



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"La respuesta sexual humana: Distintos abordajes e
intervención terapéutica"**

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Karla Patricia Vera Aguilar

Directora: **Mtra. Antonia Rentería Rodríguez**

Dictaminadores: **Mtra. María Cristina Bravo González**

Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque, aunque poco lo expreso a los demás, sé que gracias a él estoy en donde tengo que estar, él ha guiado mis pasos antes que nadie y me ha colocado en el mejor lugar, rodeada de las mejores personas que me han hecho ser quien soy. Agradezco por la vida y por todas las bendiciones que he recibido y seguiré recibiendo.

A mis muy amados padres, porque este es un indicador más de que ustedes son los mejores, siempre han procurado darme lo mejor y les agradezco infinitamente el apoyo y la confianza que siempre me han dado. Los logros que he tenido, tengo y tendré son también logros de ustedes. A ustedes les dedico este gran logro.

Papá: Gracias por todos esos años de trabajo, por levantarte temprano e ir al trabajo (con todo y tráfico), por siempre procurar que nada nos faltara pero sobre todo por ser el mejor ejemplo de que cuando se quiere se pueden lograr las cosas. Gracias por tu comprensión, tus consejos y tu amor. Eres el mejor papá que pude tener, aún en la enfermedad me diste el ejemplo de fortaleza. Mi amor y mi admiración para ti... ¡TE AMO!

Mamá: Hermosa mujer, ¿qué te puedo decir que no sepas? ¡Para mí no hay mejor mamá en este mundo que tú! Tienes ese don de mejorar todo con un abrazo, por eso soy así de empalagosa. Jamás tendré palabras para agradecer tus desvelos, tus cuidados, tus preocupaciones, tus sonrisas y tus atenciones. Incluso tu salud has puesto en riesgo por mí y sé que siempre que te necesite ahí estarás. Gracias por que contigo a mi lado no había porqué preocuparme, siempre me cuidaste y me consentiste, también me educaste pero sobre todo me mostraste el enorme valor de las cosas sencillas de la vida como las sonrisas. Gracias por ser tan dedicada y tan amorosa... ¡TE AMO!

A la Familia Hernández Vera, por brindarme asilo, cuidarme, alimentarme, soportarme y hacerme sentir como un miembro más de su hermosa familia. Siempre estaré agradecida y en deuda con ustedes ¡Los amo! Esta tesina está también dedicada con todo ese amor a ustedes por el apoyo durante mi formación profesional.

Jessy: ¡Gracias por ser mi hermana, mi consejera, mi ejemplo a seguir en muchos sentidos, mi maestra y mi amiga! Obviamente, como todas buenas hermanas, hemos tenido malos ratos pero eso siempre nos ha unido más y te agradezco incluso tus regaños, sé que siempre te preocupas por mí y quiero que sepas que puedes contar conmigo en lo poco o mucho que llegues a necesitar. Este logro no hubiera sido posible sin todos tus consejos y sin tus enseñanzas. Gracias por todos los buenos y los malos momentos que hemos compartido y por haberme

brindado la confianza de estar en tu casa conviviendo día a día contigo y tu familia. Gracias por siempre ofrecerme tu apoyo y cariño incondicional... ¡TE AMO!

Ángel: ¡Siempre serás mi cuñado favorito y nuestro pacto perdurará por el resto de nuestras vidas! Gracias por aguantarme tal cual soy, por permitirme compartir contigo tantas cosas, por permitirme vivir en tu casa (con todos los gastos y desacuerdos que implicaba) pero más que nada por siempre mostrar interés en lo que hago y ser mi confidente y mi amigo. Gracias por tratarme como a una hermana y apoyarme incluso cuando no estás de acuerdo... ¡TE AMO!

Vale: Quiero agradecerte por alegrar e iluminar mis días con tu linda presencia. Nada hubiera sido igual si al regresar de la escuela no hubieras estado ahí, en esa calle corriendo hacia mí con los brazos abiertos lista para abrazarme y darme mi beso. Aunque eras mi principal distractor también eras mi mejor razón para no descuidar la escuela, espero algún día estés orgullosa de tu tía-madrina Charly que TE AMA TANTO. Gracias por prestarme tu cuarto para dormir y por darme tanto cariño, ahijadita... ¡eres hermosa en todo sentido!

Sólo me resta decirles... “¡Lo hicimos... sí, we did it!” y aunque aún no llega a nuestras vidas, agradezco también al nuevo integrante de su familia por llenarme de felicidad con su presencia, espero ser una buena tía mono.

A la Familia Vera Merino: Por apoyarme y por estar el pendiente de mí cuando lo necesitaba. Gracias a mi sobrina Fer porque aún recuerdo que en mi primer año de la universidad llenaste mis días de alegría cuando llegaba a casa de mis papás y te veía bailar, gracias por tus locuras y travesuras que me hacían y hacen reír. Gracias a Mario, por ser un buen hermano mayor y por haberme hecho pasar buenos ratos, podemos no siempre estar de acuerdo pero sé que puedo contar contigo y sabes que también cuentas conmigo. Cuñada favorita, Adriana, muchas gracias por siempre estar al pendiente de lo que hacía y de cómo me iba en cada proyecto que emprendía. ¡Los amo a los 3!

A toda mi familia, tanto materna como paterna. Tíos, tías, primos, primas, abuelitos... En especial a mi abuelita Domy por ser el ejemplo de la mujer luchona y fuerte que además tiene la nobleza y bondad suficiente para unirnos a todos. Eres un ejemplo de fuerza, entrega y amor. Gracias por siempre estar al pendiente de mí y por desearme sólo lo mejor. ¡TE AMO!

A mi amado Alfredo Peralta: Por tu paciencia, alegría, cariño, comprensión y por tu inmenso amor. Gracias por ser el mejor novio que pude pedir y por acompañarme durante toda la carrera ¿qué hubiera sido de mí sin esas pláticas de regreso a San Pablo los viernes? Siempre he recibido tu apoyo en todos los proyectos que

emprendo y has estado conmigo en las buenas, las malas, las mejores y las peores. Siempre encuentras como hacerme reír y logras que las cosas malas parezcan tan insignificantes con sólo abrazarme y besar mi frente. Juntos hemos logrado muchas metas y sé que los retos, profesionales y personales, que vengan los enfrentaremos de igual forma... unidos y amándonos cada vez más como hasta ahora... ¡TE AMO! Gracias también por la ayuda que me brindaste al preparar mi tesina y al redactarla, por eso y más también va dedicada para ti amor.

A mí querida Itzel: Gracias por ser mi amiga durante la carrera, tengo la certeza de que esta amistad perdurará y se mantendrá por siempre. A ti te debo agradecer no sólo cuestiones personales sino también haberme apoyado con todos y cada uno de los trabajos durante la mitad de la carrera. Sabemos que no fue fácil pero tú siempre estabas ahí, tan dedicada y capaz como sueles ser. ¡Gracias por tus consejos, por tu fortaleza, por tantas experiencias compartidas, tu confianza, tus locuras y por siempre ayudarme a no dejarme vencer!

A la Mtra. Antonia Rentería: Por todo su apoyo, su confianza y todas sus enseñanzas. Usted siempre será la maestra que más ha impactado en mi vida. Un millón de gracias por ser mi guía y por siempre estar al pendiente, no sólo de mi formación profesional sino también de mi vida personal. También por brindarme un espacio de trabajo donde la realización de esta tesina fue mucho más fácil y por tenerme tanta confianza. ¡Gracias por creer en mí! Para usted, mi profunda admiración, respeto y cariño siempre.

A mis asesores: Mtra. María Cristina Bravo González y Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez, por aceptar formar parte de este trabajo, por su disponibilidad y consejos. Mi admiración y respeto para ustedes ¡Muchísimas gracias!

Este trabajo fue posible en parte, gracias al apoyo de la UNAM DGAPA a través del proyecto PAPIME-PE302812. Estoy muy orgullosa de formar parte de una institución tan grande como la UNAM. Por último, pero no menos importante, gracias a mi hermosa Facultad de Estudios Superiores Iztacala, siempre pensaré que me enamoré a primera vista y en seguida supe dónde quería estar y a qué quería llegar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. EL ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	11
1.1 Definición	12
1.2 Historia	14
1.2.1 Precursores del estudio de la Respuesta Sexual Humana y sus dificultades.....	14
1.2.2 Pioneros del estudio de la Respuesta Sexual Humana y sus dificultades.....	15
1.2.3 Lo más actual sobre el estudio de la Respuesta Sexual Humana y sus dificultades.....	17
1.3 Anatomía sexual	21
1.3.1 Órganos sexuales femeninos	21
1.3.2 Órganos sexuales masculinos.....	24
1.4 Fases de la respuesta sexual humana.....	26
1.4.1 Deseo	26
1.4.2 Excitación	27
1.4.3 Meseta.....	28
1.4.4 Orgasmo.....	28
1.4.5 Resolución.....	29
1.4.6 Fase refractaria.....	29
1.4.7 Cambios en las fases de la Respuesta Sexual Humana	30
CAPÍTULO 2. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL.....	33
2.1 Clasificación de los problemas sexuales.....	33
2.2 Parafilias	36
2.2.1 Exhibicionismo.....	38
2.2.2 Fetichismo	39
2.2.3 Frotteurismo.....	40
2.2.4 Pedofilia.....	40
2.2.5 Masoquismo, sadismo y sadomasoquismo	42
2.2.6 Fetichismo trasvestista o transvestismo fetichista	44
2.2.7 Voyeurismo o escoptofilia.....	45

2.2.8	Parafilia no especificada.....	46
2.2.9	Otros trastornos de la inclinación sexual	46
2.2.10	Prevalencia de las parafilias	47
2.3	Trastornos de la identidad sexual	48
2.3.1	Trastorno de la identidad sexual no especificado	49
2.3.2	Prevalencia.....	51
2.4	Trastornos sexuales o disfunciones sexuales	52
2.4.1	Definiciones	52
2.4.2	Causas	53
2.5	Clasificación de las disfunciones sexuales.....	56
2.5.1	Trastornos del deseo sexual.....	58
2.5.2	Trastornos de la excitación sexual.....	61
2.5.3	Trastornos orgásmicos	64
2.5.4	Trastornos sexuales por dolor	68
2.5.5	Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.....	71
2.5.6	Trastorno sexual inducido por sustancias.....	72
2.5.7	Trastorno sexual no especificado	74
2.6	Estadísticas de las disfunciones sexuales	74
2.6.1	Mundiales	74
2.6.2	Nacionales.....	76
2.7	Impacto en la relación de pareja.	80
CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS SEXUALES		82
3.1	Evaluación.....	82
3.1.1	Historia sexual	84
3.1.2	Autorregistros	86
3.1.3	Cuestionarios.....	87
3.1.4	Exploración clínica.....	89
3.1.5	Estudio psicosexofisiológico	89
3.2	Aspectos a considerar al solicitar terapia sexual.....	89
3.3	Intervención: Terapia sexual	91
3.3.1	Terapia conductual	93

3.3.2	Terapia cognitiva conductual	95
3.3.3	Terapia racional-emotiva	96
3.3.4	Terapia de pareja.....	96
3.3.5	Terapia centrada en la persona	97
3.3.6	Terapia Gestalt	98
3.3.7	Psicoterapia sexual holónica estructural estratégica	98
3.4	Terapias biomédicas	99
3.4.1	Tratamientos farmacológicos.....	99
3.4.2	Inyección intracavernosa	100
3.4.3	Dispositivos de succión	100
3.4.4	Terapia quirúrgica.....	101
3.5	Técnicas utilizadas para algunas disfunciones	101
3.5.1	Técnica de parada-arranque	101
3.5.2	Masturbación	102
3.5.3	Ejercicios de Kegel	103
3.6	Críticas a la terapia sexual	103
3.7	Perspectiva de la terapia sexual en México	104
	CONCLUSIONES.....	107
	BIBLIOGRAFÍA	111

INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana ha sido siempre un tema de contrastes. Por un lado se le ha estudiado tratando de descifrarle, tratando de encontrar explicación a los diversos y muy complejos fenómenos que involucra; y por otro ha tendido a censurarse. A pesar de estar en una época en la que se habla de la sexualidad de una manera más abierta, en donde incluso en los medios masivos de comunicación se habla constantemente, sigue existiendo una importante falta de información al respecto.

Primero que nada, se presenta la pregunta ¿Qué es la sexualidad? Ésta se tiende a limitar al acto sexual, se ha establecido como sinónimo de sexo (malamente entendido, también, únicamente como el acto sexual) y bajo esta perspectiva se han dejado fuera múltiples aspectos de la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define a la sexualidad humana como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Como se puede notar, la sexualidad en su extensión incluye diversos factores y aunque el presente trabajo se enfoque principalmente a los psicológicos, no se puede prescindir de los demás.

Ahora bien, sería imposible intentar en un solo trabajo, independientemente de la extensión del mismo, abarcar completamente a la sexualidad humana. Por esta razón, se han estudiado cada uno de sus elementos de manera separada y de manera más precisa por cada una de las dimensiones que abarca: la biológica, la

social, la cultural, la psicológica, etc. El presente trabajo se enfocará en la respuesta sexual humana entendiéndola como aquella que se desarrolla a partir de un estímulo (físico o psicológico) que provoca deseo y que puede, o no, desembocar en un acto sexual.

La respuesta sexual ha sido estudiada desde diversas perspectivas mediante diversos métodos o instrumentos y, han sido numerosos los investigadores que han dedicado su trabajo al estudio de la misma. Se han establecido diversos patrones de esta respuesta dando como resultado diversas fases de acuerdo a los investigadores. En el capítulo 1 se desarrollará precisamente esto, la descripción de lo que es la respuesta sexual humana y cómo es que se ha estudiado a través de la historia, separando los precursores, los pioneros y lo más actual. Se mencionarán los diferentes modelos de respuesta sexual humana así como la anatomía sexual, es decir, aquellas partes del cuerpo que se ven involucradas en la actividad sexual. Por último se describirán cada una de las fases, haciendo énfasis en los cambios tanto fisiológicos como psicológicos.

A pesar de que se han estudiado y descrito ciertas fases, la respuesta sexual humana no siempre ocurre de esta manera y las expresiones de la sexualidad resultan tan variadas que puede presentarse un trastorno sexual. En el capítulo 2 se describen los trastornos sexuales y su prevalencia: las parafilias, los trastornos de la identidad y las disfunciones sexuales. Se presentan algunas clasificaciones de los trastornos y de acuerdo a los manuales más utilizados en el ámbito clínico (DSM-IV-TR y CIE-10) se presentan las descripciones y los criterios para el diagnóstico de cada uno de ellos. Se hace especial énfasis en las disfunciones sexuales debido a que son los problemas comúnmente más estudiados y tratados; también se mencionarán las posibles causas así como el impacto que tienen las disfunciones sexuales, no sólo en el individuo, sino también en la relación de pareja.

Aunque estos trastornos son frecuentes, muchas veces no se tiene la información adecuada para prevenirlos y suele intervenir una vez que se han presentado y está afectando de manera considerable la vida de quien los padece. La terapia

sexual es aquella intervención dirigida a tratar precisamente estos trastornos. Por ello, en el capítulo 3 se describen brevemente las diferentes formas de intervención y alguna de las técnicas que se utilizan en éstas, no sólo se describen las terapias psicológicas sino que también se describen las terapias biomédicas. También se menciona otra forma de evaluación y algunos de los principales instrumentos para realizarla. También se expresan las críticas que se han realizado a la terapia sexual y cuál es la perspectiva de la misma en nuestro país para poder situar el trabajo del psicólogo mexicano en este campo.

Con lo anterior podemos resumir que el presente trabajo tiene como objetivo compilar la información básica sobre la respuesta sexual humana: cómo se ha abordado desde diferentes perspectivas, su definición, sus fases de acuerdo a diferentes autores para poder clasificar las diferentes disfunciones sexuales y cómo es que se ha intervenido en el ámbito de la terapia sexual desde diversas perspectivas de la psicología y con ello, poder analizar y comparar cómo han ido cambiando los modelos de intervención en la terapia sexual a través del tiempo y realizar críticas y aportaciones a los modelos más actuales.

También se intenta brindar a los psicólogos interesados en proporcionar terapia sexual una orientación sobre lo que es, cómo se evalúa y cómo se interviene, proporcionando referencias básicas, antecedentes, instrumentos de evaluación y técnicas específicas con las que se puede proceder en el tratamiento.

1. EL ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Weeks (1993 citado en Manzo y Yulis, 2004, p.193) menciona que “Resulta claro que pocos temas despiertan tanta ansiedad y tanto placer, tanto dolor y tanta esperanza, tantas discusiones y tantos silencios, como las posibilidades eróticas del cuerpo”. En el presente capítulo se expondrán todos aquellos elementos, desde los biológicos hasta los psicológicos y sociales, que permitirán estudiar desde la disciplina psicológica la respuesta sexual humana.

Como ya se mencionó, la sexualidad involucra diversos aspectos y uno de ellos es la relación sexual, conocida popularmente como sexo. Si se buscara una definición de “relación sexual” se encontrarían diversas y muy subjetivas maneras de describirla de acuerdo al autor, al enfoque e incluso a la época y la situación social, pero generalmente se afirma que es un acto que comienza con la estimulación (física o psicológica) que lleva a la excitación sexual que, si se prolonga y es adecuada, concluye en el orgasmo.

Sin embargo, no existe una forma única de tener relaciones sexuales y no se encontrará un manual que describa exactamente cómo se dan (o se deben de dar) y cuál es el proceso a seguir para todos los individuos. Todas las personas reaccionan de diferentes formas e incluso cada ser humano podría definir y describir el acto sexual de acuerdo a la propia experiencia, los conocimientos, las expectativas, la educación, las creencias, entre otros.

El hecho de hablar sobre la respuesta sexual humana involucra contar con conocimientos de diversas especialidades psicológicas y médicas; incluso al tratar de explicarla de manera fisiológica no se pueden dejar de considerar los condicionantes socioculturales, antropológicos e incluso filogenéticos (Lucas y Cabello, 2007). Hay que recordar que no somos seres aislados, vivimos en una sociedad en la que se nos muestra cómo comportarnos y el sexo no es la excepción, esto da muestra nuevamente de la complejidad del estudio de la RSH. En cualquier época la percepción social que se tiene sobre el sexo es importante pues se refleja de cierta forma en nuestras propias percepciones, opiniones y

experiencias, no obstante, son precisamente estos elementos individuales los que nos hacen diferentes unos de otros en la expresión de nuestra sexualidad.

A pesar de que, estando en el terreno de la subjetividad, sea prácticamente imposible dar una definición a la RSH en el siguiente apartado se exponen definiciones de algunos autores y cómo es que se puede desencadenar la misma.

1.1 Definición

Gagnon (1977 citado en Ramos, 1990, p. 111) menciona que las personas definen como “sexuales” una amplia gama de estímulos que pueden causar una ligera excitación al mezclarse con una serie de recuerdos y deseos que, a su vez, desencadenan pensamientos. Por ello, los estímulos sexuales varían de una persona a otra pues “...son el resultado de una historia de sucesiones tomadas por un individuo en una sociedad y una cultura en particular”.

Por otra parte, Álvarez-Gayou (2011) menciona que aquella situación que provoca una respuesta sexual se le denomina estímulo sexual efectivo (ESE) y puede ser de diferentes tipos de acuerdo a su procedencia y las formas en que lo capta el organismo. Sin embargo, éstos dan inicio a cambios en el nivel genital y sistémico; los cambios son acompañados por percepciones y permiten un análisis racional y fisiológico.

Cada persona tiene sus propios estímulos sexuales efectivos pero cabe puntualizar que las respuestas fisiológicas que se generan en el organismo han permitido profundizar en su estudio pues, mientras las percepciones sobre un ESE varían de manera considerable entre individuos, las reacciones que estos generen serán muy parecidas aunque no por ello dejarán de ser variables de acuerdo a la edad y las condiciones físicas y psicológicas de las personas.

En el presente trabajo se entenderá la Respuesta Sexual Humana (RSH) de acuerdo a la definición de Cantón-Durati (1981), como una reacción producida por el organismo ante la percepción de un estímulo sexual, es decir, ante una persona, objeto o situación que produce un interés en el organismo y cuya manifestación tiene como consecuencia una sensación sexual identificable. En

otras palabras, la RSH es el cómo reaccionan las personas al ser estimuladas sexualmente, tomando en cuenta la parte fisiológica y la psicológica.

