturbación manifiesta u oculta, una penetración sexual, o que un niño le masturbe. Aunque la excitación puede suscitarse tanto con niños como con niñas, es más frecuente con éstas. Esta parafilia empieza por lo general en la adolescencia, aunque suele manifestarse a una edad intermedia (aproximadamente desde los veinticinco años en adelante).

En contraste con la creencia popular, la mayoría de los paidofílicos no utilizan la violencia ni la fuerza física, pero la

reacción social es más punitiva que ante otro tipo de desviaciones como, por ejemplo, la violación. En nuestra cultura las relaciones sexuales entre niños y adultos están severamente sancionadas por la Ley, aunque no siempre ha sido así. En la Grecia clásica era algo deseable socialmente pues era privilegio de ciertas personas; no obstante, el trato con niños o adolescentes no era en esos casos sólo sexual, sino que tenía una función de protección y educación. Asimismo, actualmente en culturas del Pacífico en la iniciación de un púber o adolescente a la vida adulta, lo normal es que pase necesariamente por someterse a determinados actos paidofílicos (MONEY, 1987).

Por otro lado, y también en contra de algunas creencias extendidas, la paidofilia no es especialmente característica de los homosexuales. De hecho, éstos manifiestan una tasa semejante en este tipo de comportamientos paidofílicos a la de los heterosexuales.

En cuanto a las víctimas, las niñas sobrepasan a los niños en una proporción de dos a uno. En un estudio de Groth & Birnbaum (1978) efectuado con 175 personas acusadas de paidofilia, hallaron que la mayoría de los que preferían las niñas estaban casados y también les atraía sexualmente las mujeres adultas; además, sus víctimas solían ser conocidas. Por el contrario, los que prefieren niños parecen optar por desconocidos y permanecían solteros en su mayoría.

En cuanto a la prevalencia, parece que aproximadamente el 20-25 por 100 de todas las mujeres dan cuentas de algún tipo de abuso sexual, o intento de abuso durante su infancia (Alexander y otros, 1989).

Posiblemente una tercera parte de los abusos sexuales en la infancia son de

carácter incestuoso, bajo racionalizaciones tales como defender el «valor educativo» de tales prácticas o sugerir que el niño en cuestión le «provocó» sexualmente. El incesto, normalmente padre-hija, es aún más traumático para la víctima que otro tipo de abusos (Browne & Finkelhor, 1986) y es más normal que requiera tratamiento psicoterapéutico (Alexander y otros, 1989).

Es común observar en los paidofílicos que las habilidades heterosociales son inadecuadas (Marshall & McKnight, 1975). Los informes clínicos revelan que muchos de estos individuos son neutros desde el punto de vista sexual, e incluso llegan a mostrar reacciones fóbicas, en las relaciones con otros adultos o aversión a las características sexuales secundarias, tal como pechos, pelo en el área púbica, etc. También, se ha constatado que estos individuos, de niños, habían sido rechazados por sus compañeros, mostrando una historia personal con características de aislamiento y, en muchos casos, ellos mismos fueron víctimas de un abuso sexual en su infancia.

### *Sadismo sexual*

El sadismo consiste en excitarse, cuando se tienen impulsos o fantasías sexuales en torno a infligir algún dolor o humillación real a otra persona. Es el dolor de la víctima lo que produce excitación sexual en estos individuos. Este dolor puede causarse por medio de latigazos, mordiscos, pellizcos, y el acto puede variar en intensidad, desde una fantasía de mutilación de algún miembro del cuerpo hasta casos extremos de asesinato, lo que suele darse en ciertos sujetos que se excitan realizando conductas extremas de crueldad.

Kinsey y otros (1953), informaron que

En el estudio de Prince y Bentler (1972), más de tres cuartos de la muestra había estado casada y dos tercios todavía lo estaba en el momento de realizar el estudio, teniendo hijos las tres cuartas partes de la muestra. En este sentido, es posible afirmar que si el hábito de travestirse se limita a determinados lugares de carácter privado y si no existen tendencias transexuales, entonces es probable que la relación de pareja, en aquellos casos en que se de esta conducta, se adapte a esta situación.

La conducta de travestirse, si se ha aprendido durante la adolescencia puede llegar a desaparecer en las primeras etapas de una relación heterosexual, y cuando surgen problemas en la relación de pareja, sobre todo dificultades sexuales, suele aparecer la necesidad de travestirse, fluctuando a lo largo de los años, según los altibajos que se produzcan en la relación de pareja (Bancroft, 1983). Esto confirma la idea de que los travestidos con tendencias fetichistas manifiestan una forma alternativa de conducta heterosexual, que es relativamente irrelevante en aquellos casos cuya relación heterosexual funciona bien. En todo caso, la idea popular de que estas conductas se han desarrollado por haber sido tratados o vestidos como niñas durante la infancia, no tiene ningún apoyo empírico (Buhrich y McConaghy, 1977).

### Voyeurismo

Estos individuos se excitan y disfrutan sexualmente observando a escondidas a otras personas, normalmente desconocidas, mientras están desnudos, se quitan la ropa, o realizan alguna actividad sexual. Generalmente un «voyeur» es un hombre que observa a una mujer al desnudarse, aunque algunos pueden in-

tentar observar parejas realizando el acto sexual. De todas formas, el elemento crucial para excitarse sexualmente consiste en la ausencia de consentimiento por parte del individuo o individuos observados.

El objetivo de estas personas es no tener contacto sexual con la(s) persona(s) sino simplemente excitarse con su contemplación. Otro elemento importante que contribuye a su excitación es la situación de ilegalidad, riesgo, y secreto que su acción conlleva (Smith, 1976). Aunque sus víctimas pueden asustarse, es poco probable que estas personas sean peligrosas.

Desde la perspectiva conductual estos sujetos presentan un déficit en cuanto a mantener una relación íntima con alguien del sexo opuesto, así como una carencia de habilidades heterosexuales, por lo que la ansiedad incide en que eviten los encuentros de carácter sexual; además, suelen tener unas actitudes «puritanas» hacia las relaciones sexuales (Witzig, 1970). No obstante, estas personas parecen mantener relaciones heterosexuales normales aunque es habitual que hayan tenido una adolescencia de gran timidez en las relaciones interpersonales (McConaghy, 1984).

### Violación

La violación no aparece como «Trastorno sexual» en el DSM-III-R. De hecho, más que los componentes sexuales, en este tipo de acto priman los aspectos agresivos implicados. Por definición, la violación es un crimen que combina una conducta sexual con otra agresiva, implicando una actividad sexual con un individuo diferente al compañero habitual de pareja, bajo condiciones de fuerza, amenaza, violencia, o con una perso-

na incapaz de consentir esta conducta, como por ejemplo, en el caso de un deficiente mental, drogadicto, persona inconsciente o menor de 18 años. Generalmente, la violación la cometen los hombres contra las mujeres, aunque también se da entre hombres, sobre todo en las prisiones (Wooden & Parker, 1982). Por último, es posible que el forzamiento sexual de mujeres contra hombres sea mayor del que se creía; alrededor de un 5 por 100 de los casos pudieran ser de esta naturaleza, con consecuencias psicológicas comparables a las de otros tipos de violación (Kaszniel y otros, 1988).

La incidencia exacta de la violación es difícil de estimar, ya que la mayoría de las que se cometen pasan desapercibidas por no ser denunciadas, aunque en la actualidad esta tendencia empieza a invertirse. Normalmente el violador tiene antecedentes penales y suele ser menor de veinticinco años; por otro lado, al menos el 50 por 100 de los casos el violador y la víctima se conocían y, en ocasiones mantenían relaciones estrechas como amigos, compañeros, etc.

La violación suele dejar en la víctima efectos a corto plazo (ejemplo: pesadillas, náusea, ansiedad, ira, culpa y depresión) y a largo plazo (ejemplo: actitud negativa hacia las relaciones sexuales con personas del otro sexo y sentimientos de vulnerabilidad) —Frazier & Borgida, 1985. En estos casos está indicada una actuación terapéutica encaminada a ayudar a las víctimas a superar las reacciones negativas como vergüenza, humillación, insomnio, dispareunia, miedo a las relaciones sexuales, etc. (Sadock, 1982; Draucker, 1989).

En cuanto a las teorías existentes para explicar este tipo de desviación sexual existen pocos datos disponibles. Al igual que los individuos normales, los viola-

dores presentan más excitabilidad (evaluada con medidas pletismográficas) ante estímulos sexuales normales que ante estímulos que conllevan algún tipo de coerción. Sin embargo, la excitabilidad ante los estímulos coercitivos es mayor en los sujetos que muestran menos capacidad para inhibir voluntariamente su respuesta sexual cuando se les pide que lo hagan, lo que sugiere que la falta de control sobre la respuesta sexual pudiera ser una vía posible futura de distinción entre violadores y no violadores (Nagayama, 1989).

### Otras variaciones

Cualquier tipo de objeto y/o actividad puede convertirse sexualmente en excitante, ya que la condición necesaria para desarrollar un desorden sexual consiste en aparear algún objeto neutro o actividad con la excitación y/o gratificación sexual. Así pues, el rango de parafilias es muy amplio.

**Zoofilia.** Consiste en utilizar animales como método preferido o exclusivo para excitarse sexualmente. El animal se convierte en el objeto sexual y puede ser entrenado para realizar una amplia gama de actividades que llegan a excitar sexualmente al individuo.

En cuanto a la incidencia de este trastorno se ha estimado que en torno al 17 por 100 de los hombres adolescentes que viven en zonas rurales han tenido contactos de este tipo, llegando en algunos casos al orgasmo; esta incidencia es menor entre las mujeres, situándose en torno a un 4 por 100 los contactos de carácter sexual, aunque es muy poco probable que se llegue al orgasmo (Kinsey y otros, 1953). Generalmente la incidencia de estas conductas disminuye con la edad.

**Necrofilia.** Se define como la obtención de una gratificación sexual mediante el contacto con un cadáver. La persona con este trastorno intenta estar en contacto con cadáveres, llegando a veces a realizar el acto sexual (Solomon & Patch, 1974). En ciertos casos el trasgresor asesina a la víctima y luego realiza el acto sexual; esta conducta es una forma extrema de sadismo. A la mayoría de los necrófilos se les considera psicóticos y extremadamente patológicos (Hyde, 1979). Estos individuos pueden llegar a sacar cadáveres de las tumbas, intentar trabajar en la funeraria, etc. No se excitan con personas vivas, aunque algunos podrían llegar a realizar el acto sexual si su compañero de pareja simula estar muerto.

**Coprofilia.** La coprofilia implica un interés sexual anormal por manipular excrementos (Delora & Warren, 1977). Estos desórdenes son escasos y se relacionan con otro tipo de conductas desviadas, como son el sadismo, masoquismo, voyeurismo, etc., y, en ocasiones, estados psicóticos.

**Uretrismo.** Se refiere a la excitación sexual que se obtiene como consecuencia de la estimulación de la uretra introduciendo algún objeto (Delora & Warren, 1977). Los peligros médicos asociados con este tipo de práctica sexual son considerables, ya que el objeto introducido para estimular la uretra puede entrar en la vejiga. Relacionado con este desorden está la *urofilia* que consiste en excitarse sexualmente con la orina. La excitación puede obtenerse observando a otras personas o animales orinando, orinando con otras personas, siendo orinado o bebiendo orina (Allen, 1969).

En general, todos estos desórdenes son escasos y raramente investigados.

Sin embargo, consideramos que estas parafilias probablemente son aprendidas mediante condicionamiento y aclaran la hipótesis de que cualquier actividad y objeto puede llegar a ser sexualmente excitante y utilizado como método para obtener gratificación sexual.

## 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. Las causas de tales disfunciones son orgánicas sólo en un 5 ó 10 por 100 de los casos (Masters y Johnson, 1977; Kaplan, 1978; Dickes, 1980).

La característica esencial de tales disfunciones es la inhibición de algunas de las fases de la respuesta sexual 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); Declaux y Gutiérrez (1980)— y, ésta, a su vez, origina por muchos factores (temores y prejuicios sexuales, falta de comunicación, inseguridades sobre la propia capacidad sexual, etc.).

La frecuencia de los trastornos sexuales es probablemente alta, pero no se conocen con exactitud cifras. Por ejemplo, Frank y otros (1978) hallaron que, en matrimonios relativamente felices y bien acoplados, el 40 por 100 de los hombres y el 60 por 100 de las mujeres,

Frecuencia de trastornos sexuales femeninos

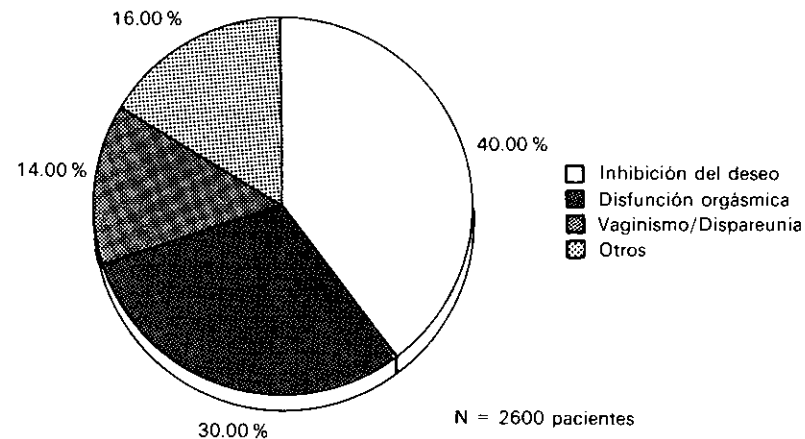


Fig. 2. Trastornos sexuales femeninos más frecuentes en la clínica. (Basado en datos de Bancroft & Coles, 1976; Mears, 1978; Cole, 1982; Masters & Johnson, 1970; Heisler, 1983.)

presentaba algún tipo de disfunción sexual. En las figuras 2 y 3 presentamos una serie de índices epidemiológicos obtenidos de la combinación de resultados

obtenidos en estudios diversos. En ambas figuras, los datos se refieren a poblaciones clínicas, es decir, personas que solicitan ayuda profesional por algún

Frecuencia de trastornos sexuales masculinos

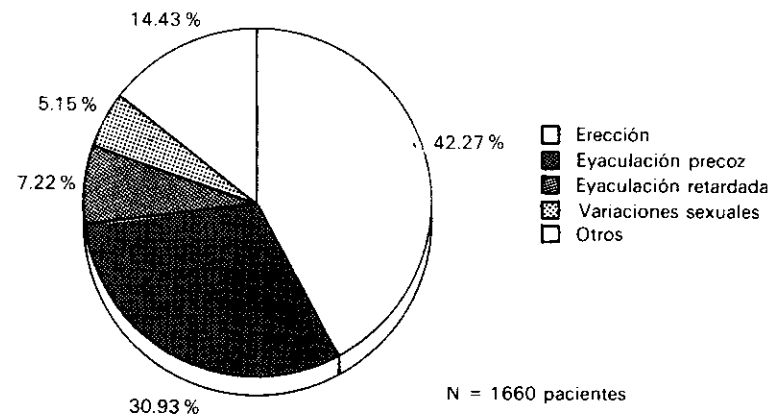


Fig. 3. Trastornos sexuales masculinos más frecuentes en la clínica. (Basado en datos de Bancroft & Coles, 1976; Mears, 1978; Cole, 1982; Masters & Johnson, 1970; Heisler, 1983.)

problema sexual. Sin embargo, estas cifras probablemente no son un buen índice de la *prevalencia verdadera* de estos trastornos en la población general. En la tabla 2 presentamos algunas estimaciones epidemiológicas, basadas en diversos estudios, sobre la prevalencia de estos trastornos en la población; como se puede apreciar, existe una gran disparidad de datos y, por lo tanto, todas estas cifras ha de considerarse de un modo relativo.

Según la clasificación del DSM-III-R (APA, 1987), muy semejante a la de Masters & Johnson (1978), los diversos tipos de disfunciones sexuales se agrupan básicamente en cuatro áreas diferentes (véase la tabla 1): Trastornos del Deseo Sexual, de la Excitación Sexual, del Orgasmo y el Dolor Sexual.

### Trastornos del Deseo Sexual

La DSM-III-R define el desorden del deseo sexual hipoactivo como la «ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad de forma persistente o recurrente». La aversión sexual se caracteriza como la «aversión extrema, persistente o recurrente, hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja

sexual» (véase el excelente trabajo de Kaplan, 1988). Probablemente estos trastornos son algo más frecuentes en mujeres que en hombres (véase la tabla 2).