Masters y Johnson (1983 citado en Ramos, op.cit) mencionan que la RSH es un proceso en donde la pareja se toca en formas que definen como sexuales a través de un periodo de excitación y actividad sexual hasta que se llega al clímax y finalmente se regresa (fisiológica y psicológicamente) al estado de tranquilidad.

También Masters y Johnson (1970, p. 9) mencionan que es un proceso natural a pesar de la reacción de incomodidad que pueda provocar en algunas personas cuando se menciona, tan natural como los demás procesos fisiológicos como la respiración. Sin embargo, tiene una característica especial: “puede ser retardada en forma indefinida o negada funcionalmente para toda la vida”.

Como se puede notar, la vida sexual satisfactoria de los individuos y las parejas dependen en gran manera de esta respuesta, por lo tanto, ha sido objeto de diversos estudios desde diferentes perspectivas teóricas y se ha ido desarrollando conforme a la época y la apertura social respecto a las cuestiones sexuales.

A continuación se presenta un recuento histórico sobre los principales estudiosos de la RSH, desde los precursores hasta los más actuales y cómo es que la han abordado, mencionando los años en los que se hicieron las aportaciones, la profesión del investigador o investigadora y las aportaciones con las que contribuyó al estudio de la RSH.

Cabe destacar que los primeros estudios se dieron sobre todo en el campo de la medicina bajo la mirada psicoanalítica. A partir de Kinsey y Masters & Johnson el estudio dio un giro hacia lo social y lo aprendido. Posteriormente se fueron incorporando factores asociados al vínculo en la pareja y al contexto (Manzo y Yulis, 2004).

Conforme se ha ido modificando la perspectiva mediante la que se aborda la respuesta sexual también lo ha hecho la manera de intervenir para solucionar los conflictos sexuales. Este capítulo se enfoca únicamente a cómo se fue

desarrollando el estudio de la RSH por lo tanto no se abordarán a detalle los avances de la terapia sexual sino hasta el capítulo 3.

1.2 Historia

Han sido muchos los estudiosos de la Respuesta Sexual Humana a pesar de que su estudio es relativamente actual. Por ello, en este apartado se realiza un breve recuento histórico sobre los principales investigadores de la RSH destacando la fecha, su profesión y las principales aportaciones que tuvieron en el estudio de la misma.

1.2.1 Precursores del estudio de la Respuesta Sexual Humana y sus dificultades

1886- Richard Von Krafft-Ebing (Médico psiquiatra forense): Escribió “*Psychopathia sexualis*” y estudió el sistema perversión-herencia-degeneración (Manzo y Yulis, ídem).

1899- Magnus Hirshfield (Médico psiquiatra): Escribió la “*Revista sobre Patología Sexual*” y estudió la homosexualidad (Manzo y Yulis, ídem).

1900- Haverlok Ellis (Médico criminalista, es considerado el padre de la Sexología): Abordó la sexualidad desde las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural.

Sobre Ellis, Sánchez (2007, p.18) explica que “Publicó seis volúmenes sobre el estudio de la psicología del sexo. Habló y anticipó muchos temas que después retomó Freud sobre la sexualidad infantil, masturbación y sexualidad femenina, rebatiendo la idea de que la mujer no tenía apetito sexual”.

También estableció un modelo de la RSH que constaba de dos fases: Tumescencia y Detumescencia (Lucas y Cabello, op.cit).

Lo anterior permite comprender por qué es que se le denomina el padre de la sexología, fue un estudioso que dedicó su trabajo a poner las bases del estudio de la sexualidad, no sólo de la respuesta sexual humana. Sus ideas sobre la

sexualidad femenina fueron atrevidas en la época y propició que se siguiera trabajando sobre este aspecto, antes ignorado.

1905- Sigmund Freud (Médico neurólogo, psiquiatra y creador del psicoanálisis): Estudió las cuestiones intrapsíquicas de la sexualidad desde su enfoque y es uno de los referentes más populares al hablar tanto de psicología como del estudio de la sexualidad en general. Aunque no desarrolló como tal un estudio de la RSH, sí habló sobre las manifestaciones de la sexualidad.

Publicó su obra “Tres ensayos para una teoría sexual” en donde describe el desarrollo “normal” de la sexualidad humana y los comportamientos que no se ajustaban a la norma del ese tiempo. Según Freud, el impulso sexual madura hasta que logra dirigirse hacia lo genital. (Haeberle, 2009).

De acuerdo a este autor (Freud), los problemas sexuales tienen su origen en la infancia. Las dificultades sexuales en la edad adulta reflejaban problemas en la maduración de la sexualidad infantil y se ocupaba el psicoanálisis para explorarlos. Sin embargo, resultó una intervención que no ofrecía resultados eficaces en la solución de estos conflictos y tenía una duración muy prolongada con altos costos que a pocas personas les era accesible.

1.2.2 Pioneros del estudio de la Respuesta Sexual Humana y sus dificultades

1948- 1953- Alfred Kinsey (Zoólogo): Al indagar sobre el comportamiento sexual del ser humano, notó la deficiencia de datos, así que publicó sus reportes sobre la sexualidad masculina y femenina basados en entrevistas a personas de los Estados Unidos sobre su historia sexual (más de 12, 000 personas), estudios sobre la sexualidad en donde se daba muestra de la situación sexual en la época (Sánchez, op.cit).

También creó el Instituto Kinsey para la investigación sexual en donde, aún después de su muerte se siguieron publicaron diversos estudios sobre temas variados de sexualidad a pesar de la oposición social debido a la inquietud que representaba que se estudiara y hablara públicamente sobre sexo.

De acuerdo a Lucas y Cabello (op.cit) el modelo de Kinsey para la respuesta sexual constaba de 3 fases: Excitación, Orgasmo y Postefectos.

1951- Albert Ellis (Psicólogo clínico): Desarrolló y creó la terapia racional emotiva (Manzo y Yulis, op.cit). Publicó "The Folklore of Sex" (1951), "The American Sexual Tragedy" (1954) y "Sex without Guilt" (1958).

1965- William Masters (Médico, ginecólogo) y Virginia Johnson (Psicóloga): Estudiaron en un laboratorio la actividad sexual de cientos de hombres y mujeres, junto con Robert Kolodny estructuraron por primera vez la RSH y sus disfunciones. Masters y Johnson publicaron "Respuesta Sexual Humana" en 1966, libro en donde describen los cambios fisiológicos durante las diferentes fases (4) que identificaron en ella: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estas fases se explican con mayor detalle posteriormente en este capítulo.

También demostraron la existencia de orgasmos múltiples en mujeres y proporcionaron datos sobre los cambios de la RSH a través de la edad. Plantearon la primacía de los factores psicológicos, sin embargo, consideraron imprescindible que se tengan conocimientos de anatomía y fisiología para abordar la respuesta sexual y las disfunciones sexuales.

En 1970 publicaron "Incompatibilidad Sexual Humana", en donde daban una propuesta de intervención clínica, directiva, eficaz y en corto tiempo para las disfunciones. Algo a destacar fue el uso de la coterapia, una pareja de terapeutas (hombre y mujer) formando un equipo mixto.

Manzo y Yulis (op.cit) puntualizan que lo novedoso en esta propuesta fue que utilizaron tareas conductuales, técnicas cognitivas y abordaron la comunicación en la pareja.

También consideraron como intervención la educación sexual y la atención individual y de pareja, orientadas a percatarse de los factores que causan o mantienen las dificultades sexuales y en la relación de pareja.

En este sentido se puede notar cómo es que se integraron nuevos aspectos centrados en la relación de pareja sin dejar de lado lo fisiológico y esto permitió nuevos conocimientos más cercanos a la realidad de las parejas tanto en la teoría como en la práctica clínica.

1.2.3 Lo más actual sobre el estudio de la Respuesta Sexual Humana y sus dificultades

1974- Helen Singer Kaplan (Psiquiatra y psicoanalista): Concilió el psicoanálisis, el análisis transaccional y conductual para dar su propuesta de terapia sexual. Enfatizó la importancia de las emociones y el vínculo de pareja. (Manzo y Yulis, op.cit).

Cabello (2010, p.27) refieren que agregó a la RSH, la fase del deseo pues “en su experiencia clínica, constató que había pacientes que no encajaban en los trastornos de la excitación o del orgasmo”.

Lucas y Cabello (op.cit) mencionan el modelo de la RSH de Kaplan que consta de 3 fases: Deseo, Excitación y Orgasmo. Hawton (1988, p. 7.) menciona también que Kaplan defendía un modelo bifásico sobre el funcionamiento de la respuesta sexual en donde sugiere que tiene dos componentes:

- a) “La vasocongestión genital, que produce la erección en el varón y la congestión y lubricación en la mujer, y
- b) Las contracciones musculares que constituyen el orgasmo”

Como podemos notar, Kaplan además de explorar la RSH desde su fisiología dividiendo sus componentes en cuanto a la vasocongestión y lo muscular, también incorporó la importancia del deseo y los factores emocionales en la relación de pareja.

La importancia de sus aportaciones al lograr conciliar diversos enfoques con el fin de lograr una nueva terapia sexual la ha colocado como un referente actual obligado al hablar sobre RSH y sus problemáticas.

1986- Juan Luis Álvarez-Gayou (Médico, psiquiatra y terapeuta sexual): Menciona que la sexualidad es algo inherente al ser humano y va más allá de la genitalidad pues involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Sánchez, op.cit). Es de los principales estudiosos de la sexualidad en nuestro país.

1991- José Antonio Carrobles (Psicólogo) y Ángeles Sanz (Psicóloga): De acuerdo a su experiencia clínica propusieron un nuevo modelo del ciclo de la respuesta sexual que consiste de 5 fases: Deseo, excitación, orgasmo, resolución y satisfacción (Carrobles, 1996). Este modelo considera que dentro de la práctica clínica los problemas tienden a ser muy variados y se necesita profundizar en ello.

1994- Eusebio Rubio (Médico y terapeuta sexual) y José Díaz (Médico, psiquiatra y terapeuta sexual): Proponen un modelo de cuatro subsistemas que integran la sexualidad: la reproducción, el género, el erotismo y la vinculación afectiva. Al respecto, Sánchez (op.cit) menciona que es un modelo basado en la complejidad de la sexualidad ya que la estructuración mental es resultado de las construcciones que se hacen de acuerdo a las experiencias que se originan en diversas potencialidades vitales.

2002- Rosemary Basson (Ginecóloga): Incorporó la intimidad al modelo de la RSH, pues explicó que muchas mujeres con una sexualidad satisfactoria no suelen pensar en sexo y defendió la idea de que cuando la relación de pareja no es novedosa, se comienzan las relaciones sexuales sin deseo y sólo se activa en situación de intimidad (entendida como una interacción íntima en un estado sexual neutro); se refiere a aspectos tales como la comunicación, el respeto hacia la pareja, la participación, confianza, compromiso, entre otros; es decir, aquellas actitudes que hacen sólidas las relaciones (Cabello, op.cit).

Así que de acuerdo al modelo de Basson, la RSH se iniciaría en una situación neutra en donde la intimidad permite que exista voluntad de la activación sexual y al estimular a la mujer se logrará la excitación acompañada del deseo, esto traerá una respuesta satisfactoria que, a su vez, seguirá fortaleciendo la intimidad en la pareja.

Carrasco (2001) ejemplifica el modelo de Basson mediante el esquema que se presenta a continuación:

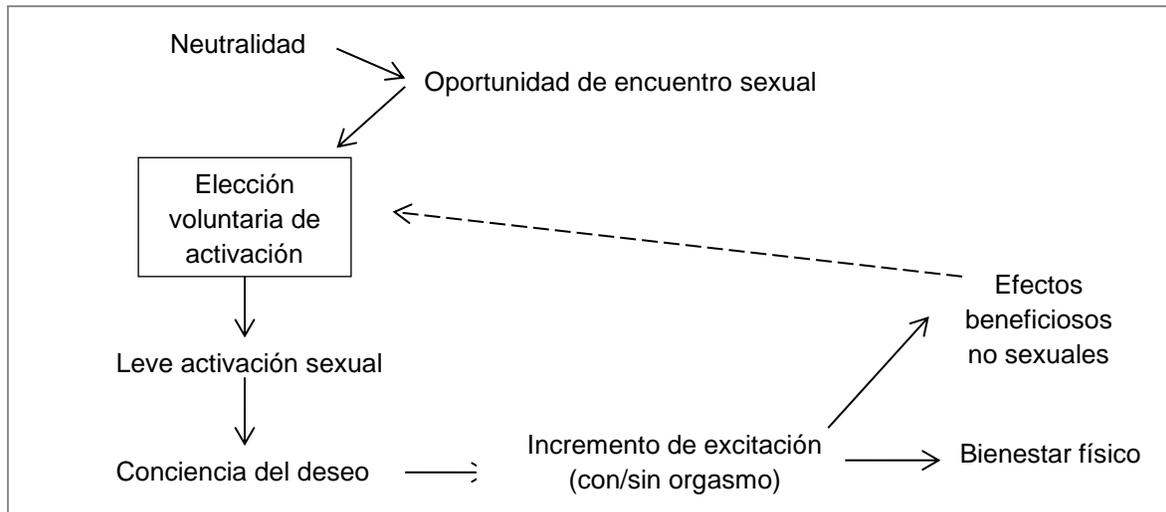


Figura 1.1 Esquema del modelo de la Respuesta Sexual Femenina según Basson.

La autora (Basson), considera que los modelos explicativos de la RSH han puesto énfasis sobre todo en los aspectos referentes a la fisiología (Carrasco, op.cit). Es precisamente esta consideración de la autora que la lleva a tomar en cuenta factores más allá de lo biológico, factores emocionales que permiten explicar ciertas condiciones que no se ajustaban a modelos anteriores como el hecho de que una relación sexual no se inicia con el deseo sino con la intimidad que se tiene con la pareja y permite que se desee.

Es importante resaltar sobre el modelo de Basson que está dirigido principalmente a la respuesta sexual en parejas que llevan largo tiempo juntos y en las mujeres, pues en los hombres se suele iniciar con la fase del deseo. Resulta un modelo valioso por incorporar la intimidad en la pareja como algo esencial sobre todo en la respuesta sexual femenina pero, al igual que modelos anteriores, se encuentra limitado a ciertas condiciones.

2007- Manuel Lucas (Médico y sexólogo) y Francisco Cabello (Psicólogo, Médico y Sexólogo): En su libro "Introducción a la Sexología Clínica" resumen los

principales modelos explicativos de las fases de la RSH y utilizan un modelo que consta de 3 fases: Intumescencia, orgasmo y detumescencia.

A continuación se presenta un esquema que condensa los principales modelos de las fases de la Respuesta Sexual Humana que se mencionaron anteriormente:



Figura 1.2 Principales modelos de la Respuesta Sexual Humana.

Se puede apreciar que comenzaron siendo modelos sencillos como el de Ellis y Kinsey y a raíz de la investigación realizada por Masters y Johnson se complejizó agregando fases más detalladas como resultado de sus estudios sobre la actividad sexual en el laboratorio.

También se observa que a pesar de que Masters y Johnson incorporaron la fase de meseta, ésta desaparece en los modelos subsecuentes. Esto debido a la dificultad de poder delimitar cuándo se encuentra en ella y no en la excitación. Al no haber una delimitación clara sobre esta fase se ha dejado de utilizar al estudiar la RSH y se ha conservado únicamente la excitación, como una fase creciente que lleva hasta el orgasmo.

La incorporación del deseo como una fase en la RSH fue tomada con aceptación debido a que desde esta fase se pueden presentar dificultades y esto se ajusta

más a la experiencia clínica. Sin embargo, es importante recordar que el deseo persiste durante todo el proceso, no necesariamente desaparece, incluso después del orgasmo puede seguir presente.

Más adelante se describirán brevemente las fases de la respuesta sexual humana, para ello, y tomando en consideración la figura anterior, se tomará el modelo de Masters y Johnson por ser el más reconocido y aquel que se mantiene vigente hasta la fecha. Sin embargo, resulta pertinente explicar también la fase de deseo pues al hablar de las disfunciones sexuales se podrá notar que es necesario incorporar éste al modelo explicativo de la RSH debido a la prevalencia de las dificultades sexuales que lo involucran.

Antes de proceder a hablar sobre las fases de la respuesta sexual se hará una breve explicación de la anatomía sexual, es decir, aquellas partes de nuestro cuerpo que intervienen en ésta.

1.3 Anatomía sexual

Hombres y mujeres somos diferentes biológicamente y, aunque algunas diferencias son más notorias que otras, aquí se explicarán únicamente aquellas partes del cuerpo humano que son de relevancia en el desarrollo de la RSH: los órganos sexuales.

1.3.1 Órganos sexuales femeninos

Para explicar con mayor claridad la anatomía sexual de la mujer, la mayoría de los autores hacen la diferenciación entre órganos sexuales externos e internos. Todos los aquí mencionados tienen un papel importante en la realización del acto sexual, aunque es conveniente recordar que el acto sexual también es un acto reproductivo, por lo que estos órganos también son los que permiten que se dé la fecundación y el embarazo. En este apartado, aunque se mencionaran algunas de las funciones de estos órganos en el proceso reproductivo humano no se debe perder de vista que seguimos hablando de la respuesta sexual. No se profundizará demasiado en cada uno de los componentes sino que se hará una breve

explicación de la anatomía que permite que se realice el acto sexual y, con este, la respuesta sexual humana.

- **Órganos sexuales externos:** De acuerdo a Rampazzo y Jasso (2008) la porción externa del aparato reproductor se llama vulva y comprende 11 estructuras.

1) Pubis: Prominencia localizada delante de la articulación de los huesos ilíacos, durante la pubertad se cubre de vello que se distribuye y da una apariencia en forma de triángulo.

2) Labios mayores: estructuras prominentes que se localizan en ambas caras de la vulva. Comienzan en el pubis y terminan en el periné. Debido a que los recubre piel resistente protegen a todos los órganos sexuales externos.

3) Labios menores: Dos pliegues de la piel, delgados, sin pelo y con gran cantidad de glándulas sudoríparas y sebáceas. Se encuentran debajo de los labios mayores, hacia arriba forman el frenillo y prepucio del clítoris y hacia el centro cubren la entrada a la vagina.

4) Clítoris: Órgano eréctil que mide de 1 a 2 cm de longitud, se localiza arriba del meato urinario y, al igual que el pene, es un órgano de gran sensibilidad.

5) Meato urinario: Orificio en donde termina la uretra, aunque no es de relevancia para la relación sexual es importante situarlo dentro de la anatomía de la vulva.

6) Introito vaginal o vestíbulo: espacio comprendido entre los dos labios menores que forma la entrada a la vagina.

7) Himen: Membrana de grosor y forma variable en cada mujer, cubre de manera parcial la entrada vaginal.

8) Glándulas de Bartholin: Glándulas accesorias, derecha e izquierda, que producen moco en pequeñas cantidades y están localizadas entre los labios mayores y la entrada vaginal.

9) Glándulas de Skene: Glándulas que se encuentran cerca del meato urinario y producen moco que lubrica parte del vestíbulo.

10) Horquilla: Zona donde se unen hacia abajo los labios mayores con los labios menores.

11) Periné: Región comprendida entre la horquilla y el ano.

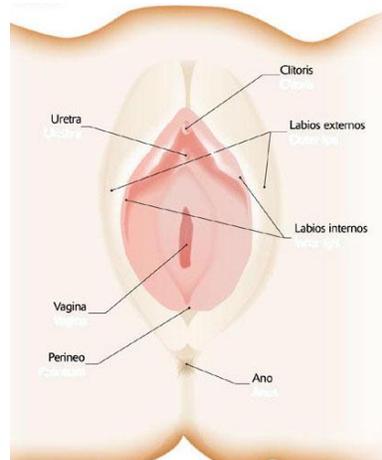


Figura 1.3. Órganos sexuales femeninos externos¹.

- **Órganos sexuales internos:** Los mismos Rampazzo y Jasso mencionan que estos órganos están conformados por la vagina, el útero y sus anexos, a continuación se mencionan brevemente.

1) Vagina: De acuerdo a Iglesias (2005), es un tubo fibromuscular que va desde el vestíbulo vulvar hasta el útero, por lo tanto es también el conducto excretor del útero y permite la salida del flujo menstrual.