No se conocen sus causas exactas aunque se puede postular que el consumo de ciertas drogas y/o medicamentos (antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, alcohol, opiáceos, cocaína, etc.) pueden incidir en su origen. También se ha sugerido que si uno de los miembros de la pareja está afectado por alguna disfunción sexual, por ejemplo, si el hombre tiene problemas de erección o carece de habilidades al hacer el amor, el resultado puede ser la inhibición sexual en la mujer o aversión al sexo. Los problemas en la relación de pareja, y los estilos de vida inadecuados (ejemplo: un énfasis excesivo en el trabajo) también afectan casi siempre a las relaciones sexuales.

Edward y Booth (1976) hallaron cifras relativamente altas de tal inapetencia en parejas relativamente jóvenes: 1/3 del total no mantenían contacto sexual durante períodos de unas ocho semanas por término medio. En mujeres de un nivel socioeconómico alto que se sometieron voluntariamente al estudio, Frank y otros (1978) descubrieron que el 2 por 100 nunca mantenía contacto sexual con

**Tabla 1.** Principales trastornos sexuales en el hombre y la mujer, según la clasificación del DSM-III-R (APA, 1987).

Trastornos	Mujeres	Hombres
Deseo sexual	Deseo hipoactivo Aversión sexual	Deseo hipoactivo Aversión sexual
Excitación sexual Orgasmo	Trastorno en la excitación Orgasmo inhibido	Trastorno en la erección Orgasmo inhibido Eyaculación precoz
Dolor sexual	Dispareunia Vaginismo	Dispareunia

**Tabla 2.** Estimación de la frecuencia de Trastornos Sexuales en la población general. (Basado en datos de Nathan, 1986; Bancroft, 1983; Cole & Dryen, 1988.)

<i>Hombres</i>	
Inhibición del deseo	1-15 %
Trastornos en la erección	7-20 %
Eyaculación precoz	3-13 %
Eyaculación retardada	1-4 %
Variaciones sexuales	?
<i>Mujeres</i>	
Inhibición del deseo	1-35 %
Disfunción orgásmica	5-40 %
Vaginismo/Dispareunia	4 %
Variaciones sexuales	?

sus maridos y el 8 por 100 lo tenía menos de una vez al mes. Algunos dudan que estas cifras sobre la frecuencia de coito tengan un peso crucial como traductoras del éxito y felicidad conyugales, pero es bastante probable que reflejen y a la vez encapsulen situaciones de falta de comunicación en otros niveles.

### Trastornos en la Excitación Sexual

#### *Trastornos en la excitación sexual en el hombre*

El término de «Trastorno en la erección», que sirve para designar esta alteración en los hombres, ha sustituido al término peyorativo de «impotencia». Se define como «el fracaso parcial o completo, persistente o recurrente del hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual; o la falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación y de placer durante la actividad sexual en el hombre». La prevalencia de este trastorno es

progresiva según la edad: desde un 20 por 100 de los hombres de sesenta años a un 75 por 100 de los de ochenta años de edad.

La impotencia crónica es muy rara. Afecta sólo a un 1 por 100 de sujetos menores de treinta y cinco años (Nadelson, 1978) 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 por 100 de la población masculina (Declaux y Gutiérrez, 1980). En la serie de parejas casadas analizadas por Frank y otros (1978), el 7 por 100 de los hombres decían tener dificultades en lograr erección y el 9 por 100 en mantenerla.

Normalmente este trastorno está causado por algún problema de ansiedad pero, a la vez, genera por sí mismo una gran ansiedad en quien lo padecen por lo que el problema se retroalimenta. Aunque los problemas orgánicos no suelen ser su origen hay que destacarlos mediante un buen diagnóstico diferencial (Levine, 1976) empleando, incluso, medidas de tumescencia del pene en fase

REM (Karacan, 1978); otras pruebas específicas de diagnóstico diferencial son, además la historia clínica y biográfica del sujeto, la curva de glumecia, la determinación sérica de testosterona y prolactina, y algunas pruebas funcionales (ejemplo: cavernosograma, cistometrograma, etc.).

En los casos de trastornos de la erección efectivamente se observa en la mayoría de los casos síntomas de ansiedad (angustia al fracaso, miedo al embarazo,...); asimismo, los criterios sociales de «eficacia» se han trasladado a las relaciones sexuales y en los hombres se crea una auténtica angustia por el rendimiento (fomentada en parte por lecturas, medios de comunicación, fantasías, ...). Este es uno de los puntos que antes se intenta abordar en la gran mayoría de las terapias sexuales (Masters y Johnson, 1977, 1978, O'Leary y Wylson, 1975, Kaplan, 1978). Por otro lado, el papel sexual más activo y con más iniciativa que la mujer va adoptando progresivamente es la causa de muchos problemas de ansiedad en el hombre.

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

#### *Trastornos en la excitación sexual en la mujer*

El trastorno en la excitación sexual denominado previamente «frigidez» se

define como «el fracaso completo o parcial, persistente o recurrente, en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propias de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual; o, como la falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación sexual y de placer en la mujer durante la actividad sexual» (APA, 1987).

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 respuestas normales de lubricación y vasocongestión.

Es una disfunción muy frecuente. En la muestra de Frank y otros (1978) el 33 por 100 de las mujeres decían tener dificultad en mantener o lograr la excitación sexual. Aunque deben excluirse problemas orgánicos —quizás en un futuro, con medidas de volumen sanguíneo y pulso vaginal en REM (McConaghy, 1984) puedan evaluarse con más precisión los correlatos psicofisiológicos—, los principales factores etiológicos son los educativos (expectativas traumáticas, desconocimiento, deseo de mostrar una determinada imagen, vergüenza...) y, en otros casos, la principal causa reside en 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 reafirma y perpetúa el problema.

#### **Trastornos del orgasmo**

##### *Trastornos del orgasmo en el hombre*

a) *Orgasmo inhibido*. Consiste en la «ausencia o retraso persistente o recu-

rrente del orgasmo en el hombre, tras una fase de excitación sexual normal... Esta dificultad para llegar al orgasmo normalmente se limita al caso del orgasmo intravaginal ya que el orgasmo es posible con otros tipos de estimulación (ejemplo: masturbación)». La erección es normal en estos sujetos.

De los sujetos del estudio de Frank y otros (1978) sólo el 4 por 100 manifestaba tener demora, y ninguno dijo ser totalmente incapaz de eyacular. La prevalencia real de este trastorno posiblemente oscila en torno a un 3 ó 4 por 100 de la población (véase la tabla 2) y es uno en los que se alcanza un mayor éxito terapéutico.

Como factores específicos etiológicos, son muy frecuentes el haber tenido unas primeras experiencias traumáticas (McGuire, 1965) o haber tenido una educación sexual defectuosa y muy estricta, así como el tener disputas conyugales frecuentes (Marmor, 1982b). Es una disfunción típica debida al hipercontrol, a la auto-observación y a la ansiedad vinculada a la ignorancia.

b) *Eyacuación precoz*. La definición de este trastorno ha cambiado en los últimos años. Mientras que definiciones anteriores subrayan la existencia de una falta de *sincronía* en alcanzar el orgasmo respecto a la otra persona<sup>1</sup>, en el DSM-III-R simplemente se define como «la eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante, o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee». Aun-

que apenas se dispone de datos, parece que un problema semejante puede observarse también en algunas mujeres (Marmor, 1982b).

Aunque la eyacuación rápida parece ser una característica típica de los niveles filogenéticos elevados (Kinsey y otros, 1948), la causa de la eyacuación precoz humana suele ser claros componentes psicológicos (básicamente de ansiedad) en la inmensa mayoría de los casos (Nadelson, 1978; Andersen, 1983). Este problema es, tras los trastornos de erección, el más frecuente tratado y diagnosticado en la clínica, pues afecta a una 30 por 100 aproximadamente de este tipo de pacientes (véase la figura 3).

##### *Trastornos del orgasmo en la mujer*

*Orgasmo inhibido*. Consiste en la «ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación normal, en el transcurso de una actividad sexual. Algunas mujeres llegan al orgasmo durante la estimulación clitorídea no coital, pero son incapaces de alcanzar el orgasmo durante el coito si falta la estimulación clitorídea manual»; (APA, 1987). Según el DSM-III-R, este método manual de conseguir el orgasmo durante el coito debe considerarse *normal*, a no ser que el clínico considere, tras una evaluación rigurosa, que existe una inhibición psicológica que justifique el diagnóstico. Es muy frecuente que la disfunción sea situacional, es decir, que se dé preferentemente en el coito pero no en otras situaciones (ejemplo: la masturbación). Junto con la inhibición del deseo sexual, es el problema más frecuente en la clínica (véase la figura 2) y posiblemente afecte a un porcentaje bastante alto de la población general aunque hay una gran

<sup>1</sup> En la definición de Masters y Johnson, por ejemplo, se diagnostica el problema si el sujeto alcanza el orgasmo antes que su mujer en un 50 por 100 o más de las ocasiones; una ventaja de este criterio es que se considera la experiencia sexual como algo mutuo de la pareja.

disparidad en las cifras disponibles hasta la actualidad (véase la tabla 2).

### Trastornos sexuales por dolor

**Dispareunia.** La dispareunia consiste en el dolor genital durante o después del coito bien sea en la mujer (mucho más frecuente) o en el hombre (Marmor, 1982a). 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 por 100 de las pacientes ginecológicas y parece aumentar con la edad (Masters y Johnson, 1978). Es la disfunción sexual que tiene más probabilidades de tener alguna factor orgánico subyacente: en el 30 ó 40 por 100 de las pacientes se aprecia algún tipo de patología pélvica (Fordney, 1978).

**Vaginismo.** Se refiere a la «aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere con el coito. La alteración no está provocada únicamente por un trastorno físico ni es debida a otro tipo de trastorno» (APA, 1987).

Quizás puede considerarse como una respuesta condicionada refleja. 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 trastorno no excesivamente frecuente (véase la tabla 2 y la figura 2); por ejemplo, sólo un 8,5 por 100 de las 342 mujeres de una muestra de pacientes de Masters y Johnson (1978) presentaban este tipo de trastornos.

## TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GENERO

### El desarrollo de la identidad sexual

La identidad sexual es el sentimiento de «masculinidad» o «femineidad» que

tiene una persona. La convicción sobre la pertenencia a uno y otro género, emerge a partir de multitud de intrincados caminos a lo largo del propio desarrollo. 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...).

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) han puesto de manifiesto cómo el surgimiento de la identidad sexual es un sofisticado y elaborado proceso biopsicosocial que tiene como lejano punto de partida el sexo cromosómico (véase la figura 1). Muchos de los factores de este esquema tendrían varios antecedentes; (por ejemplo: importantes elementos causales pueden ser procesos de condicionamiento clásico y operante, experiencias tempranas, etc. (Stoller, 1982).

### Tipos de trastornos

La característica esencial de estas alteraciones es la existencia de una *incongruencia* entre el sexo anatómico que se posee y el sexo con el que la persona íntimamente se identifica. Esta incongruencia puede variar desde el reconocimiento personal de que uno es hombre o mujer pero se siente incómodo con dicha identidad, hasta el transexualismo, en el que la persona se siente «atrapada» en un cuerpo de un sexo diferente al que anatómicamente posee. Normalmente son trastornos que comienzan a apreciarse desde la infancia del sujeto, por lo

que en el DSM-III-R no se incluyen bajo el apartado de los Trastornos Sexuales sino como un apartado propio dentro del *Eje 2*.

En estos trastornos hay una sensación de ambigüedad o indeterminación en la identidad sexual o incluso una convicción de «pertenercer» al otro sexo. Estos trastornos no deben confundirse con la sensación muy común de «no ser suficientemente hombre (o mujer)», lo que a su vez puede ser importante en la causación de otros problemas psicosexuales.

En todos estos trastornos también se observan tasas de prevalencia mayores en los hombres que en las mujeres, especialmente entre las personas que solicitan ayuda para su problema. Realmente no se sabe nada sobre a qué puede deberse esta diferencia en el ratio hombre/mujer; quizás el proceso de identificación sexual del niño sea más costoso pues debe identificarse con personas del sexo opuesto al de la persona con quien primariamente se identifica y tiene relaciones, es decir, la madre. Quizás también pueda hablarse de una «protofemineidad» en todos los seres humanos, tanto por simples razones de *crianza* puesto que existe una primera y fuerte vinculación con la madre, como por razones *biológicas* dado que si bien hasta la 12ª semana el feto es más bien indiferenciado o «bipotencial» (cf. Money, 1987), en realidad conlleva las características anatómicas propias del sexo femenino (Money & Ehrhardt, 1972; Sadock, 1982). En palabras de Money (1965): «...sin andrógenos, el impulso primordial de la naturaleza es el de hacer una hembra, al menos morfológicamente hablando». Se podría pensar, un tanto irónicamente, que a pesar del laborioso proceso implicado en la adquisición de la identidad masculina, los beneficios reportados por la asunción del papel sexual masculino

recompensan tales esfuerzos; de otro modo, no se explican fenómenos como el del «machismo».

### Alteración de la identidad de género en la infancia

En determinados niños (o niñas) se produce una profunda alteración del sentimiento de masculinidad o femineidad que les sería propio. Esta alteración es algo mucho más radical que el simple rechazo de algunos papeles estereotipados sexuales (ejemplo: llevar faldas, jugar con juguetes «de niños» o «de niñas»), dado que consiste en un profundo deterioro de su sentimiento de masculinidad o femineidad que se traduce en aspectos tales como un rechazo a los propios órganos genitales, una profunda aversión a las actividades convencionales propias de cada sexo, etc. Aunque puede aparecer desde edades tempranas, el diagnóstico debe efectuarse sólo *antes* del inicio de la pubertad (APA, 1987).

Estos niños se sienten completamente identificados psicológicamente con el sexo opuesto. En general niegan sentirse afectados por esta alteración, excepto por los problemas que puede acarrear en las relaciones con su familia o sus compañeros. No se conoce la prevalencia de esta alteración. En poblaciones clínicas son más frecuentes los niños, pero se desconocen las tasas epidemiológicas verdaderas para ambos sexos en la población general.

Algunos casos aislados pueden desembocar posteriormente en la transexualidad, aunque es más frecuente que evolucionen hacia la homosexualidad durante la adolescencia y la vida adulta (McConaghy, 1984; Green, 1985). Sin embargo, aunque muy pocos casos derivan hacia el transexualismo, la mayoría de los

transexuales si tuvieron problemas de identificación sexual desde su infancia (APA, 1987).

### 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. Hay que excluir la presencia de problemas psicopatológicos graves, dado que, por ejemplo, en muchos casos el tema delirante de la esquizofrenia es de tipo sexual (ejemplo: creencia de que alguien le ha cambiado su sexo). También debería ser excluidas aquellas personas que muestran un fetichismo sexual hacia las ropas u objetos de mujeres, y a aquellas cuyo deseo de cambio de sexo pueda deberse a un miedo a aceptar su orientación homosexual (Becker & Kayoussi, 1989). Dadas estas restricciones diagnósticas, los «auténticos» transexuales *no* parecen tener problemas psicopatológicos serios (Hunt y otros, 1981).

La prevalencia de estos trastornos es muy baja. Se estima que hay unos 30.000 casos en todo el mundo. Si bien es al menos unas tres o cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, es similar la proporción de personas de ambos sexos que finalmente se someten a una cirugía correctora de su sexo. A este respecto, el cambio quirúrgico debe ser *precedido* por un cuidadoso y prolongado proceso de adaptación a los hábitos de comportamiento del sexo que van a «adquirir» (ejemplo: depilarse, maquillarse, etc.) —véase Becker & Kayoussi, 1989.

Su inicio como tal alteración de la identidad acontece normalmente en la última etapa a 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 con éste. Existe una polémica bioética respecto a si estas personas no serían, en realidad, personas inmaduras e inestables psicológicamente en vez de personas normales «atrapadas» en cuerpos de hombres (McCounagh, 1984).

A diferencia del transexualismo, en el *travestismo* (caracterizado por llevar ropa del sexo opuesto, maquillarse, etc.), se da 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 absoluta disfórica 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. Aunque no pueden ser llamados con propiedad «homosexuales», Money (1969) observó que de veinte transexuales varones operados, once se casaron con un hombre (no homosexual ni transexual), pero sorprendentemente nueve encontraron finalmente su pareja en una mujer.

En estas personas no se ha hallado ningún tipo de alteración en ningún parámetro biológico significativo (Hoening, 1985) lo que sugiere que otros factores (prácticas de crianza, formación de la autoimagen, experiencias de aprendizaje, etc.) son los determinantes básicos de la orientación sexual. Esta afirmación viene avalada, además, por lo

que se observa en los problemas de intersexualidad que trataremos a continuación.

### Intersexualidad

Aunque este problema no se contempla dentro de las clasificaciones de la APA, estos cuadros merecen alguna atención. Se trata de personas que realmente poseen algunas características anatómicas o fisiológicas del sexo opuesto; es decir, en ellas *coexisten* órganos masculinos con órganos femeninos (ejemplo: presentar pene y escroto y dos ovarios o útero). La discordancia puede presentarse en los cromosomas (ejemplo: XXY, ó XO), en los genitales externos (ejemplo: pseudohermafroditismo), en los órganos sexuales internos, etc. (Stoller, 1982).