2) Útero: Órgano muscular hueco con forma de pirámide, mide unos 8 cm de largo por 5 cm de ancho. Hacia delante se relaciona con la vejiga y hacia atrás con el recto. Para su estudio se ha dividido en tres porciones: el cuerpo, mide aproximadamente 5 cm, el istmo de 1 cm y el cérvix.

¹ Imagen recuperada el 10 de enero de 2013 de: <http://pediatrachile.com/wp/?p=3603>

3) **Cérvix:** Porción inferior del útero, tiene forma cilíndrica y una longitud aproximada de 3 cm. Posee dos orificios (uno interno y otro externo) y entre ambos está el canal cervical. Su parte externa es visible desde la vagina.

4) **Trompas de Falopio:** Órgano par que se localiza en la parte superior de cada uno de los lados del útero, su longitud es de 10 a 12 cm. Captan el óvulo y poseen un entorno adecuado para la concepción, transporte y nutrición del huevo.

5) **Ovarios:** Órgano par con forma de almendra, están localizados a los lados del útero y en ellos se encuentran vesículas que producen los óvulos.

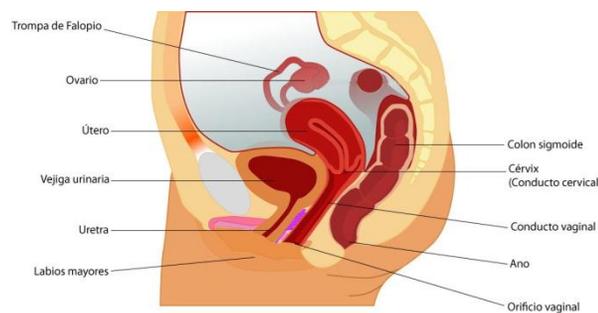


Figura 1.4. Órganos sexuales femeninos internos².

1.3.2 Órganos sexuales masculinos

Antes de comenzar a describir cada uno de los órganos se presenta un esquema para poder reconocer su ubicación ya que muchos de ellos no son visibles y, a diferencia de los órganos femeninos no son divididos en externos e internos.

Testículos: Los testículos son cuerpos ovoides que varían en tamaño pero en el adulto miden alrededor de 4 cm de longitud y 2.5 cm de diámetro. Están alojados en el escroto, que es una cavidad que se apoya en músculo y tejidos especiales que actúan para regular la temperatura (McCary y McCary, 1996).

Pene: Es el órgano masculino de la cópula, está constituido por una porción fija denominada raíz. El cuerpo del pene está compuesto por tres masas de tejido eréctil que aumentan considerablemente de tamaño cuando son rellenas por la

² Imagen recuperada el 10 de enero de 2013 de:
<http://elmodernoprometeo.blogspot.mx/2012/04/anatomia-basica-del-aparato-reproductor.html>

sangre durante la erección. Estas masas de tejido eréctil se llaman cuerpos cavernosos (derecho e izquierdo) y el cuerpo esponjoso está atravesado a lo largo de toda su longitud por la porción esponjosa de la uretra y situado en el surco entre los dos cuerpos cavernosos. El extremo final del pene se ensancha de manera cónica y así forma el glande. La piel que recubre el pene es delgada y de color oscuro, en el cuello del pene está plegada sobre sí misma y forma el prepucio. Debajo del orificio uretral existe un pequeño pliegue que va desde la punta del glande ahí hasta la cara profunda del prepucio llamado frenillo del prepucio (Iglesias, op.cit).

Epidídimo: Estructura tubular de 6m de longitud localizada en la parte superior del testículo, su forma compacta le da una longitud de 5 cm. Cuando los espermatozoides llegan aquí tardan varios días en recorrerlo antes de aparecer en una eyaculación (Rampazzo y Jasso, op. cit).

Conducto deferente: Es la continuación del epidídimo, es un conducto con longitud de 30 cm aproximadamente que sale de la cavidad del escroto llegando hasta la cavidad abdominal y termina en la base de la vejiga urinaria. Es donde se almacenan principalmente los espermatozoides (Rampazzo y Jasso, ídem).

Conductos eyaculatorios: Tubos pequeños de 15 a 20 mm de longitud que inician en las vesículas seminales y desembocan en la uretra prostática (Rampazzo y Jasso, ídem).

Vesículas seminales: Estructuras tubulares con un revestimiento secretor que produce un material mucoide rico en fructosa y ácido cítrico que nutre al espermatozoide. La secreción de estas vesículas da mayor volumen al eyaculado (Rampazzo y Jasso, ídem).

Uretra: Conducto que va desde la vejiga hasta el meato urinario del pene, mide alrededor de 20 cm de largo. Según el lugar por donde va pasando recibe los nombres de uretra prostática, membranosa y esponjosa o peniana (Rampazzo y Jasso, ídem).

Próstata: Glándula que pesa alrededor de 20 gramos y está formada por tejido muscular. Parte de su secreción se vierte con la orina, mientras que el resto constituye una gran porción del componente de las eyaculaciones. La porción de secreción prostática que se eyacula es un líquido lechoso que contiene sustancias como proteínas, calcio, ácido cítrico y colesterol, enzimas y ácidos que protegen al espermatozoide de la acidez vaginal (McCary y McCary, op.cit).

Glándulas de Cowper: Dos estructuras en forma de guisante situadas bajo la próstata. Durante la excitación secretan un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para que pueda pasar el semen de manera rápida y segura. El líquido puede observarse en la abertura de la uretra en el glande, durante la excitación y antes de eyacular (McCary y McCary, ídem).

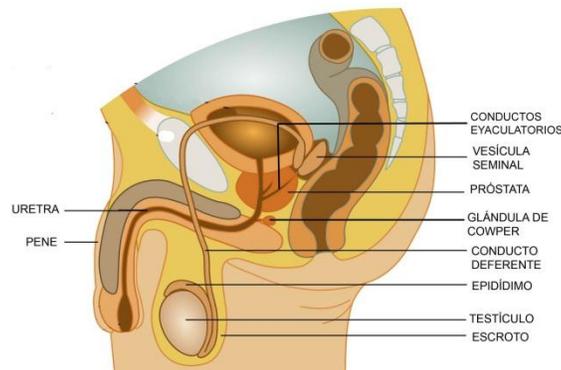


Figura 1.5. Órganos sexuales masculinos³.

Ahora que se ha explicado brevemente la anatomía sexual, tanto de mujeres como de hombres, se describirán las fases de la respuesta sexual humana así como los cambios fisiológicos y psicológicos que caracterizan a cada una de ellas.

1.4 Fases de la respuesta sexual humana

1.4.1 Deseo

Carrasco (op.cit) menciona que esta fase resulta difícil de describir debido a que se refiere al interés que puede tener una persona hacia la actividad sexual y no tiene una respuesta fisiológica que la defina. Por lo regular está asociada a

³ Imagen recuperada el 10 de enero de 2013 de:
<http://elmodernoprometeo.blogspot.mx/2012/04/anatomia-basica-del-aparato-reproductor.html>

cogniciones como fantasías y sueños acerca del acto sexual y a la disposición que se tiene hacia éste.

El deseo es considerado como algo primordial para que se lleve a cabo la relación sexual satisfactoria. Por ello es que es necesario conocer algunos de los factores que lo pueden afectar de manera positiva o negativa. A continuación se expone lo que Sánchez (op.cit) considera como factores que pueden afectar de manera positiva o negativa el deseo sexual:

Vectores positivos	Vectores negativos
Físicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud 	Físicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saciedad sexual ▪ Fatiga ▪ Adicciones ▪ Enfermedades
Psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atracción ▪ Detalles cognitivos ▪ Fantasías sexuales ▪ Estado anímico ▪ Autoestima sexual ▪ Receptividad circunstancial ▪ Funcionamiento de pareja ▪ Desarrollo previo de la sexualidad. 	Psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Culpabilidad o vergüenzas sexuales ▪ Problemas de pareja ▪ Enojo ▪ Resentimiento ▪ Problemas de personalidad ▪ Distracciones mentales

Tabla 1.1. Vectores positivos y negativos que influyen en el deseo.

1.4.2 Excitación

En este período se incrementan los niveles de activación sexual y tiene reacciones fisiológicas significativas en ambos sexos. Quizá las más notorias y conocidas sean la erección del pene en el hombre y la lubricación vaginal y la erección de los pezones en la mujer. El desarrollo óptimo de esta fase puede ser determinante en la calidad de la relación sexual y decisivo en la obtención o no de un orgasmo.

1.4.3 Meseta

Sánchez (ídem, p. 24) menciona que es una “fase de transición con un grado alto sostenido de excitación durante un tiempo corto”. Conforme aumenta la excitación se hacen más marcados los cambios fisiológicos de la fase y se agregan nuevos cambios.

El cambio característico presente en las mujeres en esta fase según Carrasco (op.cit) es la aparición de la “plataforma orgásmica” que se refiere al estrechamiento en el tercio externo de la vagina al engrosarse las paredes. Este cambio produce a su vez que el tercio interno se abombe y forme un receptáculo que puede recoger la eyaculación masculina cuando se presente.

Recordemos que esta fase ha dejado de ser utilizada en la práctica clínica debido a que es difícil establecer cuándo se pasó de la excitación a la meseta y de la meseta al orgasmo.

1.4.4 Orgasmo

En esta fase se alcanza el máximo de excitación y se presente una respuesta refleja que provoca contracciones musculares tanto en el hombre como en la mujer. La sensación para ambos sexos en esta fase es de intenso placer y su duración es variable (entre 3 y 15 segundos).

Álvarez-Gayou (op.cit) dice que la percepción que se tiene sobre el orgasmo suele estar relacionada con diversos factores personales como el ambiente, las tensiones y la relación de pareja, entre otros; y se describe como una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión y máximo placer.

Carrasco (op.cit), menciona que en la mujer hay contracciones rítmicas en el útero, la plataforma orgásmica vaginal y el recto. Además el cuerpo se pone rígido, la espalda se arquea, las manos y los pies se encogen.

Por su parte, Masters y Johnson (1983 citados en Ramos, op.cit) dividieron el orgasmo masculino en dos etapas:

- Un periodo de dos o tres segundos durante el cual el varón siente que va a eyacular y ya no puede controlar el proceso.
- La eyaculación misma del semen y contracciones de la uretra y otros músculos relacionados.

Es importante recordar que si se continúa la estimulación en la mujer mientras continúa la excitación después del orgasmo, se pueden presentar más orgasmos seguidos (multiorgasmos) y también que, en el caso de los hombres, se sabe actualmente que no siempre un orgasmo va acompañado de la eyaculación.

1.4.5 Resolución

En esta fase los cambios fisiológicos que se presentaron durante las fases anteriores van desapareciendo paulatinamente, el cuerpo regresa a su estado neutral y si ocurrió un orgasmo se presenta la sensación de bienestar y relajación.

1.4.6 Fase refractaria

Esta fase no es considerada por muchos autores, sin embargo se menciona para ejemplificar cómo es el periodo que puede existir entre una relación sexual y la siguiente de acuerdo a la edad y al sexo.

Álvarez-Gayou (op.cit) expresa que en esta fase, el umbral de respuesta a un estímulo sexual es elevado. Su duración es variable pero suele ser mucho más corta en jóvenes que en personas de mayor edad, también se incrementa en el hombre después de la primera eyaculación en una sola sesión de relación sexual.

Se puede decir que es el tiempo después del orgasmo en que la sensibilidad es alta para volver a comenzar una relación sexual pero es variable el tiempo en el que el cuerpo está lo suficientemente preparado para una nueva actividad sexual.

En el caso de las mujeres, puede ser retomada la actividad sexual casi inmediatamente; sin embargo, en los hombres varía de acuerdo a la edad y las eyaculaciones previas.

1.4.7 Cambios en las fases de la Respuesta Sexual Humana

A continuación se exponen de forma más detallada en la siguiente tabla, propuesta por Carrobes (1996), los diferentes cambios que ocurren durante cada una de las fases de la RSH tanto en hombre como en mujeres.

Fases	Mujer	Hombre
Deseo	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de pensamientos o fantasías sexuales. -Deseo de actividad sexual. -Posibles cambios hormonales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de pensamientos o fantasías sexuales. -Deseo de actividad sexual. -Posibles cambios hormonales.
Excitación	<ul style="list-style-type: none"> -Lubricación, engrosamiento y expansión del interior de la vagina. -Hinchazón y erección del clítoris. -Elevación del útero. -Alisamiento y separación de los labios mayores. -Engrosamiento y coloración en los labios menores. -Plataforma orgásmica y retracción del clítoris. -Secreción de las glándulas de 	<ul style="list-style-type: none"> -Erección del pene. -Agrandamiento de la próstata. -Engrosamiento, elevación y rotación de los testículos. -Incremento y coloración de la corona del glande. -Secreción de las glándulas de Cowper. -Sensación subjetiva de excitación.

	<p>Bartholin.</p> <p>-Sensación subjetiva de excitación.</p>	
Orgasmo	<p>-Contracciones del útero.</p> <p>-Contracciones rítmicas de la vagina y plataforma orgásmica.</p> <p>-Contracciones del esfínter rectal.</p> <p>-Rápida respiración</p> <p>-Elevación máxima del ritmo cardíaco.</p> <p>-Sensación y estado de placer.</p>	<p>-Contracciones de las vesículas seminales, próstata y conducto eyaculador.</p> <p>-Contracciones rítmicas de la uretra y del pene con la expulsión del semen.</p> <p>-Rápida respiración</p> <p>-Elevación máxima del ritmo cardíaco.</p> <p>-Contracciones del esfínter rectal.</p> <p>-Sensación y estado de placer.</p>
Resolución	<p>-Regresión y pérdida de la vasocongestión del clítoris.</p> <p>-Desaparición de la plataforma orgásmica y de la vasocongestión de las paredes de la vagina.</p> <p>-Desaparición de la hinchazón de los labios mayores y menores.</p> <p>-Regresión del útero a su posición habitual.</p>	<p>-Pérdida de la erección del pene.</p> <p>-Descenso de los testículos y pérdida de la congestión testicular.</p> <p>-Desaparición de la congestión del escroto.</p> <p>-Estado o periodo refractario.</p> <p>-Sensación de alivio o relajación.</p>

	-Sensación de alivio o relajación.	
--	------------------------------------	--

Tabla 1.2. Cambios durante las fases de la respuesta sexual humana en mujeres y hombres.

Después de haber presentado las diferentes fases de la respuesta sexual humana se presentará en el siguiente capítulo una revisión sobre las principales dificultades que se llegan a presentar en ellas, cómo se clasifican y una breve descripción.

2. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Las fases de la respuesta sexual humana que se abordaron en el capítulo anterior permiten conocer cómo es que se desarrolla el acto sexual; sin embargo, no siempre se da de esta forma y existen diferentes dificultades en torno a esta respuesta. Resulta importante abordar estos temas pues dificultan la vida sexual satisfactoria y, por lo tanto, la calidad de vida del individuo y la pareja. En el presente capítulo se explicarán las parafilias, trastornos de la identidad sexual y las disfunciones sexuales cómo es que se clasifican, se describirán y se brindará un panorama sobre la frecuencia de éstos.

2.1 Clasificación de los problemas sexuales

Existen diferentes clasificaciones respecto a los problemas sexuales, por ejemplo: la del CIE-10 (OMS, 1992), DSM-IV-TR (APA, 2000), la Clasificación de los síndromes de la disfunción sexual de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC, 1993), la clasificación del Sistema Multiaxial Orientado al Problema (Schover, Friedman, Weiler, Heiman y LoPiccolo, 1982 citados en Cabello, 2010), entre otras. Cabello (op.cit), presenta las principales clasificaciones de las disfunciones sexuales:

#	Autor	Año	#	Autor	Año
1	Hastin	1963	10	Shover	1982
2	Eysenck	1965	11	Bianco	1988
3	Hirsch	1966	12	Carrobles	1991
4	Wolpe	1969	13	CIE-10	1992
5	Masters	1970/1987	14	AMSSAC	1993
6	Haslam	1974	15	AFUD	2000
7	Kaplan	1974/77	16	Basson <i>et.al</i>	2003
8	Sharpe	1976	17	FLASSES	2008
9	APA	1980/87/94			

Tabla 2.1. Principales clasificaciones de las disfunciones sexuales.

De las anteriores, las más conocidas y actuales son el DSM-IV-TR (op.cit), el CIE-10 (op.cit), la de Carroble y Sáenz (1991 citados en Lucas y Cabello, 2007), la de la AMSSAC (Rubio y Díaz, 1993), la de Basson y colaboradores (2003 citados en Lucas y Cabello, op.cit), Sistema Multiaxial Orientado al Problema (op.cit) y la de la FLASSES (2008, en Cabello, op.cit).

Sin embargo, en la actualidad, las más reconocidas y utilizadas dentro del ámbito clínico resultan la del DSM-IV-TR y la del CIE-10. Por esta razón se expondrán enseguida estas clasificaciones; cabe mencionar que en caso del CIE-10 no se hace propiamente una división entre los trastornos del hombre y de la mujer, por lo cual se mencionan en forma de lista. También se podrá notar que no todos los tipos de trastornos de una clasificación tienen un equivalente en la otra.

Trastornos sexuales y de la identidad sexual			
Trastornos sexuales según el DSM-IV-TR			Disfunciones sexuales según el CIE-10
Tipos	Hombre	Mujer	Tipos
Trastornos del deseo sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo sexual hipoactivo ▪ Trastornos por aversión al sexo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo sexual hipoactivo ▪ Trastornos por aversión al sexo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia o pérdida del deseo sexual. Incluye frigidez y trastorno hipoactivo del deseo. ▪ Rechazo sexual y ausencia de placer sexual ▪ Impulso sexual excesivo
Trastornos de la excitación sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de la erección 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de la excitación sexual en la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracaso de la respuesta genital: Incluye impotencia psicógena, trastornos de la erección y trastornos del estímulo sexual.
Trastornos orgásmicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno orgásmico masculino ▪ Eyaculación precoz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno orgásmico femenino 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunción orgásmica ▪ Eyaculación precoz
Trastornos sexuales por dolor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispareunia (no debida a una 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispareunia (no debida a una 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaginismo no orgánico ▪ Dispareunia no

	enfermedad médica)	enfermedad médica) ▪ Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)	orgánica
Trastorno sexual debido a una enfermedad médica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo sexual hipoactivo en el hombre debido a... (indicar enfermedad) ▪ Trastorno de la erección debido a... (indicar enfermedad) ▪ Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad) ▪ Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad) ▪ Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad) ▪ Otros trastornos sexuales femeninos debidos a...(indicar enfermedad) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
Trastorno sexual inducido por sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con alteración del deseo/la excitación/el orgasmo/ o con dolor sexual inducido por... (sustancia específica) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con alteración del deseo/la excitación/el orgasmo/ o con dolor sexual inducido por... (sustancia específica) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
Parafilias			Trastornos de la inclinación sexual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exhibicionismo ▪ Fetichismo ▪ Frotteurismo ▪ Pedofilia ▪ Masoquismo sexual ▪ Sadismo sexual ▪ Fetichismo transvestista ▪ Voyeurismo ▪ Parafilia no especificada 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fetichismo ▪ Transvestismo fetichista ▪ Exhibicionismo ▪ Escoptofilia (voyeurismo) ▪ Pedofilia ▪ Sado-masoquismo ▪ Trastornos múltiples

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros trastornos: Incluye frotteurismo y necrofilia ▪ Trastornos de la inclinación sexual sin especificación
Trastornos de la identidad sexual	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de la identidad sexual <ul style="list-style-type: none"> ○ Con atracción sexual por los hombres ○ Con atracción sexual por las mujeres ○ Con atracción sexual por ambos sexos ○ Con atracción sexual por ninguno ▪ Trastorno de la identidad sexual no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transexualismo ▪ Transvestismo no fetichista ▪ Trastorno de la identidad sexual en la infancia ▪ Trastornos de la identidad sexual sin especificación
Trastorno sexual no especificado	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquellos que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico 	

Tabla 2.2. Clasificación de los trastornos sexuales y de la identidad sexual según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

La clasificación resulta bastante completa pero resultaría obsoleta sin una adecuada explicación de cada uno de estos trastornos y cómo es que se pueden diagnosticar. En los apartados siguientes se describirá brevemente cada uno de ellos para posteriormente proporcionar estadísticas de qué tan frecuentes son y cómo afectan la vida del individuo en distintos aspectos.

2.2 Parafilias

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM-IV-TR (op.cit) establece los criterios de diagnóstico para que algún trastorno pueda denominarse como parafilia dividiéndolos en A y B. El criterio A es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulso o de comportamientos sexuales (durante un periodo de al menos 6 meses) que por lo general engloban:

- Objetos no humanos

- Sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja
- Niños u otras personas que no consienten

En algunos casos estas fantasías parafílicas sólo se presentan en un determinado período de tiempo: por ejemplo, cuando se está sometido a mucho estrés. En otros casos es necesaria la presencia de éstos para que se obtenga la excitación sexual.

El criterio B para diagnosticar una parafilia es si esos impulsos, comportamientos y fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En el caso del CIE-10, las parafilias se describen en la categoría de “trastornos de las inclinaciones sexuales” y los criterios generales para su diagnóstico son:

G1. Impulsos sexuales y fantasías recurrentes e intensas que implican objetos y actividades inusuales.

G2. Se actúa de acuerdo a los impulsos o se siente un marcado malestar a causa de estos.

G3. La tendencia se ha presentado al menos durante 6 meses.

Como se puede notar en ambos criterios, una parafilia implica impulsos o fantasías que están relacionados con objetos o personas en situaciones poco usuales, durante un periodo de al menos 6 meses y esto provoca malestar en el individuo o deteriora sus relaciones.

Wincze (2001) menciona que estas parafilias se denominan también como comportamiento sexual atípico, pero este término (“atípico”) suele ser relativo pues se refiere a algo que está fuera de la norma, es decir, algo que la mayoría de las personas no hacen en su actividad sexual; pero lo que la gente hace no es algo conocido, la mayoría del comportamiento sexual de los individuos es algo secreto y no se discute comúnmente.

En la actualidad existe cierta controversia sobre si las parafilias deberían de estar incluidas como trastornos sexuales, debido a que “para algunos autores las parafilias son la acentuación de elementos normalmente presentes en la conducta sexual” (Cabello, op.cit, pp. 94) y esto hace que parezca una inclusión más por juicios morales pues, la mayoría de las personas con alguna parafilia no sienten un malestar o el deterioro social referido en los criterios diagnósticos. Sin embargo, hasta el momento siguen incluidas y es innegable que, en algunas de ellas, se produce también un daño a terceros.

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las parafilias mencionadas en el DSM-IV-TR y el CIE-10, así como los criterios de diagnóstico específicos para cada una de éstas.

2.2.1 Exhibicionismo

DSM-IV-TR		CIE-10	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios Diagnósticos
<p>Su característica principal es la exposición de los genitales a una persona extraña.</p> <p>Algunas veces el individuo se masturba durante la exposición o mientras la imagina.</p> <p>No existe ningún intento de actividad sexual posterior con la persona extraña.</p>	<p>A. Durante un periodo de por lo menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.</p> <p>B. El individuo ha satisfecho estas necesidades sexuales, o las necesidades sexuales o fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales.</p>	<p>Tendencia persistente a exponer los órganos genitales a extraños (generalmente del sexo opuesto) o a la gente en lugar públicos, sin intentar un contacto más íntimo.</p> <p>Se limita prácticamente a varones heterosexuales que se exhiben a mujeres adultas o adolescentes, desde una distancia de seguridad en lugares públicos.</p> <p>Para algunos es su</p>	<p>A. Se cumple con el criterio general por trastorno de las inclinaciones sexuales.</p> <p>B. Inclinación recurrente o persistente a exponer por sorpresa los propios genitales a extraños (generalmente del sexo opuesto), casi siempre acompañado de un deseo sexual y de masturbación.</p> <p>C. No hay intención de contacto sexual con el testigo, ni incitación.</p>

		única descarga sexual, otros llevan simultáneamente una vida sexual activa con una pareja. Si el testigo se sorprende, asusta o impresiona, suele aumentar la excitación.	
--	--	---	--

Tabla 2.3. Descripción y criterios para el diagnóstico del exhibicionismo según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.2.2 Fetichismo

DSM-IV-TR		CIE-10	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
<p>Uso de objetos no animados (por ejemplo: zapatos, ropa interior femenina, etc.).</p> <p>El individuo con fetichismo se masturba frecuentemente mientras sostiene, acaricia o huele el objeto fetiche, o bien le pide a su compañero sexual que lo use durante las relaciones.</p> <p>Por lo general, el fetiche es necesario e intensamente preferido para la excitación sexual, y en su ausencia pueden producirse trastornos de la erección en el hombre.</p>	<p>A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados.</p> <p>B. Estas fantasías, impulsos o comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>C. Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados para estimular los</p>	<p>Dependencia de algún objeto inerte como estímulo para la excitación y la gratificación sexual.</p> <p>Algunos fetiches son artículos de ropa o calzado, otros se caracterizan por alguna textura particular (por ejemplo: goma, plástico o cuero).</p> <p>Su importancia varía según el individuo. En algunos casos sirve sólo como refuerzo de la excitación sexual conseguida por medios ordinarios.</p> <p>Las fantasías fetichistas son frecuentes, pero no son un trastorno a menos que lleven a rituales tan</p>	<p>A. Se cumple con el criterio general por trastorno de las inclinaciones sexuales.</p> <p>B. El fetiche (objeto inanimado) es la fuente más importante de la estimulación sexual o es esencial para la respuesta sexual satisfactoria.</p>

	genitales (por ejemplo, un vibrador).	apremiantes e inaceptables como para interferir en la relación sexual y causar malestar. El fetichismo se presenta principalmente en los hombres.	
--	---------------------------------------	--	--

Tabla 2.4. Descripción y criterios para el diagnóstico del fetichismo según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.2.3 Frotteurismo

DSM-IV-TR		CIE-10
Descripción	Criterios para el diagnóstico	
<p>Implica el contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad. Por lo general se produce en lugares con mucha gente, en los que es más fácil escapar (por ejemplo: aceras y transporte público).</p> <p>El individuo aprieta sus genitales contra las nalgas de la víctima o intenta tocar los genitales o los pechos con las manos. Al realizar esto, imagina que se vive una verdadera relación con la víctima, pero es consciente que debe de huir después de tocarla para evitar una detención.</p> <p>Principalmente se presenta entre los 15-25 años y va declinando gradualmente.</p>	<p>A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.</p> <p>B. El individuo ha satisfecho estas necesidades sexuales o las necesidades sexuales y fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales.</p>	<p>No se cuenta con un apartado específico para esta parafilia (ver <u>Otros trastornos de la inclinación sexual</u>).</p>

Tabla 2.5. Descripción y criterios para el diagnóstico del frotteurismo según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.2.4 Pedofilia

DSM-IV-TR		CIE-10	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
Actividades sexuales con niños prepúberes	A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías	Preferencia sexual por los niños, normalmente de edad	A. Se cumple el criterio general por trastorno de las

<p>(generalmente de 13 o menos años de edad). Es más frecuente que las víctimas sean niñas.</p> <p>La gente que presenta este trastorno puede limitarse a desnudar a los niños, observarlos, exponerse frente a ellos, masturbarse en su presencia o acariciarlos y tocarlos suavemente.</p> <p>Otros efectúan felaciones o cunnilingus, penetran la vagina, la boca, el ano con los dedos, objetos o el pene, utilizando diversos grados de fuerza.</p> <p>Puede ser con atracción sexual por los hombres, por las mujeres o por ambos sexos.</p> <p>Se puede limitar al incesto o puede ser con niños de otras familias. También puede ser exclusivo, es decir, cuando sólo se siente atracción por los niños; o no exclusivo cuando también se siente atracción por las personas adultas.</p>	<p>sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores.</p> <p>B. El individuo ha satisfecho estas necesidades sexuales, o las necesidades y fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales.</p> <p>C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño.</p> <p>Se debe especificar el tipo de pedofilia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con atracción sexual por los hombres, las mujeres o ambos sexos. - Limitado al incesto o no. -De tipo exclusivo o no exclusivo. 	<p>prepuberal o de la pubertad temprana.</p> <p>Algunos pueden sentir atracción únicamente por las niñas o los niños o por ambos sexos.</p> <p>La pedofilia se presenta pocas veces en mujeres. Si quien lo lleva a cabo es un adolescente y es una ocasión aislada, no implica pedofilia.</p> <p>En el CIE-10 no se proporcionan pautas específicas para el diagnóstico, sólo que tiene que ser una tendencia persistente o predominante.</p>	<p>inclinaciones sexuales.</p> <p>B. Inclinación persistente o predominante hacia la actividad con uno o más prepúberes.</p> <p>C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que los niños por lo que siente atracción.</p>
--	---	--	--

Tabla 2.6. Descripción y criterios para el diagnóstico de la pedofilia según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.2.5 Masoquismo, sadismo y sadomasoquismo

Trastorno	DSM-IV-TR	
	Descripción	Criterios para el diagnóstico
Masoquismo	<p>Acto real (no simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento.</p> <p>Quienes padecen este trastorno pueden estar obsesionados por sus fantasías masoquistas y las deben evocar durante las relaciones sexuales o masturbación. Otras personas llevan a cabo sus fantasías ellos mismos o con un compañero.</p> <p>Los actos masoquistas con pareja incluyen restricción de movimientos (sumisión física), vendajes en los ojos, apaleamiento, paliza, latigazos, golpes, descargas eléctricas, cortes, pinchazos y perforaciones, y humillaciones (por ejemplo: ser orinado o defecado, ser forzado a arrastrarse o ladrar, o ser sometido a insultos verbales).</p> <p>Puede incluir la obligación de vestirse con ropas del otro sexo, también puede vestirse y actuar como un niño pequeño (infantilismo). Una forma peligrosa es la hipoxifilia, es decir, la excitación a través de la privación de oxígeno.</p> <p>Algunas personas pueden llevar a cabo actos masoquistas durante mucho tiempo sin aumentar su potencial lesivo. Sin embargo, otros aumentan la gravedad con el paso del tiempo o durante periodos de estrés y pueden producir lesiones o la muerte.</p>	<p>A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho real de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.</p> <p>B. Las fantasías, impulsos o comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
Sadismo	<p>Implica actos reales (no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante.</p>	<p>A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos reales en los que el</p>

	<p>Algunos individuos se encuentran alterados por sus fantasías sádicas y las evocan durante la actividad sexual. Otros las satisfacen con víctimas que no consienten. En todos los casos, el sufrimiento de la víctima resulta excitante.</p> <p>Las fantasías o actos pueden ser actividades en donde el sujeto se muestra dominante ante la víctima; pueden concretarse a inmovilizar físicamente, vendar los ojos, golpearla, azotarla, pincharla, quemarla, aplicarle descargas eléctricas, violarla, cortarla, intentar estrangularla, torturarla, mutilarla o incluso matarla.</p> <p>Algunos individuos pueden dedicarse a sus actos sádicos sin incrementar el nivel de las lesiones. Sin embargo, la gravedad suele incrementarse con el paso del tiempo y cuando es grave y se asocia con el trastorno antisocial de la personalidad, pueden lesionar gravemente o matar a sus víctimas.</p>	<p>sufrimiento psicológico o físico de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.</p> <p>B. El individuo ha satisfecho estas necesidades con una persona que no consiente, o las necesidades o fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales.</p>
--	---	--

CIE-10

Sado-masochismo	Descripción	Pautas para el diagnóstico
	<p>Preferencia por actividades sexuales que implican el infringir dolor, humillación o esclavitud.</p> <p>Si la persona prefiere ser el receptor de éstas se denomina masochismo; si es el que lo ocasiona, se denomina sadismo.</p> <p>A menudo un individuo se excita sexualmente tanto con actividades sádicas como masochistas.</p>	<p>A. Se cumple con el criterio general por trastorno de las inclinaciones sexuales.</p> <p>B. Inclinación hacia un tipo de actividad sexual como receptor (masochismo), como ejecutor (sadismo) o como ambas formas, que implica la presencia de al menos uno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dolor 2) Humillación 3) Sojuzgación <p>C. La actividad sado-masochista es la fuente más importante de estimulación sexual o es necesaria para la gratificación sexual.</p>

Tabla 2.7. Descripción y criterios para el diagnóstico del sadismo, masoquismo y sado-masoquismo según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.2.6 Fetichismo travestista o transvestismo fetichista

DSM-IV-TR		CIE-10	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Pautas para el diagnóstico
<p>Un hombre se viste de mujer. En la mayoría de los casos, la excitación se produce con el simple pensamiento o la imagen de la persona viéndose como mujer (esto se denomina “autoginefilia”). Los atuendos y adornos resultan símbolos de feminidad y no fetiches.</p> <p>Las actividades comprenden desde llevar ropa femenina en solitario y ocasionalmente hasta una involucración extensa en la subcultura travestista.</p> <p>Aunque la preferencia básica es heterosexual, suelen tener pocas parejas y en ocasiones han realizado actos homosexuales.</p> <p>En algunos individuos la excitación puede cambiar a lo largo del tiempo tendiendo a disminuir o</p>	<p>A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un hombre heterosexual.</p> <p>B. Las fantasías, impulsos o comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>Se debe especificar si es con una disforia sexual: si el individuo presenta malestar persistente con su papel o identidades sexuales.</p>	<p>Consiste en llevar ropas del otro sexo para obtener excitación sexual.</p> <p>Se distingue del fetichismo simple debido a que la ropa que se lleva se utiliza para crear la apariencia de ser una persona del sexo opuesto.</p> <p>Normalmente se lleva más de un artículo e incluso peluca y maquillaje.</p>	<p>A. Se cumple el criterio general por el trastorno de las inclinaciones sexuales.</p> <p>B. Vestir ropas o atuendos del género opuesto para crear la apariencia y el sentimiento de ser miembro de éste.</p> <p>C. La inversión del vestir está relacionada con el deseo sexual. Cuando se alcanza el orgasmo, se desea quitarse las ropas fetiches.</p>

<p>desaparecer.</p> <p>En otros puede aparecer una disforia sexual y, en algunos otros, ésta disforia se convierte en una parte fija del cuadro clínico y se tiene el deseo de vestir y vivir permanentemente como mujer y realizar el cambio de sexo.</p>			
--	--	--	--

Tabla 2.8. Descripción y criterios para el diagnóstico del fetichismo travestista según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.2.7 Voyeurismo o escotofilia

DSM-IV-TR		CIE-10	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
<p>Implica observar ocultamente a personas, por lo regular, desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose o durante un acto sexual.</p> <p>Esto tiene como propósito obtener excitación sexual y, por lo general, no se busca una relación con la persona observada.</p> <p>El orgasmo mediante la masturbación, puede aparecer en el momento de la actividad voyeurística o después al recordar lo observado.</p>	<p>A. Durante un periodo de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.</p> <p>B. El individuo ha satisfecho estas necesidades sexuales, o las necesidades o fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales.</p>	<p>Tendencia persistente o recurrente a mirar a personas comprometidas en una actividad sexual o íntima, como desnudarse, lo que lleva normalmente a una excitación sexual y a la masturbación, que se realiza sin ser observado por las personas.</p>	<p>A. Se cumple el criterio general por trastorno de las inclinaciones sexuales.</p> <p>B. Inclinación recurrente o persistente a mirar personas que realizan actividades sexuales o están en situaciones íntimas, acompañada de excitación sexual y masturbación.</p> <p>C. El individuo no desea descubrir su presencia.</p> <p>D. No existe deseo de relación sexual con las personas observadas.</p>

<p>En su forma más grave, constituye la única forma de actividad sexual. Generalmente se inicia este comportamiento antes de los 15 años.</p>			
---	--	--	--

Tabla 2.9. Descripción y criterios para el diagnóstico del voyeurismo según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

A continuación se presentan las clasificaciones en ambas referencias (DSM-IV-TR y CIE-10) en donde se agrupan las parafilias que no se localizan en ninguna de las categorías anteriores.

2.2.8 Parafilia no especificada

Según el DSM-IV-TR, se incluyen en esta categoría aquellas que no cumplen los criterios para ninguna de las anteriores. Por ejemplo:

- Escatología telefónica (llamadas obscenas),
- Necrofilia (cadáveres),
- Parcialismo (atención centrada en una parte del cuerpo),
- Zoofilia (animales),
- Coprofilia (heces),
- Clismafilia (enemas),
- Urofilia (orina).

2.2.9 Otros trastornos de la inclinación sexual

El CIE-10 incluye en esta categoría las actividades relativamente poco frecuentes como:

- Hacer llamadas telefónicas obscenas,
- Frotteurismo (frotarse contra otras personas para estimularse sexualmente),
- Bestialismo (actividad sexual con animales),
- Empleo de la estrangulación o anoxia para intensificar la excitación,

- Preferencia por parejas con alguna anomalía (por ejemplo, miembro amputado),
- Necrofilia (actividad sexual con cadáveres).

Cabe mencionar que existen otras clasificaciones de las parafilias como la de Castelo-Branco (2005) para la Federación Latinoamericana de Sexología (FLASSES) y la de Hernández (en Arango, 2008), en donde se mencionan más parafilias que, aunque pueden ser incluidas en otras categorías, no se encuentran descritas en el DSM-IV-TR ni el CIE-10. Sin embargo, estas clasificaciones (la de Bianco y la de Hernández), aunque más específicas, no cuentan con la misma utilidad práctica que las dos referencias mencionadas aquí.

2.2.10 Prevalencia de las parafilias

Las personas que tienen una parafilia normalmente no suelen acudir con un profesional sino hasta que se les ha ocasionado problemas con su pareja sexual o con la sociedad. Esto dificulta la obtención de datos estadísticos sobre su frecuencia. Sin embargo, se ha encontrado que: son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, normalmente se presentan tres o cuatro parafilias en conjunto y no sólo una y que las parafilias más comunes son el exhibicionismo, la pedofilia y el voyeurismo (Cabello, op.cit).

Por otra parte, Cáceres (2001), menciona que hay algunos indicadores indirectos para valorar cómo ha aumentado su prevalencia:

- El gran mercado de la pornografía.
- Los medios de comunicación informan sobre el desmantelamiento de bandas de traficantes con publicaciones relacionadas con diversas parafilias, como la pedofilia.
- Clubes de fetichistas y pedófilos en internet.
- Los delitos denunciados relacionados con las parafilias, por ejemplo: violación, agresión sexual, exhibición o incesto.

Notando el aumento de estos indicadores que cada vez se hacen más populares, se puede notar que en nuestra sociedad actual, aunque sean pocos quienes

admitan alguna de las parafilias mencionadas anteriormente, existe un número considerable de individuos con parafilias y, por lo tanto, sería apropiado realizar más estudios para poder abordar esta problemática.

2.3 Trastornos de la identidad sexual

Los criterios para el diagnóstico de los trastornos de identidad en adolescentes o adultos según el DSM-IV-TR (op.cit) son:

- Debe haber pruebas de que el individuo se identifica de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que se es del otro sexo.
- Esta identificación no es sólo con el deseo de obtener las ventajas culturales de ese sexo sino que debe haber pruebas de un malestar persistente por el sexo asignado o inadecuación en el papel de su sexo.
- El diagnóstico no debe establecerse si existe una enfermedad física intersexual.
- Deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas de la actividad del individuo.

Se debe especificar qué tipo de alteración es. Puede ser:

- Con atracción sexual por los hombres
- Con atracción sexual por las mujeres
- Con atracción sexual por ambos sexos
- Con atracción sexual por ninguno

También se debe codificar de acuerdo a la edad, es decir, si en un trastorno de la identidad sexual en niños o en adolescentes o adultos.

En los niños, se manifiesta con rasgos como:

- Deseos repetidos de ser, o insistencia en que se es, del otro sexo,
- En el caso de los niños preferencia por la ropa femenina y en las niñas, preferencia por la ropa masculina,

- Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías recurrentes de pertenecer al otro sexo,
- Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo y
- Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

2.3.1 Trastorno de la identidad sexual no especificado

En esta categoría del DSM-IV-TR, se codifican los trastornos de la identidad que no se incluyen en las categorías anteriores. Incluye:

- Enfermedades intersexuales (por ejemplo, síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita⁴) y disforia sexual acompañante.
- Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.
- Preocupación persistente por la castración o penectomía, sin deseo de tener las características del sexo opuesto.