En estos cuadros pueden aparecer graves alteraciones de la identidad sexual (Money & Ehrhardt, 1972). Sin embargo, su mayor interés teórico es que la identidad de género de estos sujetos es básicamente aquella que les fue asignada y en la que se les ha *educado* (Money & Hampson, 1975; Stoller, 1982). Así, por ejemplo, Money & Hampson comprobaron que a los dos o tres años de edad, estos niños presentaban un tipo marcado de comportamiento (masculino o femenino) según la asignación sexual que se les hubiese hecho al niño al nacer, lo que se efectuó en función de su apariencia sexual externa, evidentemente sin conocer sus otras características sexuales ocultas.

## LA EVALUACION DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

Para poder llevar a cabo la evaluación de las alteraciones sexuales, el pro-

cedimiento más utilizado por su sencillez y rapidez es la entrevista clínica. Sin embargo, su aplicación al campo de los trastornos sexuales conlleva ciertos problemas que es necesario considerar (Bancroft, 1983; Hawton, 1985; Jehu, 1979; Kaplan, 1985; Skinner & Rice, 1985). Recientemente, Silva (1987) resumió los aspectos más importantes a considerar en el momento de aplicar la entrevista; si el paciente se siente incómodo hablando de temas íntimos con un desconocido, el terapeuta debe ser sensible, tratando de establecer una buena comunicación con él en las primeras sesiones, investigando en primer lugar los factores que han contribuido al desarrollo de su problema para adentrarse a continuación de forma más detallada en su problema sexual concreto; en este tipo de entrevista también es importante utilizar un lenguaje sencillo y comprensible para el paciente, eliminando los términos técnicos y facilitando que el sujeto se sienta comprendido por su terapeuta, planteando preguntas concretas y específicas para evitar las respuestas vagas y/o generales; también es importante que el paciente no se sienta juzgado, ya que una simple insinuación en este sentido puede generar una actitud defensiva, llevándole a omitir datos importantes sobre el trastorno.

La evaluación de las alteraciones sexuales mediante la entrevista debe centrarse en las siguientes áreas:

### Identificación del problema

Es necesario obtener una descripción detallada del problema o problemas, especificando pormenorizadamente los componentes de cada conducta problema, y el contexto ambiental y situacional en que ocurre (Beutler, 1986; Wincze,

1981). Por ejemplo, Antonio presenta un problema de paidofilia, y se caracteriza por excitarse sexualmente ante la presencia real o imaginaria de niños en torno a once años, con piel clara, pelo rubio, etc. Tiene una amplia colección de fotografías de niños de estas características que obtuvo en las piscinas, parques, salidas de colegios, etc. También tiene una buena relación con el hijo de unos amigos, al que lleva al cine. Nunca ha intentado una relación sexual, ya que de momento se masturba ante las fantasías que él mismo ha elaborado con las fotos, etc.

### Análisis evolutivo del problema

Desde su comienzo hasta la actualidad, especificando cuando ocurrió por primera vez, circunstancias bajo las que apareció y consecuencias de la conducta problema para el paciente. También es importante determinar la historia sexual en cuanto a las experiencias sexuales y al desarrollo de la sexualidad. En cuanto a las experiencias sexuales tempranas, se puede investigar: ¿qué tipo de juegos realizabas de niño que tenían algún contenido sexual?, ¿como adolescente recuerdas algún juego o caricias que fueran excitantes?, ¿cómo fue la primera masturbación y la primera vez que tuviese relaciones sexuales, fueron agradables ese tipo de experiencias?, ¿qué tipo de objetos, actividades, películas, novelas te excitaban antes y ahora?, ¿cómo son tus relaciones sexuales de adulto?, ¿has tenido otro tipo de relaciones sexuales que recuerdes de forma especial?, ¿has tenido con anterioridad otro tipo de problemas sexuales?, etc.

### Factores de predisposición

#### *Determinantes biológicos de los problemas sexuales*

Las respuestas de erección, eyaculación y lubricación responden a mecanismos reflejos desencadenados por la estimulación física de los genitales. La fase de excitación está bajo control del sistema nervioso parasimpático y la fase de orgasmo por el sistema nervioso simpático. Esto explica porqué algunos pacientes sólo muestran una alteración en la fase de excitación y no en la de orgasmo, y viceversa. De ahí que tanto las drogas, enfermedades y procesos biológicos, que afectan de forma distinta al sistema nervioso simpático y parasimpático, influyan de forma diferente en la excitación y en el orgasmo. Así, en el caso del hombre la ocurrencia selectiva u ocasional de una erección o un orgasmo, se ha propuesto para explicar que el problema tiene un origen psicológico, mientras que la ausencia total sería indicativo de una causa orgánica.

En los determinantes biológicos de los problemas sexuales también se han incluido problemas neurológicos (lesiones del hipocampo y sistema límbico, daño en la médula espinal, debido a tumores, inflamaciones, esclerosis múltiple, espina bífida, etc.), enfermedades vasculares (trombosis locales, diabetes mellitus), desórdenes hormonales y/o endocrinos (hipopituitarismo, síndrome de Cushing, tumores en los testículos y/o ovarios, castración, cirrosis hepática que conduce a una atrofia de los testículos, defectos congénitos), consumo de drogas y/o medicamentos (alcohol, opiáceos y cocaína, antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos). En los determinantes biológicos, es frecuente considerar el efecto de la edad sobre la sexualidad; en muchos

casos, la edad juega un papel importante en la etiología de ciertos problemas sexuales; así el hecho de que con la edad se tarde más en presentar una erección o que el periodo refractario sea mayor, puede desencadenar una serie de pensamiento relacionados con la inadecuación sexual, con lo que se incrementará el nivel de ansiedad y probabilidad de que el hombre fracase en una relación sexual con su compañera de pareja, aunque su normalmente capacidad de obtener erecciones y eyacular se mantiene a lo largo de la vida. En la mujer, durante la menopausia pueden surgir problemas relacionados con la capacidad de lubricación, que puede reducirse o llevar más tiempo del habitual.

#### *Determinantes psicosociales*

— Funcionamiento psicológico: se puede realizar un estudio psicológico para determinar si el paciente está afectado por otro tipo de problemas como depresión, un alto nivel de estrés o ansiedad, ya que estos factores se han relacionado con problemas sexuales.

— Actitudes sexuales: suelen jugar un papel importante, las convicciones religiosas y morales. También las expectativas que tiene el paciente sobre cuál debe de ser el comportamiento de la pareja en cada una de las fases de la respuesta sexual, por ejemplo: ¿qué tipo de pensamientos tiene el sujeto en relación con situaciones de carácter sexual? (Masters & Johnson, 1970). Existen además influencias culturales que afectan las actitudes sexuales por medio de creencias y tabúes que cada cultura tiene sobre el sexo.

— Reacciones afectivas: Wilson, Spence y Kavanagh (1989), apuntaron que ciertas emociones como ira, culpabi-

lidad, miedo, desagrado y vergüenza, pueden interferir con el funcionamiento sexual. En este caso es importante investigar si el paciente se siente atraído hacia su compañero de pareja y si sus emociones cambian a lo largo de la relación sexual: ¿le gustaría tener relación con otra persona distinta?

— Capacidad para dar desarrollar y utilizar fantasías, durante la masturbación y/o relación sexual con otra persona.

— Preferencias sexuales: aunque no se necesita realizar con cada paciente una evaluación de la identidad sexual, sin embargo, en algunas desviaciones sexuales aparecen alteraciones en la identidad sexual, mostrando estos individuos conductas características del sexo opuesto. Un instrumento utilizado para evaluar la identidad sexual es la Escala de la Imagen Corporal, desarrollada por Lindgren y Pauly (1975), para evaluar el género sexual. Ha sido ampliamente utilizada en el caso de transexualismo. Esta escala intenta evaluar la satisfacción en del sujeto en relación con la apariencia física de las distintas partes de su cuerpo. Otra medida utilizada para evaluar la identidad sexual, es el Inventario de Roles Sexuales (Bem, 1974), que intenta medir la preferencia sexual del paciente por el rol masculino o femenino. Bem (1974) consideró que tanto la masculinidad como la feminidad son dos entidades separadas y distintas, y cree que es posible categorizar a un individuo en cuanto al género masculino o femenino, siendo el andrógino el que incorpora aspectos de ambos roles sexuales. También se puede evaluar la preferencia sexual, a través de la observación de la conducta manifiesta. Mediante sistemas codificados, Barlow, Reynolds y Agras (1973), valoraron la identidad sexual realizando un análisis de la conducta de

sentarse, estar de pie y caminar en ambos sexos; los resultados mostraron diferencias entre ambos sexos, teniendo las mujeres una mayor variedad de conductas.