Por su parte, el CIE-10, divide estos trastornos de la identidad sexual en:

Transexualismo	
Descripción	Criterios diagnósticos
Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, suele acompañarse por malestar y desacuerdo con el sexo propio y deseos de someterse a un tratamiento (quirúrgico u hormonal) para que el cuerpo sea lo más parecido al del otro sexo.	<p>A. Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.</p> <p>B. Presencia de identidad transexual persistente durante al menos 2 años.</p> <p>C. No se trata de un síntoma de otro trastorno mental ni secundario con una anomalía cromosómica.</p>
Transvestismo no fetichista	
Descripción	Criterios diagnósticos
Consiste en llevar ropas del sexo opuesto	A. Vestir atuendos del género opuesto con

⁴ Para mayor información sobre estas enfermedades, consultar el capítulo 8, Identidad de género y orientación sexual, del libro "Sexualidad Humana" de Iván Arango (2008), citado en la bibliografía.

<p>durante alguna parte de la existencia para disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, sin el deseo de que este cambio sea permanente. En éste no hay excitación sexual, a diferencia del transvestismo fetichista.</p> <p><i>Incluye:</i> Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual.</p>	<p>el objeto de tener la sensación de pertenecer a ese género temporalmente.</p> <p>B. Ausencia de motivación sexual en el cambio de atuendo.</p> <p>C. Ausencia de deseo de cambio permanente al género opuesto.</p>
---	---

Trastorno de la identidad sexual en la infancia

Descripción	Criterios diagnósticos
<p>Trastornos que se manifiestan por primera vez durante la primera infancia y se caracterizan por malestar intenso y persistente debido al sexo propio y se tiene el deseo de pertenecer al sexo opuesto. Se rechazan las actividades del sexo propio.</p> <p>No se refiere a la masculinización o afeminamiento de los y las chicas.</p>	<p>Para mujeres:</p> <p>A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser una chica, acompañado del deseo manifiesto de ser un chico, o insistencia de que es un chico.</p> <p>B. Uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rechazo marcado y persistente hacia los atuendos femeninos habituales e insistencia en vestir ropa típicamente masculina. 2. Repudio persistente de las estructuras anatómicas femeninas, puesto de manifiesto por alguno de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> a) Afirmación de que tiene o le crecerá un pene. b) Rechazo para orinar en posición sentada. c) Afirmación de que no desea que le crezcan los pechos ni tener menstruación. <p>C. No se ha alcanzado aún la pubertad.</p> <p>D. El trastorno debe haber estado presente al menos durante 6 meses.</p> <p>Para hombres:</p> <p>A. Malestar intenso y persistente por el hecho de ser un chico, acompañado del deseo intenso de ser chica, o insistencia de que él es una chica.</p> <p>B. Uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación por actividades típicamente femeninas, puesta de manifiesto por le preferencia de

	<p>vestir o simular atuendos femeninos o por un intenso deseo de participar en juegos y pasatiempos de chicas junto con el rechazo de las juguetes, juegos y actividades típicamente masculinas.</p> <p>2. Repudio persistente de las estructuras anatómicas masculinas que se pone de manifiesto en alguna de las siguientes afirmaciones:</p> <p>a) Que crecerá hasta convertirse en mujer.</p> <p>b) Que su pene y sus testículos son molestos o desaparecerán.</p> <p>c) Que sería mejor no tener testículos ni pene.</p> <p>C. El chico no ha alcanzado la pubertad.</p> <p>D. El trastorno debe haber estado presente durante al menos 6 meses.</p>
<p align="center">-Otros trastornos de la identidad sexual -Trastornos de la identidad sexual sin especificación.</p>	

Tabla 2.10. Trastornos de la identidad sexual según el CIE-10.

Se observa que la clasificación del DSM-IV-TR para esta categoría es más abierta mientras que la del CIE-10 agrupa los trastornos en 3 categorías básicas; también existen diferencias en torno a la descripción pues, el primero menciona los diversos tipos que se pueden presentar, mientras que el segundo sólo da una breve explicación de sus tres categorías y los criterios para que sea efectuado el diagnóstico, aunque éstos criterios son sumamente específicos.

2.3.2 Prevalencia

No existen estudios que proporcionen datos sobre estos trastornos. Según el DSM-IV-TR (op.cit), los datos de algunos países pequeños de Europa indican que 1 de cada 30, 000 hombres y 1 de cada 100, 000 mujeres desean tratamiento quirúrgico.

En nuestro país no existe ningún estudio que permita conocer alguna cifra aproximada sobre la prevalencia de estos trastornos.

A continuación se expondrán y describirán las disfunciones sexuales, nuevamente se utilizarán como referencias básicas el DSM-IV-TR y el CIE-10, brindando una explicación de lo que son y los principales criterios de diagnóstico así como su prevalencia en la población mundial y nacional.

2.4 Trastornos sexuales o disfunciones sexuales

Kaplan (1981) menciona que la actividad sexual satisfactoria exige un estado emocional sosegado y el abandono a la experiencia erótica. Esto permite que se tenga una vida sexual plena en donde se promueve el bienestar del individuo y se conforman relaciones de pareja más sanas.

Obviamente, el hecho de tener una vida sexual plena no es garantía de bienestar ni de relaciones exitosas pero si es una parte sumamente importante de nuestra salud física, psicológica y social. Sin embargo, sobre todo en nuestra sociedad actual, en la que el estilo de vida apresurado predomina y estamos llenos de situaciones estresantes, no siempre se logra y puede desembocar en una disfunción sexual.

Probablemente ningún otro trastorno humano implique más sufrimiento silencioso que la disfunción sexual. Aun cuando una persona reúna el suficiente valor para buscar ayuda es difícil saber a quién recurrir. Como nadie muere de perturbación sexual y la fertilidad puede no alterarse, la principal y aparente pérdida tolerable parece ser la gratificación erótica (Álvarez- Gayou, op.cit).

Al ser un sufrimiento silencioso pero con un gran impacto en el individuo y su pareja, es necesario que se aborden los diferentes tipos de disfunciones sexuales y cómo es que se pueden evaluar. Primero, se presentan algunas definiciones de lo que es una disfunción sexual aunque no existe un criterio unificado al respecto y los distintos autores las han denominado como síndromes, problemas, alteraciones, entre otros.

2.4.1 Definiciones

- Hawton (op.cit) menciona que la disfunción sexual se puede definir en la práctica como una alteración persistente de los patrones normales de

interés y de respuesta sexual, esta alteración tiene consecuencias tanto en lo personal como en la relación de pareja.

- LoPiccolo y LoPiccolo, (1978 citados en Manzo, Carvajal y Paz, 2006) entienden las disfunciones sexuales como problemas a nivel cognitivo, afectivo y/o conductual que impiden un acoplamiento o disfrute individual o en pareja y/o una relación satisfactoria en el acto sexual y orgasmo.
- Rubio y Díaz (1997) describen las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente.
- En el CIE-10 (op.cit), se menciona que las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta sexual efectiva o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo.

Se puede notar que aunque se ha definido de diferentes maneras, lo común en todas las definiciones es que una disfunción sexual involucra una dificultad o incapacidad de lograr la respuesta sexual adecuada (en cualquiera de las etapas anteriormente descritas) para lograr la satisfacción del individuo y de la pareja.

Las causas de estas dificultades son diversas y, por lo regular, no se encuentra sólo una causa determinante sino varias circunstancias relacionadas que favorecen el desarrollo y mantenimiento de la o las disfunciones. A continuación se mencionan y describen brevemente las causas que algunos autores han identificado como relevantes.

2.4.2 Causas

Kaplan en el texto *La nueva terapia sexual* (1990 citado en Sánchez, op.cit) dividió las causas en remotas y recientes:

Dentro de las recientes se encuentra la incapacidad de abandonarse a la experiencia erótica debido a la autocrítica sobre la capacidad de agradar al compañero (a) ligado al temor al fracaso y esto provoca ansiedad anticipatoria por un exceso de exigencia. Otro elemento es la inseguridad de propio funcionamiento sexual. Otro es que el estímulo sexual efectivo sea muy pobre, con técnicas sexuales deficientes e ineficaces que lleven a bloquear la respuesta sexual. Estas técnicas deficientes se deben principalmente a la falta de información o a sentimientos de culpa que no permiten la exploración sexual.

En cuanto a las causas remotas se encuentran los conflictos relacionados con las influencias culturales y familiares que, muchas veces, reprimen la expresión de la sexualidad. Otro factor es el de haber sufrido un trauma en la niñez. Otro factor es el pobre desarrollo en la infancia de la capacidad para relacionarse con los demás, el miedo al rechazo, la desconfianza, baja autoestima, entre otros que influyen en la sexualidad adulta pues dificultan la intimidad.

Según Hawton (op.cit), en la mayoría de los casos hay más de 1 factor implicado en el origen de un problema sexual, este autor separa las causas en:

1. Factores predisponentes. Incluyen las experiencias tempranas en la vida que hacen a una persona vulnerable para desarrollar una disfunción sexual posteriormente.
2. Factores precipitantes. Son sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de una disfunción sexual.
3. Factores de mantenimiento. Explican el por qué persiste la disfunción.

El mismo autor, expresa que las causas pueden ser físicas o psicológicas. Dentro de las físicas se encuentran: enfermedades físicas y cirugía y el uso de fármacos y drogas.

En cuanto a los factores psicológicos se identifican diferentes de acuerdo a si son predisponentes, precipitantes o de mantenimiento. Estos son expuestos de la siguiente forma por Hawton:

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> -Educación restringida - Malas relaciones familiares -Información sexual inadecuada -Primeras experiencias sexuales traumáticas -Inseguridad temprana en el papel sexual 	<ul style="list-style-type: none"> -Nacimiento de un hijo -Alteración general en la relación -Infidelidad -Expectativas no razonables -Disfunción en el compañero -Fracaso fortuito previo -Reacción a factores orgánicos -Edad -Depresión y ansiedad -Experiencia sexual traumática 	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad por el rendimiento -Anticipación del fracaso -Culpabilidad -Pérdida de la atracción en la pareja -Pobre comunicación en la pareja -Desavenencias en la relación general -Miedo a la intimidad -Alteración de la propia imagen -Información sexual inadecuada. Mitos sexuales* -Juego erótico restringido -Trastorno psiquiátrico

Tabla 2.11. Causas psicológicas de las disfunciones sexuales.

*Nota: Algunos de los mitos sexuales frecuentes según el mismo autor son: El varón quiere y siempre está preparado para el sexo, el sexo sólo debe suceder por iniciativa del hombre, el sexo es lo mismo que el coito, cualquier otra cosa no cuenta, todo contacto físico debe acabar en el coito, cualquier varón debe saber dar placer a una mujer, el sexo sólo es realmente bueno si los dos llegan al orgasmo simultáneamente, cuando un varón pierde su erección es porque no encuentra a su compañera atractiva, entre otras afirmaciones.

Es importante indagar en las causas de las disfunciones sexuales pues esto será la base para un tratamiento eficaz. Enseguida se presentan las diferentes clasificaciones de las disfunciones, para poder intervenir de una forma específica.

2.5 Clasificación de las disfunciones sexuales

Masters y Johnson (op.cit) identificaron las siguientes disfunciones: Eyaculación precoz, incapacidad eyaculatoria, impotencia primaria, impotencia secundaria, alteración orgásmica, vaginismo, dispareunia masculina y femenina. Estos autores también consideraron que podían ser primarias o secundarias. Una disfunción primaria es la que se ha experimentado desde el inicio de la vida sexual y la secundaria, es aquella que aparece después de un periodo de funcionamiento sexual satisfactorio.

Por otro lado, Kaplan (1974 citada en Espinosa, 1999) dividió las disfunciones en las de la fase del deseo (deseo sexual inhibido o hipoactivo, aversión sexual y disritmia⁵), la fase de la excitación (disfunción eréctil, disfunción lubricativa), la fase orgásmica (control eyaculatorio inadecuado o eyaculación precoz, eyaculación retardada, eyaculación retrógrada⁶ y anorgasmia en el hombre y en la mujer), dispareunia y vaginismo.

En el DSM-IV-TR (op.cit), se hace la diferenciación de las disfunciones y se indica que pueden existir subtipos de acuerdo a la naturaleza, el contexto en que aparece o los factores etiológicos del trastorno sexual.

⁵Disritmia: Consiste en una falta de sincronía en las frecuencias y tiempos de la respuesta de la pareja lo que puede derivar en una insatisfacción general respecto a las aproximaciones sexuales. La disritmia (disminución en el ritmo) se puede ver también como una falta de acoplamiento entre la pareja. Esto quiere decir que las personas no han entrado en sintonía, y desconocen cómo estimular a su pareja y a sí mismos, lo que deriva en insatisfacción sexual, la cual disminuye el deseo frente a futuras aproximaciones. Información recuperada el 26 de febrero de 2013 de: <http://www.incocr.org/biblioteca/0024.PDF>

⁶ Kaplan (1981), menciona que en la eyaculación retrógrada el semen se descarga en la vejiga, porque el esfínter vesicular interno está paralizado por enfermedad, o por acción de drogas. Los músculos en la base del pene se contraen normalmente y el orgasmo es placentero en todos los sentidos, pero “seco”, no hay emisión externa de líquidos.

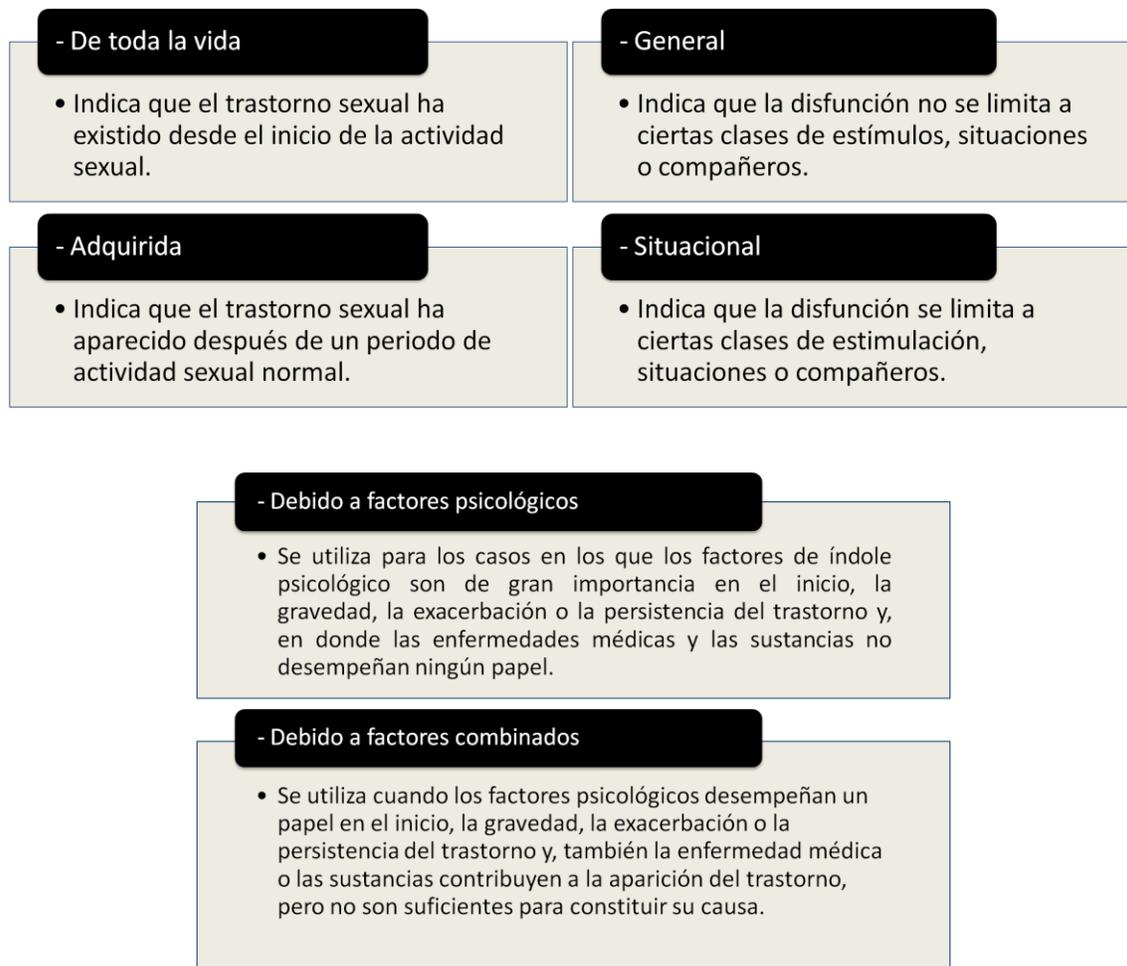


Figura 2.1. Subtipos de las disfunciones sexuales según el DSM-IV-TR.

Es importante resaltar que estos subtipos son tomados en cuenta en todas las disfunciones sexuales, no sólo en algunas y se deben considerar para especificar el diagnóstico y así poder brindar una intervención más adecuada.

Nuevamente, como en el caso de los trastornos de identidad sexual y las parafilias, se tomarán como los grandes referentes en el ámbito clínico el DSM-IV-TR y el CIE-10. Estas clasificaciones ya fueron mencionadas en la **Tabla 2.2** (véase pp. 27-29), por lo tanto, en los siguientes apartados se describirán cada una de las disfunciones sexuales de acuerdo a estas referencias.

Antes de describir los criterios específicos de cada disfunción, se deben mencionar los criterios generales para las disfunciones sexuales de origen no orgánico que se expresan en el CIE-10:

G1. El individuo es incapaz de participar en una relación sexual, tal y como sería su deseo.

G2. La disfunción se presenta frecuentemente, puede no ocurrir en algunas ocasiones.

G3. La disfunción ha estado presente más de 6 meses.

G4. El trastorno no puede ser atribuido totalmente a ningún otro de los trastornos mentales, ni a otros trastornos mentales orgánicos, endocrinológicos o secundarios a tratamientos farmacológicos o a otros factores orgánicos.

2.5.1 Trastornos del deseo sexual

Esta primera categoría se refiere a aquellos trastornos que afectan específicamente la fase de la respuesta sexual del deseo disminuyéndolo y dificultando así que se busque un acercamiento sexual con la pareja y, por lo tanto, estableciendo dificultad para que se desarrollen las fases subsecuentes. Es claro que se deben tomar en cuenta las condiciones específicas de la persona pues el deseo se ve afectado por diversas circunstancias tales como el estrés, los problemas en el trabajo o en la relación de pareja, entre otros. El deseo es sumamente importante para la obtención de placer y, aunque estos trastornos no afectan la excitación y sus respuestas fisiológicas, probablemente la calidad de la relación sexual disminuya.

Nuevamente se presentarán tablas con la descripción y los criterios para el diagnóstico de cada disfunción en específico.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Deseo sexual hipoactivo		Ausencia o pérdida del deseo sexual.	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
Ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y los deseos de tener actividad sexual. El	A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente	Incluye frigidez y trastorno hipoactivo del deseo La ausencia del	A. Deben satisfacerse los criterios generales de disfunciones

<p>deseo sexual disminuido puede ser general y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitarse a un compañero o una actividad sexual concreta. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual.</p>	<p>y recurrente. La deficiencia o ausencia debe ser determinada por el clínico, tomando en cuenta factores como la edad, el sexo y el contexto del individuo.</p> <p>B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.</p> <p>C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.</p>	<p>deseo sexual no implica que no se tenga excitación o placer, sin embargo, hace menos probable que se inicie una actividad sexual.</p>	<p>sexuales.</p> <p>B. Ausencia o pérdida del deseo sexual, puesto de manifiesto por la disminución de la búsqueda de estímulos de contenido sexual, o de pensamientos sexuales acompañados de deseo y apetito sexual, o de fantasías sexuales.</p> <p>C. Falta de interés en iniciar actividades sexuales ya sea con pareja o masturbación solitaria, con frecuencia claramente inferior a lo esperado por la edad y el contexto o claramente inferior a etapas anteriores. Interés en iniciar relaciones sexuales con una frecuencia de menos de dos veces al mes o con una frecuencia claramente reducida respecto a los niveles anteriores.</p>
--	---	--	---

Tabla 2.12. Deseo sexual hipoactivo y ausencia o pérdida del deseo sexual según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

En esta categoría también se incluyen aquellos trastornos que tienen que ver con el rechazo o la aversión al sexo; en este tipo de trastorno no sólo se tiene un deseo sexual bajo sino que además se presenta un marcado rechazo hacia las actividades sexuales que se acompaña de ansiedad (variando la intensidad de acuerdo a la persona) y por tanto se da una evitación de los contactos sexuales.

En cuanto a la ausencia de placer se puede notar, nuevamente, cómo es que se lleva a cabo la respuesta genital pero no se obtiene placer alguno, tampoco se presenta miedo o ansiedad, a diferencia de la aversión o el rechazo sexual.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Trastorno por aversión al sexo		Rechazo sexual y ausencia de placer sexual	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
<p>El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo. Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción puede ir desde una ansiedad moderada hasta un malestar psicológico extremo.</p>	<p>A. Aversión extrema persistente hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja.</p> <p>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual).</p>	<p>En el rechazo sexual la perspectiva de interacción sexual es acompañada de intensos sentimientos negativos y produce ansiedad y miedo como para evitar la actividad sexual.</p> <p>En cuanto a la ausencia de placer sexual, se presenta la respuesta sexual normal, incluso el orgasmo, pero no existe el placer correspondiente. Es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres.</p>	<p>-Rechazo sexual:</p> <p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p>B. La perspectiva de una relación sexual con una pareja provoca tal miedo o ansiedad que la actividad sexual es evitada o acompañada de sentimientos negativos e incapacidad para sentir cualquier placer.</p> <p>C. El trastorno no es debido a ansiedad relacionada con la actuación, es decir no es una reacción al fracaso previo de la respuesta sexual.</p> <p>-Ausencia de placer sexual:</p> <p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p>B. La respuesta genital se lleva a cabo pero no se acompaña de</p>

			<p>sensaciones placenteras o sentimientos agradables de excitación.</p> <p>C. Ausencia de miedo o ansiedad durante la actividad sexual.</p>
--	--	--	---

Tabla 2.13. Trastornos por aversión al sexo, rechazo sexual y ausencia del placer sexual según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

El DSM-IV ya no menciona el impulso sexual excesivo como un trastorno; sin embargo, en el CIE-10 sigue apareciendo, a pesar de la polémica en torno a su clasificación, aunque no contiene criterios diagnósticos.

CIE-10	
Impulso sexual excesivo	
Descripción	Criterios diagnósticos
<p>Incluye ninfomanía y satiriasis⁷</p> <p>Se da generalmente durante el final de la adolescencia o en el comienzo de la edad adulta, puede ser secundario a un trastorno de humor o en los estadios iniciales de la demencia.</p>	<p>No se tienen criterios para esta categoría.</p>

Tabla 2.14. Impulso sexual excesivo según el CIE-10.

⁷ Ninfomanía es el término empleado para designar el impulso sexual excesivo en las mujeres, mientras que satiriasis designa este impulso excesivo en los hombres. En la actualidad, los términos ninfomanía y satiriasis no suelen ser usados por tales motivos. Incluso en el DSM-IV-TR, no se incluye el deseo sexual elevado como un trastorno.

Crooks, (2010) menciona que estos términos para muchos especialistas suelen ser despectivos y provocan culpa en quienes tienen una vida sexual activa, debido a que creen que su apetito sexual está fuera de lo normal. Sin embargo, en este punto es donde se cuestiona ¿qué es lo normal?, ¿de acuerdo a qué parámetros se podría decir que alguien tiene un apetito sexual exacerbado? Esto resulta subjetivo y podría estar basado más en juicios de valor que en una visión objetiva de lo que afecte a la persona.

Por su parte, Coleman (1990, citada en Crooks, ídem) menciona que debería de ser considerado más como una compulsión. Una compulsión sexual asimilada a la que se tiene por ciertos alimentos o juegos, no como una adicción pues, en la compulsión el individuo que manifiesta una conducta sexual exagerada presenta sentimientos de vergüenza, falta de autoestima, inadecuación y soledad que le causan dolor psicológico. Por lo tanto, busca con la actividad sexual mitigar el sufrimiento aunque, por lo regular, la necesidad de estos actos compulsivos puede hacer que los sentimientos negativos se intensifiquen.

2.5.2 Trastornos de la excitación sexual

En esta categoría se incluyen aquellos trastornos propios de la fase de excitación, tanto en el hombre como en la mujer. En el CIE-10 el trastorno es denominado “fracaso de la respuesta genital” y dentro de él se dividen los criterios de acuerdo al sexo, mientras que en el DSM-IV-TR se conforman dos trastornos: “trastornos de la erección” al referirse a la dificultad en los hombres y “trastornos de la excitación sexual en la mujer”. En ambos sexos resulta un problema sumamente importante aunque en el hombre es un tema que se ha abordado con mayor frecuencia, sobre todo con el desarrollo de medicamentos que pueden ayudar a que se presente una erección (como el Viagra). En las mujeres si no se logra una adecuada lubricación se puede presentar también dolor durante las relaciones sexuales.

La primera tabla que se presenta es la que describe los trastornos en el hombre. Es un trastorno sumamente conocido, que consiste en la falta de erección desde el inicio de la actividad sexual o bien la pérdida de la misma al transcurrir cierto periodo de tiempo.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Trastornos de la erección		Fracaso de la respuesta genital	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
Existen diferentes patrones de trastorno eréctil. Algunos hombres refieren una incapacidad para lograr la erección desde el inicio de la relación sexual, otros consiguen una erección normal pero la pierden cuando intentan la	<p>A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.</p> <p>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación</p>	<p>Incluye impotencia psicógena, trastornos de la erección y trastornos del estímulo sexual.</p> <p>En los hombres, el problema fundamental es disfunción para la erección. Si la erección se</p>	<p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p><u>En los hombres:</u></p> <p>B. Fracaso para conseguir una erección suficiente al intentar la penetración.</p> <p>La disfunción se manifiesta como uno de los</p>

<p>penetración.</p> <p>Algunas personas logran la erección y la penetración pero la pierden tras algunos movimientos; otras sólo presentan erecciones durante la masturbación o al levantarse por las mañanas.</p>	<p>interpersonal.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (que no sea una disfunción sexual) y no es debido a los efectos fisiológicos del consumo de una sustancia o a una enfermedad médica.</p>	<p>presenta de manera normal en determinadas situaciones es probable que la causa sea psicógena.</p> <p>Si no, el diagnóstico correcto puede depender de una exploración específica o de la respuesta al tratamiento psicológico.</p>	<p>siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La erección completa se consigue pero desaparece o disminuye al intentar la penetración. 2. Se consigue erección pero sólo cuando no se intenta la penetración. 3. Se consigue una erección parcial, insuficiente para la penetración. 4. No se consigue.
--	--	---	---

Tabla 2.15. Trastornos de la erección y fracaso de la respuesta genital (en hombres) según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

En la siguiente tabla se presenta el trastorno de la excitación en la mujer, éste se refiere a la falta de lubricación, puede ser que se presente una lubricación adecuada al inicio de la excitación pero que desaparezca, que no se presente más que en situaciones específicas o bien que no se presente nunca.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Trastorno de la excitación sexual en la mujer		Fracaso de la respuesta genital	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
Incapacidad para presentar una respuesta de lubricación durante	A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener	Incluye trastornos del estímulo sexual. En las mujeres, el	A. Deben satisfacerse los criterios generales.

<p>la fase de excitación.</p>	<p>la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta terminar la relación sexual.</p> <p>B. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o por una enfermedad médica.</p>	<p>problema fundamental es la sequedad vaginal o el fracaso en la lubricación.</p> <p>Puede ser de origen psicógeno, patológico o por una deficiencia de estrógenos.</p>	<p><u>En las mujeres:</u></p> <p>B. Fracaso en la lubricación vaginal e inadecuada intumescencia de los labios mayores.</p> <p>La disfunción tiene alguno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La lubricación fracasa en cualquier circunstancia (general). 2. Se presenta lubricación en el inicio pero no persiste el tiempo suficiente como para lograr una penetración cómoda. 3. La lubricación tiene lugar en alguna situación concreta (situacional).
-------------------------------	--	--	--

Tabla 2.16. Trastorno de la erección y fracaso de la respuesta genital (en mujeres) según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.5.3 Trastornos orgásmicos

Esta categoría incluye aquellos trastornos en los que el orgasmo sólo aparece en algunas condiciones, no aparece o aparece sin que se le desee (en el caso de la eyaculación precoz).

Incluye el trastorno orgásmico o disfunción orgásmica (tanto en hombres como en mujeres) y la eyaculación precoz.

En la tabla siguiente se describe lo relativo al trastorno orgásmico o disfunción orgásmica en el caso de los hombres que se refiere a no lograr el orgasmo durante el coito o sólo conseguirlo mediante masturbación, es decir, el orgasmo no se logra o se retrasa a pesar de que la fase de la excitación transcurrió sin problemas. Para poder hacer un diagnóstico se deben de considerar las condiciones propias del individuo así como el tipo de estimulación y la intensidad de la misma.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Trastorno orgásmico masculino		Disfunción orgásmica (en hombres)	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
<p>En la forma más frecuente de este trastorno, el hombre no consigue llegar al orgasmo durante el coito pero puede eyacular con otros tipos de estimulación (por ejemplo, manual u oral).</p> <p>Algunos hombres llegan al orgasmo intravaginal pero sólo después de un largo periodo de estimulación no coital.</p> <p>Otros pueden eyacular sólo mediante masturbación y otros sólo llegan al orgasmo al despertar de un sueño erótico.</p>	<p>A. Ausencia o retraso persistente o recurrente en el orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, tomando en cuenta la edad, considera adecuada en cuanto al tipo de estimulación, intensidad y duración.</p> <p>B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos</p>	<p>El orgasmo no se produce o se retrasa de forma excesiva.</p> <p>Puede aparecer en situaciones concretas o de manera permanente, en cuyo caso no se deben excluir factores somáticos, a menos que haya una respuesta satisfactoria a un tratamiento psicológico.</p>	<p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p>B. Es aplicable por lo menos uno de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca se ha tenido un orgasmo (primaria). 2. La disfunción ha aparecido tras un periodo de respuesta sexual normal (secundaria). <p>La disfunción puede ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) General (en todos los casos y con cualquier pareja). b) Situacional: sólo durante el

	fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica.		sueño y nunca estando despierto, nunca en presencia de la pareja o en presencia de la pareja pero no dentro de la vagina.
--	--	--	---

Tabla 2.17. Trastorno orgásmico masculino y disfunción orgásmica (en hombres) según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

El siguiente trastorno es de los más comunes y es la ausencia o el retraso del orgasmo femenino después de que la fase de excitación ocurrió de manera normal. En este trastorno las mujeres no han tenido un orgasmo nunca o sólo lo han tenido en condiciones específicas. Muchas veces, el principal enemigo del orgasmo femenino es la falta de conocimiento del cuerpo y de sus reacciones, así como la falsa creencia de que las mujeres no deben buscar llegar al orgasmo sino limitarse a complacer a su pareja.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Trastorno orgásmico femenino		Disfunción orgásmica (en mujeres)	
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
<p>Ausencia o retraso del orgasmo después de la fase de excitación normal.</p> <p>Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo, por lo tanto el diagnóstico debe basarse en la opinión médica que indique que la capacidad</p>	<p>A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.</p> <p>El diagnóstico debe efectuarse cuando la opinión médica haya determinado que la capacidad orgásmica es inferior a la que correspondería de acuerdo a las características de</p>	<p>El orgasmo no se produce o se retrasa de forma excesiva.</p> <p>Puede aparecer en situaciones concretas o de manera permanente, en cuyo caso no se deben excluir factores somáticos, a menos que haya una respuesta satisfactoria a un tratamiento psicológico.</p> <p>Es más frecuente en</p>	<p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p>B. Es aplicable por lo menos uno de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca se ha tenido un orgasmo (primaria). 2. La disfunción ha aparecido tras un periodo de respuesta sexual normal (secundaria).

orgásmica es inferior a la correspondiente con la edad, la experiencia sexual y la estimulación recibida.	<p>la mujer.</p> <p>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otro trastorno sexual) y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia o por una enfermedad médica.</p>	las mujeres.	<p>La disfunción puede ser:</p> <p>a) General (en todos los casos y con cualquier pareja).</p> <p>b) Situacional: el orgasmo tiene lugar sólo en determinadas ocasiones; por ejemplo, masturbación o con determinada pareja.</p>
---	---	--------------	--

Tabla 2.1. Trastorno orgásmico femenino y disfunción orgásmica (en mujeres) según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

La eyaculación precoz, descrita en la próxima tabla, es de las disfunciones sexuales más conocidas. En ambos manuales de diagnóstico se nombra de la misma forma y se refiere a la falta de control sobre la eyaculación, es decir, el hombre eyacula cuando aún no lo desea. Los criterios temporales en cuanto a la eyaculación han sido sustituidos en su mayoría por otros como la insatisfacción; finalmente lo característico de esta disfunción es la falta de control. Varía de acuerdo al individuo y se deben de considerar diversos factores como la edad y la situación.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Eyaculación precoz			
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
Aparición de un orgasmo y eyaculación en respuesta a una estimulación sexual	A. Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual	Incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo	A. Deben satisfacerse los criterios generales. B. Incapacidad para retrasar la eyaculación

<p>mínima y antes de que la persona lo desee.</p> <p>La mayoría de los hombres con este trastorno pueden retrasar el orgasmo durante la masturbación por más tiempo que durante el coito.</p> <p>La estimación que tienen las parejas respecto al tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, y la opinión de si la eyaculación precoz es o no un problema, suelen ser muy variables.</p>	<p>mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.</p> <p>El clínico debe tener en cuenta factores como la edad, la novedad de la pareja o situación y la frecuencia de la actividad sexual, pues influyen en la duración de la fase de excitación.</p> <p>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos de alguna sustancia.</p>	<p>necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual.</p> <p>En algunos casos, de gravedad la eyaculación se puede presentar antes de la penetración e incluso sin erección.</p> <p>En su mayoría se debe a causas psicológicas.</p> <p>Si la erección requiere una estimulación prolongada, también deberá considerarse como eyaculación precoz, debido a que el intervalo de tiempo entre la erección y la eyaculación se disminuye.</p>	<p>de forma suficiente para disfrutar el acto sexual, que se manifiesta por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eyaculación antes o justo después de la penetración (como límite de tiempo pueden ser 15 segundos tras la penetración). 2. Eyaculación en ausencia de erección suficiente para la penetración. <p>C. Ausencia de hiperexcitabilidad debida a abstinencia de actividad sexual.</p>
--	--	---	--

Tabla 2.19. Eyaculación precoz según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.5.4 Trastornos sexuales por dolor

La presente categoría está compuesta por la dispareunia (tanto masculina como femenina) y el vaginismo. En ella se encuentran aquellos trastornos que se caracterizan por producir malestar físico durante la relación sexual, no son propios de una fase específica de la respuesta sexual. Ambos trastornos se denominan de la misma forma en ambos manuales.

La dispareunia consiste en la presencia de dolor durante la realización del coito, tanto en hombres como en mujeres (aunque es más frecuente en las mujeres); este dolor puede variar en intensidad de acuerdo a la persona. Para que se

considere como dispareunia, el dolor no debe de ser consecuencia de un fracaso en la lubricación (en el caso de las mujeres). Este trastorno se describe de manera detallada en la siguiente tabla.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Dispareunia masculina y femenina			
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
<p>Dolor genital durante el coito. A pesar de que normalmente se produce durante el coito, también puede presentarse antes o después de la relación sexual.</p> <p>En las mujeres puede describirse como dolor superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales.</p> <p>La intensidad de los síntomas va desde un leve malestar hasta un dolor agudo.</p>	<p>A. Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres.</p> <p>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otros trastornos (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica.</p>	<p>Algunas veces puede ser ocasionada por una patología local y debe ser codificada de acuerdo al trastorno que le corresponde.</p> <p>Sin embargo, en muchos casos no hay causas orgánicas. Esta categoría sólo debe usarse si no existe ninguna otra disfunción sexual.</p>	<p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p><u>En las mujeres:</u></p> <p>B. Dolor durante la penetración, sentido en el introito vaginal, en todo el órgano, o únicamente en la penetración profunda.</p> <p>C. No se atribuye a vaginismo o fracaso en la lubricación. Cuando es por una enfermedad orgánica debe clasificarse de acuerdo con el trastorno subyacente.</p> <p><u>En los hombres:</u></p> <p>B. Dolor o sensación desagradable durante la penetración. Se debe precisar el momento y la localización en que aparece el dolor.</p> <p>C. Usencia de factores locales orgánicos. Si los</p>

			hay, la disfunción se debe aclarar en función del trastorno subyacente.
--	--	--	---

Tabla 2.20. Dispareunia masculina y femenina según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

En la próxima tabla se describe el vaginismo, obviamente este trastorno es propio de las mujeres pues se refiere a la contracción o espasmo de la vagina que impide o dificulta la penetración. Si se logra la penetración es dolorosa, a diferencia de la dispareunia la penetración resulta casi imposible independientemente del dolor que se produce. Dependiendo del caso, se puede producir la contracción sólo al intentar la introducción del pene, mientras que otro tipo de objetos sí se pueden introducir.

DSM-IV-TR		CIE-10	
Vaginismo			
Descripción	Criterios para el diagnóstico	Descripción	Criterios diagnósticos
Contracción involuntaria de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos ⁸ .	<p>A. Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito.</p> <p>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (por ejemplo, trastorno de somatización) y</p>	<p>Espasmo muscular de la pared pelviana que rodea la vagina y causa una oclusión de la abertura vaginal.</p> <p>Esto hace que la introducción del pene sea muy dolorosa o imposible de lograr.</p>	<p>A. Deben satisfacerse los criterios generales.</p> <p>B. Espasmo en la musculatura perivaginal, suficiente como para impedir la penetración o hacerla incómoda.</p> <p>C. Uno de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca se ha producido una respuesta normal (primario).

⁸ Instrumento que se emplea para examinar por la reflexión luminosa ciertas cavidades del cuerpo. Real Academia Española©

	no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.		<p>2. Se presenta tras un periodo de respuesta normal (secundario):</p> <p>a) Si no se intenta la penetración se tiene una respuesta normal.</p> <p>b) Cualquier intento de actividad sexual conlleva un miedo generalizado e intentos de evitar la penetración.</p>
--	--	--	--

Tabla 2.21. Vaginismo según el DSM-IV-TR y el CIE-10.

2.5.5 Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

Esta categoría se encuentra únicamente en el DSM-IV-TR, no es referida en el CIE-10 debido a que en éste último, este tipo de trastornos se encuentran agrupados como “enfermedades del aparato genitourinario”, por lo tanto no se expondrá la información en forma de tabla.

Se utiliza para los subtipos en los que las disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo en la mujer y en el hombre, trastorno de la erección, dispareunia masculina y femenina y otros trastornos sexuales) son debidas a una enfermedad, es decir, se considera que se produce exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Al realizar el diagnóstico se debe indicar la enfermedad específica que trajo como consecuencia la disfunción.

En el DSM-IV-TR, se mencionan algunas de las enfermedades que pueden producir trastornos sexuales:

- Enfermedades neurológicas: por ejemplo, esclerosis múltiple, lesiones medulares y lesiones del lóbulo temporal.
- Enfermedades endocrinológicas: por ejemplo, diabetes mellitus, hipotiroidismo y estados hipogonadales.
- Enfermedades vasculares y genitourinarias: por ejemplo, trastornos testiculares, infecciones uretrales, infecciones o lesiones genitales, infecciones vaginales y de los genitales externos y efectos adversos del tratamiento para el cáncer.

Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de estos trastornos son:

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directo de una enfermedad médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.5.6 Trastorno sexual inducido por sustancias

Este tipo de trastornos no tiene un equivalente en el CIE-10 y sólo se encuentran sus criterios diagnósticos en el DSM-IV-TR. Se trata de trastornos sexuales que son provocados debidos al consumo de una sustancia; dependiendo de la sustancia, el trastorno puede afectar las diferentes fases de la respuesta sexual.

Las especificaciones de acuerdo al DSM-IV-TR, indican cómo es que está afectando el trastorno; así puede ser un trastorno con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo o con dolor sexual. Este tipo de trastornos generalmente comienzan con el consumo de la sustancia, por lo tanto, es necesario que se indique mediante la anotación “de inicio durante la intoxicación”.

Algunas de las sustancias que pueden provocar una disfunción sexual según el DSM-IV-TR son: alcohol, anfetaminas y sustancias de acción similar; cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, entre otras. La intoxicación aguda, así como la dependencia de estas sustancias disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación. Algunos trastornos también pueden estar producidos por fármacos prescritos a diario, tales como antihipertensivos, antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos y esteroides anabolizantes.