— **Habilidades interpersonales:** es importante evaluar las habilidades sociales del paciente para desarrollar y mantener relaciones íntimas. ¿Qué tipo de relación tiene en la actualidad? En el caso de tener una relación estable, ¿cómo fueron sus relaciones sexuales, el nivel de comunicación, existen actividades e intereses comunes, cuál es el grado de satisfacción general con la pareja?

— **Habilidades y conocimientos sexuales:** ¿posee el paciente los conocimientos necesarios sobre la anatomía sexual del cuerpo, y las técnicas sexuales referentes a distintos tipos de estimulación y excitación en pareja o de forma individual (masturbación), etc.?

— **Factores ambientales:** como son la falta de oportunidades, la ausencia de intimidad o frecuentar ambientes poco propicios para alcanzar un desarrollo sexual satisfactorio.

— **Otros aspectos de interés:** el estilo de vida que lleva el paciente es importante, ya que, por ejemplo, trabajar excesivamente, el nivel de depresión o la presencia de problemas en la relación de pareja, pueden afectar a los problemas sexuales. Es de interés analizar la autoimagen del sujeto con respecto al sexo, así como la imagen ideal, es decir, ¿cómo crees que debe comportarse un hombre o una mujer, idealmente, en relación sexual? Kaplan (1985).

### Medidas específicas de evaluación

Masters y Johnson (1966) señalaron que existían una serie de medidas psicofisiológicas como son el incremento en la

presión sanguínea, tasa cardíaca y respiratoria, conductancia de la piel y dilatación de las pupilas, que correlacionaban significativamente con conductas de carácter sexual, como era la masturbación y el coito.

Las respuestas psicofisiológicas que se han utilizado con mayor frecuencia para evaluar la excitación sexual son: respuestas electrodérmicas, cardiovasculares, respiratorias, pupilares y de vasocongestión del pene y la vagina. De todos estos índices enumerados para medir la excitación sexual, en el caso del hombre, el más utilizado es la pletismografía del pene (McConaghy, 1987; Bancroft, 1983; Barlow, 1986; Oller y otros, 1984; Carrobbles, 1981), aunque uno de los problemas que tiene es que el sujeto puede «falsear» los datos ejerciendo algún control voluntario sobre su erección (Freund & Blanchard, 1989; Freund y otros, 1988). Para ello se coloca un transductor (un aro delgado de metal o bien un medidor de distensión de mercurio enfundado en goma) alrededor del pene (Barlow, 1986), y se registran los cambios que se producen en su circunferencia y volumen. En el caso de la mujer, se ha desarrollado la pletismografía vaginal, que consiste en una sonda acrílica con una fuente de luz incandescente en un lado y un detector de fotocélulas de selenio en otro. Básicamente, la sonda mide la cantidad de luz que se refleja en el tejido de la pared de la vagina e indica el grado de vasoconducción (Geer, Morokoff y Greenwood, 1974). En el caso de las disfunciones sexuales es de gran utilidad para determinar el origen orgánico o psicógeno de las mismas. Para llegar a un buen diagnóstico diferencial se está mostrando que tiene gran utilidad la medida pletismográfica de la tumescencia nocturna del pene, a través de las erecciones que regularmente tienen lugar

durante el sueño en las fases del sueño paradójico o fase de movimientos oculares rápidos (Karacan, 1978).

El objetivo de esta evaluación consiste en realizar un análisis psicofisiológica de la pauta de excitación sexual de un paciente, ante diversos estímulos. El procedimiento estándar de evaluación consiste en colocar al paciente en una habitación aislada, aplicándole alguno de los aparatos descritos, y a continuación se le presentan varios estímulos. Estos son ejemplos de las situaciones, objetos, personas, fantasías, relacionados en cada caso con la excitación sexual. Estos estímulos se presentan de forma secuencial, mediante descripciones realizadas en un cassette, o mediante la presentación de diapositivas, películas de video, etc. También se pueden obtener medidas subjetivas, como pedirle al paciente que vaya calificando, por ejemplo en una escala de 0 a 10, cuáles de los estímulos que se le van presentando cree que le excitan más y cuáles menos. Estas medidas complementarias son siempre necesarias, puesto que la correlación entre respuestas fisiológicas y subjetivas de excitación sexual *no es muy alta* (Hatch, 1981; McConaghy, 1984). Otro procedimiento complementario consiste en utilizar distintos instrumentos, según el aspecto de la conducta sexual que se necesite evaluar. Así, Masters y Johnson (1966, 1970) desarrollaron un formato de historia sexual; LoPiccolo y Heiman (1978) propusieron una entrevista estructurada para obtener la historia sexual; LoPiccolo y Steger (1974) investigaron un inventario de interacción sexual, actitudes respecto al sexo, conducta sexual, excitación sexual (ejemplo: Andersen y otros, 1989), identidad sexual, etc. Los interesados en conocer con mayor detalle estos inventarios pueden consultar Carrobbles (1981).

### TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES PSICOSEXUALES

En un campo donde los problemas son tan diversos y complejos, el arsenal terapéutico es muy amplio. Desde una perspectiva de aprendizaje psicosocial, los terapeutas de la conducta han abordado, cada vez de un modo más integrado, las variaciones sexuales (Kaplan, 1978; Feldman y MacCulloch, 1971; Annon, 1976; Wolpe, 1977; Bartolomé y otros, 1979), aunque se echa de menos un enlace más directo entre los diseños terapéuticos y los principios de aprendizaje en los que teóricamente se fundan. Asimismo subyace, como siempre, el problema de la eficacia diferencial de diversos tratamientos, de los criterios de éxito terapéutico, etc.

En cuanto a los problemas de las disfunciones sexuales, las técnicas de Masters y Johnson, inspiradas en principios conductuales, han permitido un incremento bastante espectacular de la eficacia terapéutica, junto a una reducción de costos, duración y culpabilización de los pacientes. La bibliografía al respecto es abundante (Masters y Johnson, 1977; Masters y otros, 1987; Kaplan, 1978, 1990, 1980; Birk, 1988; Heiman y LoPiccolo, 1989).

En la tabla 3 ofrecemos datos de Masters y Johnson (1978) sobre la eficiencia en el tratamiento de 790 parejas, que, en general, se aproximan a los resultados comunicados en otros estudios (ejemplo: Heiman, LoPiccolo y LoPiccolo, 1978).

En todas estas terapias, suele ser necesario la participación activa de la pareja; esta participación, si es regular, es un buen índice predictor del éxito terapéutico (Lansky y Davenport, 1975). Por otro lado, la intervención activa de la

**Tabla 3.** Eficacia de las terapias conductuales sexuales en el tratamiento de las disfunciones sexuales (N = 448 hombres y 342 mujeres; Masters & Johnson, 1970).

Sintoma	Tasa de Fracaso Total (Seguimiento de 5 años)
Impotencia primaria	40.6 %
Impotencia secundaria	26.3 %
Eyacuación precoz	2.2 %
Incapacidad eyaculatoria	17.6 %
Disfunción orgásmica primaria	16.6 %
Disfunción orgásmica secundaria	22.8 %
Vaginismo	0 %

pareja es de suma importancia puesto que estas terapias, son generalmente «autoaplicadas». El uso de psicofármacos apenas es efectivo (Freedman, 1982), aunque el uso de los ansiolíticos puede ser de ayuda cuando existen elementos *manifiestos* de ansiedad en la disfunción sexual (Kaplan, 1988); aunque algunos tratamientos hormonales pueden ser de ayuda en el tratamiento de los problemas de erección (Kaplan, 1978), y el empleo de muchos de ellos (ejemplo: antidepressivos), puede tener efectos incluso negativos sobre las respuestas sexuales (Kaplan, 1979, 1985; Diches, 1981).

No obstante, los niveles de intervención pueden ser diversos. Annon (1976) distinguía cuatro niveles de intervención terapéutica (modelo P-LI-SS-IT): desde la simple información hasta la terapia intensiva. P-LI-SS-IT es el acrónimo de los términos ingleses que significan Permisividad-Información limitada-Sugestiones específicas-Terapia intensiva.

El concepto de disfunción sexual que subyace en todas estas terapias, es el de considerar tales disfunciones dentro de un modelo teórico de aprendizaje sexual. En palabras de Sherman y Levine (1981): «Se considera que la incapacidad sexual humana es una función de: a) una falta

de habilidad y/o ignorancia de la fisiología de la conducta sexual; b) una ansiedad relacionada con la ejecución, alimentada por una continua presión a «hacerlo», y c) una relación que no refuerza la expresión sexual» (p. 113).

## BIBLIOGRAFIA

- ABEL, G.; BLANCHARD, E.; BARLOW, H. D., y MAVISSANKALIAN, M.: «Identifying specific erotic cues in sexual deviations by audiotaped descriptions», *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 247-260, 1975.
- ALEXANDER, P. C.; NEIMEYER, R. A.; FOLLETTE, V. M., y otros: «A comparison of group treatment of women sexually abused as children», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 479-483, 1989.
- ALLEN, C.: *A textbook of psychosexual disorders*, London: Oxford University Press, 1969.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. Revised)*, Washington, D. C.: American Psychiatric Association, [Trad. esp. en Masson, 1988], 1987.
- ANDERSEN, B. L.: «Primary orgasmic dysfunction: Diagnostic considerations and review of treatment», *Psychological Bulletin*, 93, 105-136, 1983.

- ANDERSEN, B. L.; BROFFITT, B.; KARLSSON, J. A., y TURNQUIST, D. C.: «A psychometric analysis of the Sexual Arousal Inventory», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 123-130, 1989.
- BALL, J. R.: «A case of hair fetishism, transvestism, and organic cerebral disorder», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 249-259.
- BANCROFT, J.: *Deviant sexual behavior: modification and assessment*, Oxford: Clarendon Press, 1974.
- BANCROFT, J.: *Human sexuality and its problems*, Churchill Livingstone, 1983.
- BANCROFT, J., y COLES, L.: «Three years' experience in a sexual problems clinic», *British Medical Journal*, 1, 1575-1577, 1976.
- BARLOW, D. H.: «Assessment of sexual behavior», en A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (eds.), *Handbook of behavioral assessment*, John Wiley, Nueva York, 1986.
- BARLOW, D. H.; REYNOLDS, E. H., y AGRAS, W. S.: «Gender identity change in a transsexual», *Archives of General Psychiatry*, 28, 569-576, 1973.
- BARLOW, D.: «The treatment of sexual deviation: Towards a comprehensive approach», en K. S. Walhoun, H. E. Adams, L. K. M. Mitchell (eds.), *Innovative treatment methods in psychopathology*, Nueva York: Wiley, 1974.
- BECKER, J. V., y KAVOUSSI, R. J.: «Trastornos sexuales», en J. A. Talbot, R. E. Hales & Yudofsky, S. C. (eds.), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona: Ancora, 1989.
- BEM, S. L.: «The measurement of psychological androgyny», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162, 1974.
- BIRK, L.: «Sex Therapy», en A. M. Nicholi (ed.), *The New Harvard Guide to Psychiatry*, Cambridge, Massachusetts: Belknap & University Press, 1988.
- BRANDY, J. P.: «Terapéutica sexual de los trastornos sexuales», en A. M. Freedman; H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (ed.), *Tratado de Psiquiatría (vol. 2)*, Barcelona: Salvat, (Orig. 1980), 1982.
- BUHRICH, N.: «Motivation for cross-dressing in heterosexual transvestims», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57, 145-152, 1978.
- BUHRICH, N., y MCCONAGH, N.: «The discrete syndromes of transvestim and transexualism», *Archives of Sexual Behavior*, 6, 483-496, 1977.
- CARROBLES, J. A.: «Evaluación de las disfunciones sexuales», en R. Fernández Ballesteros y J. A. Carrobles (eds.), *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide, 1981.
- CARROBLES, J. A.: «Caso anecdótico de pautofilia tratado por medio de un feedback pletismográfico», *Revista de Psicología General y Aplicada*, 33, 381-394, 1978.
- COLE, M., y DRYEN, L.: *Sex Therapy in Britain*, Philadelphia: Open University Press, 1988.
- DE SILVA, P.: «Sexual dysfunction: Investigation», En S. Lindsay y Powell (eds.), *A Handbook of clinical adult psychology*, Aldershot: Gower, 1987.
- DECLAUX, I., y GUTIÉRREZ, M.: «Sexualidad normal y patológica», en J. L. de Rivera; A. Vela, y J. Arana (eds.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, 1980.
- DELORA, J. S., y WARREN, C. A.: *Understanding sexual interaction*, Houghton Mifflin, 1977.
- DIAMOND, M.: «A critical evaluation of the ontogeny of sexual behaviour», *Quarterly Review of Biology*, 40, 147-75, 1965.
- DRAUCKER, C. B.: «Cognitive adaptation of female incest survivors», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 668-670, 1989.
- EIB-EBESFELDT, I.: *El hombre preprogramado*, Madrid: Alianza, 1977.
- ELLIS, L. y ASHLEY, M. A.: «Neurohormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality/heterosexuality», *Psychological Bulletin*, 101, 233-258, 1987.
- EPSTEIN, A. W.: «Fetishism: A study of its psychopathology with particular reference to proposed disorders in brain mechanisms as an etiological factor», *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 10, 107-119, 1960.
- FELDMAN, P.: «Abnormal sexual behaviour: Males», en H. J. Eysenck (ed.), *Abnormal*