Los criterios para el diagnóstico, de acuerdo al mismo manual son:

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes:
 - 1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia,
 - 2) el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia; los síntomas persisten durante un tiempo después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar.

El mismo DSM-IV-TR menciona como nota que el diagnóstico debe establecerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo si el trastorno sexual es excesivo en comparación con el que se presenta durante la intoxicación y si es lo suficientemente grave como para requerir atención clínica independiente. Se debe especificar la sustancia por la cual se produce el trastorno sexual y la alteración que produce.

2.5.7 Trastorno sexual no especificado

Esta categoría del DSM-IV-TR incluye aquellos trastornos que no cumplen con los criterios para ubicarse en un trastorno sexual específico: por ejemplo, ausencia o disminución de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y orgasmo normales, situaciones en las que se ha constatado la presencia de un trastorno sexual pero no se ha logrado determinar si es primario, debido a una enfermedad o por consumo de sustancias.

2.6 Estadísticas de las disfunciones sexuales

A continuación se presentan algunas estadísticas de la prevalencia de las disfunciones sexuales, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Es importante conocer la magnitud del problema y saber cuáles son las disfunciones sexuales que se padecen con mayor frecuencia para poder realizar acciones que prevengan la aparición y el desarrollo de éstas.

2.6.1 Mundiales

Hawton (op.cit) muestra la frecuencia de los diferentes problemas sexuales que se presentaron en una clínica de disfunciones sexuales en Inglaterra, la mayoría de los consultantes asistían con su pareja:

En cuanto a los problemas femeninos, los porcentajes fueron: 52% en alteraciones en el interés sexual, 19% en disfunción orgásmica, 18% en vaginismo, 4% en dispareunia y 7% otros (no especificados).

En cuanto a los problemas masculinos, los porcentajes fueron: 60% disfunción eréctil, 16% eyaculación precoz, 6% eyaculación retardada, 6% alteraciones en el interés sexual, 12 % otras (no especificadas).

En estos datos se puede notar que las alteraciones en el interés sexual (lo que correspondería a la fase del deseo), son la principal demanda en las mujeres mientras que en el caso de los hombre representan un porcentaje pequeño, esto puede ser debido a la influencia cultural en donde se dice que el que inicia la actividad sexual es el hombre.

Por otra parte Rubio, Díaz y Folliux (1997) mencionan en cuanto a la disfunción eréctil masculina que los trastornos de la erección de origen biológico tienden a presentarse con mayor frecuencia a edades avanzadas, expresan que el primer informe de Kinsey reportaba una prevalencia del 25% en varones a los 65 años y de 75% al llegar a los 80.

En cuanto a la anorgasmia femenina, los mismos autores mencionan que Kinsey encontró que hacia los 30-40 años de edad, el 10% de sus entrevistadas nunca había tenido un orgasmo.

Al hablar de la eyaculación precoz, Rubio, Díaz y Folliux (op.cit) citan a Nathan, quien en 1986 estimó su prevalencia en un 35% de la población norteamericana. También comentan que entre los jóvenes de los Estados Unidos se ha reportado una prevalencia de este síndrome hasta del 50% en los estudios realizados por Frank, Anderson y Rubinstein en 1978.

De acuerdo al DSM-IV-TR (op.cit), existen pocos datos sobre la prevalencia de las disfunciones, los que existen suelen ser muy variables debido a la diferencias de métodos para valorarlas, las definiciones que son empleadas y las características que tiene la población estudiada.

En este manual se menciona que en Estados Unidos la prevalencia de las disfunciones es: 3% para la dispareunia masculina, 15% para la dispareunia femenina, 10% para problemas del orgasmo en el hombre, 25% para problemas del orgasmo en la mujer, 33% para el deseo sexual hipoactivo en la mujer, 27% para la eyaculación precoz, 20% para alteraciones de la activación femenina y 10% para alteraciones eréctiles en el hombre.

En investigaciones recientes⁹ sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales en Estados Unidos se encontró que 43% de las mujeres y 31% de los hombres sufren algún tipo de disfunción. En esto radica la importancia de que sea tratado no como un problema aislado sino como una cuestión de salud pública y no como casos aislados en algunos individuos de la población (Sánchez, et.al, 2005).

⁹ Sexual problems common among women and men. Women's Health Weekly, 1078-7240, 17: 16-18, 1999.

2.6.2 Nacionales

Si bien resulta importante conocer el panorama mundial de las disfunciones sexuales resulta realmente necesario tener datos acerca de nuestro país. Es precisamente desde nuestro país donde podemos hacer algo, donde podemos aportar algo; para poder aportar al estudio de la respuesta sexual humana y sus trastornos se necesita conocer el estado actual en cuanto al tema. Las estadísticas sobre las disfunciones sexuales en México, como en otros países, suelen ser escasas, difíciles de obtener y muy variables.

Rubio, Díaz y Folliux (op.cit) muestran las cifras que se presentan en la clínica de los problemas sexuales de la AMSSAC:

En cuanto al deseo sexual hipoactivo expresan que es una de las quejas más frecuentes. Los diversos estudios han revelado que ocurre entre el 20 y 30% de las personas que buscan ayuda para sus problemas sexuales. Sin embargo no se hace diferenciación con respecto al sexo de las personas que lo padecen.

Sobre la disfunción eréctil reportan que la presencia de enfermedades aumenta su incidencia en el adulto; por ejemplo, los diabéticos pueden presentar hasta un 30% de prevalencia a los 30 años de edad y alcanzar un 70% a los 50 años de edad.

Es el tercer diagnóstico más frecuente en clínicas especializadas en sexología y es el primero en aquellas con orientación urológica. En la clínica de AMSSAC, en México D.F correspondió al 20% de los diagnósticos en 224 sujetos masculinos.

Al respecto de la anorgasmia femenina expresan que en la ciudad de México, De la Peña y Toledo encontraron que el 6.7% de las mujeres que respondieron a su cuestionario (aplicado a población abierta) dijeron que nunca o casi nunca tenían orgasmo. Los mismos autores también retoman que la anorgasmia fue diagnosticada en el 29.9% de las 57 mujeres reportadas por González en 1993.

En cuanto a la eyaculación precoz Rubio, Díaz y Folliux (ídem) expresan que, la experiencia clínica, indica que es la más frecuente de todas las disfunciones masculinas. En México se han confirmado estas apreciaciones: Rubio y Covian en

1991 reportaron la eyaculación precoz como la más frecuentemente de las disfunciones en varones en la clínica de la AMSSAC con el 31%.

Los mismos autores comentan que, posiblemente después de la anorgasmia, la dispareunia sea la disfunción más común en las mujeres.

Es importante recordar que estos datos son obtenidos de acuerdo a la experiencia en la clínica de la AMSSAC, situada en la zona metropolitana de nuestro país. Otros datos que permiten conocer estadísticas sobre las disfunciones sexuales en nuestro país son los reportados por Espinosa (1999), basados en una clínica del IMSS en Mexicali, Baja California en donde se entrevistó a un total de 158 personas (39 hombres y 119 mujeres). Los resultados que se reportan son que en cuanto a las disfunciones sexuales en mujeres se encontró que el 15.9% tenía dificultades para lograr un orgasmo y el 11.7% problemas para lograr la excitación.

En cuanto a los hombres se encontró que el 15.3% tenía dificultades para obtener o mantener la erección y el 12.8% problemas para controlar la eyaculación.

De manera general se concluyó que las disfunciones principales en las mujeres son las dificultades para el orgasmo, dificultades para excitarse y dispareunia; mientras que en los hombres fueron las dificultades para mantener la erección y la dificultad para controlar la eyaculación.

En estas cifras nuevamente se observan como principales problemas la dificultad para lograr el orgasmo en las mujeres y la dificultad para mantener la erección en hombre así como la eyaculación precoz. Al respecto Álvarez-Gayou y Millán (2002), muestran las siguientes cifras:

En cuanto a la disfunción eréctil: 10.4% la ha presentado al menos cinco veces en su vida, 0.3% con frecuencia o casi siempre mientras que a un 63.5% nunca le ha sucedido.

Los mismos Álvarez-Gayou y Millán, expresan que en México, en un estudio de comportamiento realizado en 1200 personas se encontró que en las relaciones sexuales lo que ocurre con más frecuencia respecto a la eyaculación es:

- Eyaculan antes de penetrar: 0.6%
- Eyaculan inmediatamente al penetrar: 2%
- Después de penetrar, tardan entre 5 y 10 minutos en eyacular: 38.3%
- Tardan entre 10 y 20 minutos en eyacular: 31.3%
- Eyaculan cuando lo desean sin importar el tiempo: 25.6%

Álvarez- Gayou (op.cit, pp. 66 y 67) menciona que “a pesar de no haber datos precisos... se puede inferir con cierta certeza que en México, con más de 100 millones de habitantes, debe de haber más de diez millones de mujeres anorgásmicas y 15 millones de varones eyaculadores precoces. Si se considera el concepto de salud sexual¹⁰... se observa que la falta de investigación y atención a estos problemas plantean su existencia como un enigma real de la salud pública; mayor aún si se valoran sus complicaciones mentales a nivel individual, familiar y social”.

En otro artículo publicado en un periódico de Rivera (2002) se expresa que el panorama de la sexualidad en México es preocupante pues las estadísticas muestran que la mitad de las parejas nacionales padece alguna disfunción sexual, Alrededor de 40% de los hombres sufre eyaculación precoz, y más de 60% de las mujeres tiene problemas de anorgasmia, vaginismo o deseo hipoactivo.

Después de los 40 años, 55 por ciento de los varones también comienza a padecer disfunción eréctil, y se incrementa a 70 por ciento el número de mujeres con problemas.

Muchas veces al aparecer este tipo de problemas las personas prefieren interrumpir su vida sexual de manera indefinida. Renuncian a ella sin saber que estos problemas tienen soluciones y esto permite que se mantenga el mito de que la vida sexual en la vejez ya no es posible.

¹⁰ De acuerdo a la OMS (1975) es la “integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”.

En un estudio de la farmacéutica Pfizer del año 2002 sobre actitudes y comportamientos sexuales, que se aplicó a 26 mil entrevistados entre los 40 y 80 años, en 29 países se reportó en el renglón de frecuencia de relaciones sexuales que sólo 43% de los mexicanos tuvo relaciones por lo menos una vez a la semana, en comparación con 79% de los brasileños, 74% de los italianos y 70% de los franceses. Sólo chinos y japoneses estuvieron por debajo de las cifras nacionales (32% y 21% respectivamente).

Según este artículo, lo que muestran estos números es un grave problema de salud pública desatendido pues “aunque el placer es un derecho humano inalienable, las disfunciones que impiden lograrlo no son consideradas por los sistemas de salud, y por lo tanto no existen recursos oficiales para buscar soluciones”.

Por otro lado, Sánchez, et.al. (op.cit) mencionan que en la Ciudad de México, en el Instituto Nacional de Perinatología se encontró que de un grupo de 384 mujeres, 184 no presentaron disfunción alguna. De las 200 restantes la más frecuente fue la disritmia con 90 casos (23.4%), deseo sexual hipoactivo con 87 casos (21%), la dispareunia tuvo 71 casos (18.4%), la inhibición de la excitación 57 (14.8%), el vaginismo con 35 casos (9.1%) y por último la aversión al sexo (8.8%).

En cuanto a la población masculina, de un grupo de 363 sujetos, 222 no presentaron disfunción alguna. De los 141 hombres la más frecuente fue la disritmia con 78 casos (55.3%), eyaculación precoz con 60 (42.5%), deseo sexual hipoactivo tuvo 43 casos (30.5%), trastorno de la erección tuvo 20 (14.2%), trastorno orgásmico 7 casos (.05%), la dispareunia sólo presentó 1 caso y ningún caso referente a la aversión al sexo. En este estudio se nota que la prevalencia de las disfunciones es menor en la población masculina.

Cabe mencionar que las personas que presentaban disfunciones no sólo tenían una sino 2 o más, por ello es que el número de casos de cada disfunción específica no coincide con el total. Esto nuevamente nos hace notar cómo en la práctica clínica normalmente no se atiende una sola disfunción sino que son varias entrelazadas. Si a esto le sumamos las disfunciones que también se

desencadenan en la pareja nos podemos dar cuenta que resulta aún más compleja la intervención para solucionar todas estas dificultades.

2.7 Impacto en la relación de pareja.

Las disfunciones sexuales producen en el individuo diversas alteraciones más allá de los síntomas propios de ellas (fisiológicos y psicológicos), pueden traer consecuencias en ámbitos más allá de lo sexual e impactar en la relación de pareja. Cuando un miembro de la pareja padece una disfunción sexual esto repercute en el otro miembro.

Como ya se había mencionado, una disfunción muchas veces resulta ser un sufrimiento silencioso; sin embargo, en la intimidad de la pareja no hay manera de callar. La actividad sexual se convierte en una forma de comunicación no verbal entre la pareja y proporciona un panorama general de la relación, es decir, la vida sexual de la pareja reflejará de cierta forma ciertas características de la misma¹¹. Así como la vida sexual se fortalece de la intimidad, confianza y comunicación que se desarrolla, también estas características se ven afectadas cuando la vida sexual es afectada por una disfunción.

Cabello (2005 citado en Castellanos, 2008) menciona que cuando una persona disminuye o suspende su actividad sexual debido a alguna disfunción se pueden presentar algunos de los siguientes pensamientos:

- ¿Es por mi culpa?
- ¿Soy poco atractiva/o y por eso no se excita?
- ¿Habrà otra persona?

Al respecto, Castellanos (op.cit) menciona que esto crea frustración en la persona que no desea el distanciamiento; la disfunción se vuelve cíclica pues genera comportamientos y pensamientos negativos en ambos miembros de la pareja. Se puede generar desconfianza en la imagen propia y celos. Sin embargo, hay que

¹¹VansteenWegen; A. (1998). La sexualidad en la relación. En: "Amor: palabra de acción. Reglas de juego para la relación de la pareja". Barcelona: Lumen. Citado en Castellanos (2008), tesis de Licenciatura "Influencia de las disfunciones sexuales en la dinámica de pareja". México: FES-Iztacala.

recalcar que las reacciones que se presentan pueden ser muy diversas dependiendo del significado que se le da a la disfunción.

Sarría (1998 citada en Castellanos, ídem) menciona el ejemplo de la eyaculación precoz en donde el hombre eyacula antes de que la mujer esté satisfecha y ella tiene que interrumpir su placer y se siente frustrada a pesar de que trata de entender a su pareja. Otras actitudes pueden ser la inquietud o la preocupación respecto a si la pareja logrará o no tener la relación sexual como lo desean. Le preocupa el orgasmo del otro y se sienten incapaces de dárselo.

Lo anterior muestra cómo es que muchas veces se hace responsable una persona del placer del otro. Muchas veces se tiene la idea de que el tener relaciones sexuales tiene como fin complacer al otro y es importante recordar que en la actividad sexual, el responsable de la satisfacción es uno mismo.

En cuanto a la disfunción eréctil, Castellanos (ídem), menciona que la situación resulta confusa pues a pesar de que el hombre desea tener relaciones sexuales, no se presenta la erección; por tanto, la mujer suele confundirse al no saber si le atrae o no.

La misma autora nos menciona que cuando existe una disfunción sexual la imagen del cónyuge se distorsiona, no se tiene la misma percepción y muchas veces a quien la padece se le percibe como impotente, poco capaz mientras que la otra persona aparece como excesivamente demandante.

Se puede notar que las disfunciones influyen de manera física y emocional en ambos miembros de la pareja y pueden crear ansiedad ante la interacción sexual, anticipación al fracaso, culpabilidad, falta de atracción, escasa comunicación, miedo a la intimidad y deterioro de la autoimagen. Por último, la autora nos menciona que así como los conflictos sexuales son cosa de dos, también lo es la solución de los mismos.

3. INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS SEXUALES

Una vez que se han descrito y se han mencionado los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos sexuales así como su prevalencia en la población mundial y nacional y las implicaciones que estos trastornos tienen en la relación de pareja, en este capítulo se describirán de manera breve los diversos enfoques con los que se interviene en caso de la presencia de algún problema. Es importante recordar que tanto las parafilias como los trastornos de identidad sexual son poco frecuentes en la clínica, esto hace que las terapias sexuales sean principalmente dirigidas al tratamiento de las disfunciones sexuales.

Se explicará de manera más profunda cómo se lleva a cabo la evaluación para identificar cómo se deberá de intervenir para obtener resultados benéficos para la pareja y las consideraciones que se deben de tomar antes de decidir asistir a la terapia.

También se mencionarán algunas de las críticas que se han hecho a la terapia sexual y, al final del capítulo, se dará un breve panorama de la terapia sexual en nuestro país mencionando cuál es la situación respecto al estudio y atención de los trastornos sexuales para poder establecer conclusiones finales.

3.1 Evaluación

La evaluación correcta es la herramienta más importante a la hora de la intervención. Existe dificultad para obtener datos sobre aspectos íntimos y también es necesario manejar aspectos biológicos, psicológicos y sociales que inciden en la sexualidad y a los que no siempre se logra acceder fácilmente. (Cabello, op.cit). No resulta tarea fácil lograr que la gente de cuenta de cuestiones de su vida íntima, no a todos se les ha educado para expresarse de manera abierta respecto a la sexualidad pero al realizar la evaluación se debe tratar de profundizar lo más que se pueda en la vida sexual del individuo y de la pareja.

En cuanto a la evaluación, Labrador y Crespo (2001) mencionan que uno de los problemas es que frecuentemente se utilizan criterios diagnósticos personales

más que aquellos sistemas estandarizados como el DSM-IV-TR y el CIE-10. Sin embargo, inclusive estos sistemas dejan mucho al criterio de los evaluadores con descripciones y criterios amplios; además es notoria la falta de instrumentos confiables que permitan la evaluación.

Aunque en el capítulo anterior se mencionaron a detalle mediante tablas los criterios diagnósticos de los principales manuales (DSM-IV-TR y CIE-10), también se considera importante mencionar otro modelo de evaluación.

A continuación, y hasta el final del apartado se resumirá y comentará la evaluación de acuerdo a Cabello (op.cit, pp. 144-152), propuesta en su obra *Manual de sexología y terapia sexual*. De acuerdo a este autor los objetivos de partida a evaluar son:

1. Verificar el diagnóstico que presenta el paciente.
2. Constatar si es terapia sexual lo que la persona necesita.
3. Realizar un diagnóstico diferencial entre problemática física y psíquica.
4. Determinar los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso.
5. Valorar el tipo de intervención que puede ser más efectiva para cada caso.
6. Estudiar la personalidad del sujeto para optimizar la intervención.
7. Evaluar el grado de motivación que le lleva a la consulta.
8. Contrastar sus actitudes sexuales.

Los instrumentos propuestos por Cabello (ídem) son la historia sexual, autoinformes (cuestionarios) y autoregistros, la exploración clínica y la evaluación psicofisiológica. En seguida se presenta una descripción de cada uno de ellos.

3.1.1 Historia sexual

Constituye la herramienta más importante. Es imprescindible obtener una descripción detallada de las actividades diarias de los pacientes para identificar los refuerzos que mantienen la situación.

Por lo regular la primera entrevista debe terminar dando alguna respuesta y marcando pautas debido a que las personas que llegan con una dificultad sexual desean que desde el comienzo se muestre algún indicio de que se tendrá éxito. Se debe motivar al paciente sin crear falsas expectativas.

En este punto se debe esclarecer que para poder adentrarse en lo profundo y complejo de un problema de índole sexual se debe ser lo más neutral posible. Es obvio que como en toda intervención, no se puede eliminar la subjetividad propia del terapeuta, pero en el caso de la terapia sexual es sumamente importante la apertura hacia las distintas prácticas sexuales de las personas. Si se llega con prejuicios, con una perspectiva cerrada y con una opinión rígida será difícil, en primer lugar, aproximarse al problema (muy probablemente las personas se sientan juzgadas y agredidas) y en segundo, poder proporcionar la ayuda que las personas requieren.

Existen distintos instrumentos o modelos para delinear la historia sexual de las personas pero cada quien va elaborando su propio esquema. Se describe el modelo del autor (Cabello, ídem), utilizado en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología:

En la primera sesión se recuperan los datos demográficos y otros tales como la problemática actual, conductas sexuales, antecedentes médicos y aspectos cognitivos.