- psychology. San Diego, California: Pittman, 1975.
- FINKELHOR, D.: *A Source book on child sex abuse*, Beverly Hills, CA: Sage, 1986.
- FRANK, E.; ANDERSON, C. y RUBINSTEIN, D.: «Frequency of sexual dysfunction in normal couples», *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115, 1978.
- FRAZIER, P. y BORGIDA, E.: «Rape trauma syndrome evidence in court», *American Psychologist*, 40, 984-993, 1985.
- FREEDMAN, A. M.: «Fármacos y conducta sexual», en A. M. Freedman; H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2). Barcelona: Salvat. (Orig. 1980), 1982.
- FREEDMAN, A. M.; KAPLAN, H. I., y SADOCK, B. J.: *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2) *Capítulo 24* (pp. 1449-1771), Barcelona: Salvat. (Orig. 1980), 1982.
- FREUD, S.: *Fetishism. Complete works*, Standard Editions. 1927.
- FREUND, K., y BLANCHARD, R.: «Phallogometric diagnosis of pedophilia». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 100-105, 1969.
- FREUND, K.; WATSON, R., y RIENZO, D.: «Signs of feigning in the phallogometric test», *Behaviour Research y Therapy*, 26, 105-112, 1988.
- GEER, J. H.; MOROKOFF, P., y GREENWOOD, P.: «Sexual arousal in women: The development of a measurement device for vaginal blood volume», *Archives of Sexual Behaviour*, 3, 559-564, 1974.
- GREEN, R.: «Gender identity in childhood and later sexual orientation: follow-up 78 males», *American Journal of Psychiatry*, 142, 339-341, 1985.
- GEENE, R., y MONEY, J.: *Transsexualism and sex reassignment*, Baltimore: John Hopkins University Press, 1969.
- GROTH, A. M., y BIRNBAUM, H. J.: «Adult sexual orientation and attraction to underage persons», *Archives of Sexual Behavior*, 7, 175-181, 1978.
- HATCH, J. P.: «Psychophysiological aspects of sexual dysfunction», *Archives of Sexual Behavior*, 10, 49-64, 1981.
- HAWTON, K.: *Sex Therapy: A practical handbook*, Oxford University Press, Oxford, 1985.
- HEIMAN, J. R., y LOPICCOLO, J.: *Para alcanzar el orgasmo*, Barcelona: Grijalbo (orig., 1988), 1989.
- HEISLER, J.: *Sexual therapy in the national marriage guidance council*, Rugby: Marriage Guidance Council, 1983.
- HINDE, R. A.: *Biological bases of human social behavior*, Nueva York: McGraw Hill, 1974.
- HITE, S.: *The Hite's report*, Nueva York: Alfred A. Knop, 1981.
- HOENIG, J.: «Etiology of transsexualism», en B. W. Steiner (ed.), *Gender Dysphoria: Development, research, and management*, Nueva York: Plenum, 1985.
- HUNT, M. M.: *Sexual behavior in the 1970s*, Chicago: Playboy Press, 1974.
- HUNT, M. M.; CARR, J. E., y HAMPSON, J. L.: «Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism», *Archives of Sexual Behavior*, 10, 65-77, 1981.
- HYDE, S. S.: *Understanding human sexuality*, Nueva York: McGraw-Hill, 1979.
- JEHU, D.: *Sexual dysfunction: A behavioural approach to causation, assessment and treatment*, John Wiley, Chichester, 1979.
- JENSEN, G. D.: «Estudios transculturales y estudios sobre sexualidad animal», en A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Tratado de psiquiatría* (Vol. 2). Barcelona: Salvat. (Orig. 1980), 1982.
- KAPLAN, H. S.: *Manual ilustrado de terapia sexual*, Barcelona: Grijalbo, (Orig. 1976), 1978.
- KAPLAN, H. S.: *Disorders of sexual desire*, Nueva York: Simon y Shuster, 1979.
- KAPLAN, H. S.: *The new sex therapy*, Nueva York: Bruner Mazel (Trad. en Alianza Ed., 1978), 1974.
- KAPLAN, H. S.: *Disfunciones sexuales. Diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustia sexual*, Barcelona: Grijalbo (orig. 1987), 1988.
- KAPLAN, H. S.: *La eyaculación precoz*, Barcelona: Grijalbo (orig. 1989), 1990.
- KAPLAN, H. S.: *Evaluación de los trastornos sexuales*, Barcelona: Grijalbo (orig., 1983), 1985.
- KARACAN, I.: «Advances in the psychophysiological evaluation of male erectile impotence», en J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (ed.), *Handbook of sex therapy*, Nueva York: Plenum, 1978.
- KASZNIAL, A.; NUSSBAUM, P. D.; BERREN, M., y SANTIAGO, J.: «Amnesia as a consequence of male rape: A case report», *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 100-104, 1988.
- KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E., y GEBHARD, P. H.: *Sexual behavior in the human female*, Philadelphia: W. B. Saunders, 1953.
- LANGEVIN, R.; PAITICH, D.; RAMSAY, G. ET AL.: «Experimental studies of the etiology of genital exhibitionism», *Archives of Sexual Behavior*, 8, 307-331, 1979.
- LIEF, H. I.: «Why sex education for health practitioners?», en R. Green (ed.), *Human sexuality: A health practitioner's text* (2nd. Ed.), Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.
- LEVINE, S. B.: «Marital sexual dysfunction», *Annals of Internal Medicine*, 84, 448-453, 1976.
- LEVINE, S. B.: «Marital sexual dysfunction», *Annals of Internal Medicine*, 84, 448-453, 1976.
- LOPICCOLO, J., y HEIMAN, J. R.: «Sexual assessment and history interview», en J. LoPiccolo y L. LoPiccolo (eds.), *Handbook of sex therapy*, Plenum Press Nueva York, 1978.
- LOPICCOLO, J., y STEGER, J. C.: «The sexual interaction inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction», *Archives of Sexual Behavior*, 3, 585-595, 1974.
- MARMOR, J.: «Frigidez, dispareunia y vaginismo», en A. M. Freedman; H. I. Kaplan, y B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2), Barcelona: Salvat (Orig. 1980), 1982.
- MARMOR, J.: «Impotencia y trastornos eyaculatorios», en A. M. Freedman, H. I. Kaplan, y B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2), Barcelona: Salvat (Orig. 1980), 1982.
- MARSHALL, W. L., y MCKINGHT, R. A.: «An integrated treatment program for sexual offenders», *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 133-138, 1975.
- MASTERS, W. H. y JOHNSON, V. E.: «Current status of the research programs», en J. Zubin, y J. Money (eds.), *Contemporary sexual behavior: Critical issues of the 1970s*, Baltimore: John Hopkins University Press, 1977.
- MASTERS, W. H., y JOHNSON, V. E.: *Human sexual inadequacy*, Boston: Little Brown (Trad. 1977), 1970.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E., y KOLODNY, R. C.: *La sexualidad humana* (Vol. 1), Barcelona: Grijalbo (Orig. 1986), 1987.
- MASTERS, W. H., y JOHNSON, V. E.: *Respuesta sexual humana intermedia*, Buenos Aires (Orig. 1966), 1967.
- MAXMEN, J. S.: *Essential Psychopathology*, Nueva York: Norton, 1986.
- MCCONAGHY, N.: «Psychosexual disorders», en S. M. Turner & M. Hersen (eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 370-405), Nueva York: Wiley, 1984.
- MCGUIRE, R. J.; CARLISLE, J. M.; YOUNG, B. G.: «Sexual deviations and conditioned behavior: a simple technique», *Behaviour Research and Therapy*, 3, 185-190, 1965.
- MONEY, J., y EHRHARDT, A. T.: *Desarrollo de la sexualidad humana*, Madrid: Morata (Orig. 1972), 1982.
- MONEY, J.: «Sin, sickness, or status? Homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology», *American Psychologist*, 42, 384-389, 1987.
- MONEY, J.: «Psychosexual differentiation», en J. Money (ed.), *Sex research new developments*, Nueva York: Holt, Rinehart y Winston, 1965.
- MOORE, J. E.: «Problematic sexual behavior», en C. Broderick y J. Bernard (eds.), *The individual, sex and society*, Baltimore: John Hopkins University Press, 1969.
- NAGAYAMA, G. C.: «Sexual arousal and arousability in a sexual offender population», *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 145-149, 1989.
- NATHAN, S. G.: «The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions», *Journal of sex and Marital Therapy*, 12, 267-281, 1986.

- OILER, E; FARRE, J. M., y VIDAL, V.: «La disfunción eréctil y su diagnóstico diferencial; el despistaje vascular», *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 11, 455-457, 1984.
- PALMERO, F.: «*Psicofisiología de la motivación sexual*». Valencia: Promolibro, 1988.
- PRINCE, C. V., y BENTLER, P. M.: «Survey of 504 cases of transvestism», *Psychological Report*, 31, 903-917, 1972.
- RACHMAN, S.: «Sexual Fetishism: An experimental analogue», *Psychological Record*, 16, 293-296, 1966.
- RACHMAN, S., y HOGSON, R.: «Experimentally induced «sexual fetishism» replication and development», *Psychological Record*, 18, 25-27, 1968.
- ROOTH, F. G.: «Exhibitionism outside and America», *Archives Sexual Behavior*, 2, 351-363, 1973.
- ROSEN, R. C., y BECK, J. G.: *Patterns of sexual arousal*, Nueva York: Guilford, 1983.
- SADOCK, V. A.: «Anatomía y fisiología sexuales», En A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría (Vol. 2)*. Barcelona: Salvat (Orig. 1980), 1982.
- SADOCK, V. A., y SADOCK, B. J.: «Terapéutica sexológica dual», en A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría (Vol. 2)*, Barcelona: Salvat (Orig. 1980), 1982.
- SHURLA, G. D.; SRIVASTAVA, O. N., y KATIVAR, B.: «Sexual disturbances in temporal lobe epilepsy: A controlled study», *British Journal of Psychiatry*, 134, 288-292, 1979.
- SILVA, F.: *Evaluación conductual*. Valencia: RE. 1982.
- SILVA DE, P.: «Sexual dysfunction: Investigation», En S. Lindsay y G. Powell (eds.), *A handbook of clinical adult psychology*. Gower, Aldershot, 1987.
- SMALL, I. F., y SMALL, J. G.: «Conducta sexual y enfermedad mental», en A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría (Vol. 2)*, Barcelona: Salvat (Orig. 1980), 1982.
- SMITH, R. S.: «Voyeurism: A review of the literature», *Archives Sexual Behavior*, 5, 585-608, 1976.
- SOLOMON, P.; PATCH, V. D.: *Handbook of psychiatry*, California: Lange Medical Publications, 1974.
- STOLLER, R. J.: «Identidad genérica», en A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría (Vol. 2)*, Barcelona: Salvat (Orig. 1980), 1982.
- VÁZQUEZ, C.: «Las alteraciones psicosexuales», en A. Polaino-Lorente (ed.), *Psicología patológica (Vol. 1)*, Madrid: UNED, 1983.
- WILSON, P. H.; SPENCE, S. H., y KAVANAGH, D. J.: *Cognitive, behavioral interviewing for adult disorders: A practical handbook*, Routledge, Londres, 1989.
- WINCZE, J. P.: «Sexual dysfunction (distress and dissatisfaction)», en S. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (eds.), *Handbook of clinical behavior therapy*, John Wiley, Nueva York, 1981.
- WITZIG, J.: «The group treatment of male exhibitionists», *American Journal of Psychiatry*, 125, 179-185, 1970.