En la segunda sesión se presta atención a la historia psicosexual y a la relación de pareja. Cuando se habla de historia psicosexual se investiga todo lo relacionado con el erotismo a lo largo del ciclo vital de la persona, como el inicio de la atracción sexual, los juegos eróticos infantiles, descubrimiento del placer sexual,

inicio y evolución de las fantasías eróticas, inicio de la masturbación, entre otros puntos que permiten tener una idea de cómo se ha ido desarrollando.

En cuanto a la relación de pareja se trata de un primer acercamiento a la misma porque se va conociendo más a lo largo de todas las sesiones. En este punto se investiga principalmente sobre la comunicación, los motivos por los que suelen discutir, el nivel de acuerdo en las tareas, el tiempo que comparten, qué actividades comparten, las metas en común, entre otros elementos que brindan un primer panorama sobre cómo es la relación en general.

En la tercera sesión se indaga sobre la educación en la sexualidad. Anteriormente, al hablar sobre las causas de las disfunciones, se mencionó a la educación como una de las principales. En nuestro país, y no es un caso único, se suele tener una educación sexual deficiente y con información falsa. En este punto se propone indagar sobre las fuentes de conocimiento sexual, las expresiones afectivas de los padres y las aportaciones de los amigos, entre otra información que se considere relevante como la religiosidad.

También se propone indagar sobre la historia familiar, aunque muchas veces no es necesario investigar de manera profunda sobre la familia (padres y hermanos) es necesario conocer los datos demográficos, el tipo de relación y comunicación, así como las actitudes de los mismos hacia la sexualidad.

Otro punto que se propone tratar en esta sesión son las situaciones del pasado que pudieron generar un trauma así como si existe algún antecedente psiquiátrico. Algo que el Cabello considera como necesario conocer es el estilo de vida: situación profesional, tiempo libre, ocio, relación con amistades entre otros.

La realización de la entrevista propuesta puede llevarse tres sesiones o extenderse hasta 6 ó 7 dependiendo del terapeuta y después se debe establecer una hipótesis explicativa. Con los datos obtenidos se establece un análisis funcional que sirve de base para la intervención.

Otro aspecto que especifica Cabello es que el lenguaje debe ser todo lo técnico que el paciente pueda asimilar, es decir, debe ser lo suficientemente claro como

para que la otra persona entienda lo que se está diciendo pero no lo suficientemente coloquial como para que se pierda la autoridad y se genere desconfianza. Si se nota que el paciente no comprende algún término o él mismo lo expresa, se debe aclarar desde el principio.

3.1.2 Autorregistros

Al usar los autorregistros como métodos de evaluación se deben tener algunas consideraciones. No es fácil que las personas con alguna disfunción realicen un registro exhaustivo de sus relaciones, incluso puede resultar peligroso si a la persona le crea más ansiedad el llenado de los mismos.

De acuerdo a Cabello (ídem) en las disfunciones sexuales resulta útil registrar el día, la hora, situación y duración de las tareas prescritas. Las acciones, pensamientos y sentimientos antecedentes a la experiencia. Sensaciones y pensamientos durante la experiencia. Grado de satisfacción, pensamientos y sensaciones posteriores a la experiencia. Incluso se muestra una tabla como ejemplo:

Día, hora, situación y duración	Acciones, pensamientos y sentimientos antecedentes	Sensaciones y pensamientos durante la experiencia	Grado de satisfacción (0-10)	Pensamiento y sentimiento posterior

Tabla 3.1. Autorregistro.

En la experiencia de Cabello, en el tratamiento de algunas parafilias los registros resultan imprescindibles. En estos casos sirven para valorar la motivación del paciente con el tratamiento y el nivel de activación con los estímulos de carácter parafilico. A continuación se muestra un ejemplo de autorregistro para las parafilias, obtenido del mismo manual de Cabello (ídem, p. 149).

Estímulo, día, hora y situación	Fantasía evocada	Nivel de deseo (0-10)	Consecuencias satisfacción	Pensamiento y sentimiento posterior

Tabla 3.1. Autorregistro de parafilias.

3.1.3 Cuestionarios

Cabello (idem) resalta que tienen la ventaja del procesamiento estadístico y la desventaja de la pérdida de datos intuitivos por parte del terapeuta. Desde una perspectiva práctica, los cuestionarios acceden a información que el terapeuta puede olvidar, permitiendo investigar casi todos los aspectos inimaginables. Entre los cuestionarios disponibles que destaca el mismo autor se encuentran:

- Inventario de conocimientos sexuales (McHugh, 1967).
- Inventario de actitudes respecto al sexo (Eysenck, 1970).
- Inventario de interacción sexual (IIS; LoPiccolo y Steger, 1974).
- Perfil de respuesta sexual (Pion, 1975).
- Inventario de ajuste sexual (Stuart, Stuart, Maurice y Szasz, 1975).
- Inventario de miedos sexuales (Annon, 1975).
- Inventario de placer sexual (Annon, 1975).
- Cuestionario de evaluación de mitos sexuales (McCary, 1977).
- Inventario de arousal sexual (SAI-E; Hoon, Hoon y Wincze, 1977).
- Cuestionario de Información Sexual (Carroble, 1985).
- Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Golombok y Rust, 1986).
- Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W; Taylor, Rosen, Leiblum, 1994).

- Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ; Clayton, McGarvy, Clavet y Piazza, 1997).
- Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF; Rosen *et al.*, 1997).
- Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR; Derogatis, 1997).
- Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS; Althof, Corty, Levine y Levine, 1999).
- Cuestionario de disfunción sexual secundaria a psicofármacos (Montejo, García, Rico-Villademoros y Lorca, 2000).
- The Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen *et al.*, 2000).
- The Female Sexual Distress Scale (FSDS; Derogatis *et al.*, 2000).
- Perfil de la Función Sexual Femenina (PFSF; McHorney, *et al.*, 2004).
- Changes in Sexual Functioning Questionnaire (Keller, McGarvey, Clayton, 2006).
- Sexual Interest and Desire Inventory-Female (Sills, Wunderlich, Pyke, Segraves, Leiblum, Clayton, Cotton, Evans, 2006).
- Monash Women's Health Program Female Sexual Satisfaction Questionnaire (2008).

De acuerdo a la experiencia clínica de Cabello, los de mayor utilidad son el IIS, el GRISS y el SAI-E; también menciona que el inventario de miedos sexuales y el inventario de placer sexual son especialmente útiles en casos concretos de aversión sexual.

Al final de cuentas, los datos que se puedan obtener a través de los cuestionarios (como en cualquier ámbito) resultarán inútiles si no hay un adecuado análisis de los mismos que permita desarrollar una hipótesis acerca del desarrollo del trastorno sexual.

3.1.4 Exploración clínica

Cabello (ídem) continúa desarrollando su modelo de evaluación haciendo énfasis en que en psicología clínica el siguiente apartado sería el de la observación, pero no siempre puede realizarse una observación directa en el ámbito de la terapia sexual. A pesar de esto, algunos autores hacen observaciones en directo o recomiendan que se graben en video para examinarlo después. Sin embargo, puede no resultar fácil que las personas accedan a videograbarse.

En la práctica, la observación en el ámbito médico consiste en una exploración clínica, cuestión imprescindible en algunas disfunciones sexuales, especialmente en disfunción eréctil, eyaculación precoz, vaginismo, trastorno de excitabilidad y anorgasmia. El autor destaca que la exploración será diferente de acuerdo a la disfunción específica.

3.1.5 Estudio psicosexofisiológico

Cabello (ídem) menciona que además de los clásicos registros como dilatación pupilar, conductividad de la piel, temperatura corporal y respuesta cardíaca han aparecido sistemas de medición específicos de la respuesta genital, entre ellos la fotopletismografía peneana y vaginal, el uso de termistores, medidores de la tensión pubococcígea, medición del reflejo bulbocavernoso, entre otros.

En el siguiente apartado se mencionarán algunos aspectos que se deben tener en cuenta cuando alguien desea solicitar alguna intervención para un trastorno sexual, tales como la elección del terapeuta, el tipo de intervención que se aconseja y la forma en la que comúnmente se hace la demanda (normalmente la queja se presenta frente al médico).

3.2 Aspectos a considerar al solicitar terapia sexual

Hyde y Delamater (2006) mencionan que al elegir un terapeuta sexual es preferible acudir a alguna asociación médica o psicológica que pueda orientar respecto a los psicólogos que tienen un entrenamiento especial en terapia sexual. Pero sobre todo recomiendan que se elija a un terapeuta o la clínica que ofrezca

un enfoque integral en que se reconozcan las diversas influencias: biológicas, cognitivas-conductuales y de relación que influyen en los trastornos sexuales.

Los mismos autores (ídem, p. 474) mencionan que “en la actualidad los terapeutas sexuales más hábiles emplean técnicas combinadas o integradas... diseñadas para el trastorno y situación específicos de la pareja”.

Respecto al cómo buscan ayuda las personas, Hawton (op.cit) menciona que suelen acudir al médico de cabecera. A pesar de que debido a la mayor publicidad de los problemas sexuales, cada vez más gente es capaz de pedir ayuda de manera directa, aún hay muchas personas a las que no les es tan fácil debido a la vergüenza y solicitan la ayuda de forma indirecta. Entre las formas indirectas de presentación, el autor destaca los problemas psicológicos o emocionales o quejas ginecológicas así como consultas sobre enfermedades venéreas o sobre planificación familiar.

Por otro lado, Álvarez y Mazín (1990) mencionan que cuando la gente tiene dudas o desean alternativas de tratamiento suele acudir a: Artículos de revistas populares (que muchas veces contienen tests autoaplicables, obviamente con poca credibilidad científica), manuales de sexología, el ministro religioso, el amigo, la vecina, la comadre, el médico y otros pocos a psicólogos, enfermeras o trabajadoras sociales. Esto probablemente tenga que ver con la desinformación existente respecto al campo de la terapia sexual, difícilmente la gente sabe a quién recurrir.

Por tanto, es importante describir los principales modelos terapéuticos para poder aplicarlos en el área clínica, tomando en cuenta que ningún modelo (por completo que pueda parecer) resultará el único con técnicas que puedan favorecer en la atención de los trastornos sexuales.

Álvarez-Gayou (op.cit) menciona que para quien se inicia en el campo de la psicoterapia, debe de hacer con un marco de referencia ecléctico, conociendo los diversos enfoques y así poder desarrollar un estilo terapéutico propio. Sin embargo, el eclecticismo debe ser crítico y disciplinado para no caer en el error de

usar fragmentos de diversas terapias para cubrir limitaciones de otras. Por ello, resulta necesario conocer los diversos modelos terapéuticos aunque sólo se presentará una breve descripción de cada uno de estos modelos y técnicas utilizadas en la terapia sexual pues no es la intención del presente trabajo profundizar en cada uno de ellos, aunque se recomienda hacerlo posteriormente a quienes estén interesados en ejercerla.

3.3 Intervención: Terapia sexual

La forma de intervenir en los trastornos sexuales es diversa; primeramente nos encontramos con que de acuerdo al enfoque se tiene una concepción de sexualidad diferente, por lo mismo la percepción acerca de lo que sería una dificultad sexual varía y con ello la forma en la que se puede abordar.

Según Álvarez-Gayou y Mazín (op.cit, p. 91): “A partir de los trabajos de Masters y Johnson ha sido acuñado el término de terapia sexual (o sexoterapia). La terapia sexual es la conjunción de cinco elementos básicos: educación sexual, consejo matrimonial, psicoterapia, terapia conductual y tratamientos físicos o ayudas mecánicas.”

De acuerdo a Béjin (1987) el sexólogo contemporáneo (entiéndase sexólogo como aquel estudioso de la sexualidad) no se preocupa de lo que el autor llama “perisexualidad”, es decir, embarazo, aborto, enfermedades venéreas. Así las desviaciones y perversiones no son un tema central pues, lo importante son las disfunciones, lo referente al placer. También menciona que la primitiva sexología no se diferenciaba claramente de la psiquiatría, la medicina legal, la urología y la actual reafirma su autonomía frente a estas disciplinas. Los sexólogos no convierten las “anomalías” en “aberraciones”.

Rubio (2008) menciona que la terapia sexual surge de la decisión de tratar las disfunciones sexuales de manera directa. Durante la primera mitad del siglo XX, el tratamiento de las dificultades sexuales se consideraba como parte de los tratamientos generales para reestructurar la personalidad. El psicoanálisis era cada vez más popular y se trataban los trastornos sexuales como conflictos inconscientes del desarrollo de la persona. A partir de la publicación de

Incompatibilidad sexual humana de Masters y Johnson en 1970 se comenzó a notar la importancia de dar a los pacientes soluciones en menor tiempo que los años que implicaba el psicoanálisis.

La terapia de Masters y Johnson constaba de paquetes de intervención organizados de acuerdo a las categorías de disfunciones sexuales, se aplicaban durante 15 días continuos, se pedía a los pacientes que se aislaran de sus actividades cotidianas para dedicarse al tratamiento. Obviamente, en nuestra sociedad actual resultaría prácticamente imposible dedicarse por completo durante dos semanas a una intervención terapéutica.

Cabe mencionar que estos investigadores sólo atendían a parejas y utilizaban la coterapia (dos terapeutas: un hombre y una mujer). Al respecto Cantón-Durati (op.cit, p.7) menciona: “Los estudios efectuados por esta pareja de investigadores fueron importantes por haberse realizado con seres humanos como sujetos de experimentación y por haberle permitido a la mujer trabajar como terapeuta activa, tal vez por primera vez en la historia”.

En la intervención de Masters y Johnson se dedicaban dos días a conformar la historia clínica de la pareja, primero se les entrevistaba juntos y después por separado. Después de ello, se les proponían una serie de experiencias estructuradas diseñadas para que de manera gradual fueran mejorando sus interacciones sexuales.

Como expresa Rubio (op.cit, p.445) muchas de las ideas empleadas por Masters y Johnson siguen siendo de suma utilidad en la actualidad “como la técnica de focalización sensorial, la estrategia de prohibir el coito, la importancia del abordaje del problema en pareja, así como el uso del programa de relajación propuesto para el vaginismo y de reentrenamiento del reflejo eyaculatorio para tratar la eyaculación precoz”.

A raíz de la publicación del libro de Masters y Johnson muchos pensaban que la terapia se limitaba a una serie de ejercicios que pretendían resolver un problema por medio de un tratamiento conductual. Sin embargo, posteriormente, Helen

Singer Kaplan retomó los conceptos de estos autores y los incorporó con algunos conocimientos del psicoanálisis, para formular lo que ella misma denominó como “La nueva terapia sexual” y señaló la importancia de manejar los conflictos individuales de los miembros de la pareja en la terapia para que se tenga éxito.

De acuerdo a Rubio (op.cit) el modelo psicoterapéutico de Kaplan implica abordar de manera directa las disfunciones, modificando las causas inmediatas y de aprendizaje en el primer momento de la terapia. Al ir avanzando en el proceso, se decidirá cuando sea prudente atender los mecanismos intrapsíquicos profundos, o aquellos que estén más relacionados con la dinámica de la pareja y que están interfiriendo con el avance de la terapia.

Álvarez-Gayou y Mazín (op.cit) mencionan que aunque la terapia sexual tiene sus bases en la terapia conductual y la terapia del aprendizaje, existen otras teorías que brindan aportes conceptuales o técnicos a la misma. Entre ellas destacan los enfoques psicodinámicos, la terapia racional-emotiva, la terapia centrada en el cliente y la Gestalt.

3.3.1 Terapia conductual

Hyde y Delamater (op.cit) describen que tiene sus orígenes en el conductismo y la teoría del aprendizaje. Supone que los problemas sexuales son el resultado del aprendizaje previo y se mantienen por reforzamientos y castigos continuos. Se deduce que estos comportamientos se pueden desaprender a través de un nuevo condicionamiento.

Por lo tanto, la meta de la terapia conductual es crear nuevas condiciones para que se dé el aprendizaje pues, si los comportamientos sexuales son aprendidos también podrán aprenderse nuevos comportamientos que resulten más placenteros.

Los autores mencionan que Masters y Johnson operaban desde la terapia conductual pues consideraban que los trastornos eran aprendidos más que síntomas de enfermedades psiquiátricas. Uno de los objetivos de la terapia era eliminar el desempeño sexual orientado a metas, como Hyde y Delamater (ídem,

p.471) expresan “muchos clientes creen que en el sexo deben tener un desempeño y alcanzar ciertas cosas. Si el sexo es una situación de logro, también puede volverse una situación de fracaso”.

Para poder eliminar esto a la pareja se le prohibía realizar el coito hasta que lo indicaran los terapeutas, en cambio se asignaban ejercicios de enfoque en la sensación (focalización sensorial). Estos ejercicios propician el tocar y ser tocado, pues son formas importantes de expresión sexual debido a que el tacto también es una forma importante de comunicarse, permitían que se desarrollará aún más la intimidad en la pareja.

Kaplan (1981) recomendaba comenzar el tratamiento con estos componentes para que la pareja se familiarizara con los ejercicios en casa y pudieran poner de manifiesto las dificultades y resistencias que ocurren durante el acto sexual. Separó en dos etapas la focalización sensorial propuesta por Masters y Johnson de la siguiente manera:

Focalización sensorial I- Placereado, en el que la pareja desiste del intercambio sexual y del orgasmo durante varios días o semanas, dependiendo de la pareja. En este periodo, sólo se acarician suavemente el cuerpo y los genitales.

Focalización sensorial II- Placereado genital, que consiste en estimular suave y de manera inquietante los genitales, su objetivo es causar excitación pero no el orgasmo.

En los ejercicios un miembro de la pareja es quien proporciona las caricias y el otro las recibe. Se instruye a ambos, uno para que toque y acaricie y el receptor para que comunique qué es lo que más le agrada, tiempo después se cambia el rol. Esto permite que se enfoquen en las sensaciones placenteras que reciben sin alguna presión sobre el desempeño. Además Masters y Johnson proporcionaban información básica sobre anatomía y fisiología de los órganos sexuales, tanto femeninos como masculinos (Hyde y Delamater, ídem).

Entre las técnicas más utilizadas de la terapia conductual se encuentran: la desensibilización sistemática, desensibilización en vivo, saturación, entrenamiento

asertivo, uso de las fantasías, los ejercicios musculares vaginales (Álvarez-Gayou, op.cit).

3.3.2 Terapia cognitiva conductual

Hyde y Delamater (op.cit) mencionan que es aquella que incluye la combinación de ejercicios conductuales junto con terapia cognitiva. Sin embargo, resulta difícil separar aquellas técnicas que son conductuales de aquellas que se refieren a lo cognitivo porque aun cuando se intervenga en el ámbito conductual esto traerá repercusiones a nivel cognitivo y viceversa.

En este tipo de intervención se utiliza un conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva, en ella el terapeuta ayuda a que el paciente reestructure sus patrones de pensamiento, ayudándole a que sean más positivos desafiando sus actitudes negativas.

El terapeuta cognitivo conductual ante el problema de la interferencia cognitiva como una causa inmediata de las disfunciones sexuales actúa tratando de reducir la presencia de pensamientos que interfieran durante el sexo. Lo primero que se debe hacer es ayudar al paciente a identificar estos pensamientos para posteriormente sugerir técnicas para reducirlos, por lo regular se propone reemplazarlos con pensamientos eróticos (Hyde y Delamater, ídem).

Es importante mencionar que, en la actualidad, este modelo de terapia es el que se considera ha tenido mayores aportaciones en cuanto al tratamiento de las disfunciones sexuales.

Con respecto a las parafilias McAnulty y Lohr (1995) mencionan que los enfoques cognitivo-conductuales han utilizado un amplio rango de intervenciones provenientes del condicionamiento y del aprendizaje social como: la terapia de aversión, la saciación masturbatoria, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento asertivo y la educación sexual, estos componentes pueden aumentar las interacciones sociales apropiadas y disminuir los deseos desviados. El propósito es disminuir la actividad sexual desviada. Por lo tanto, concluyen que

a pesar de la dificultad para determinar la etiología de las parafilias, los tratamientos cognitivo-conductuales parecen prometedores.

3.3.3 Terapia racional-emotiva

Desarrollada por Albert Ellis, en ella se enfatizan las funciones tales como pensar, juzgar, decidir y hacer. Asume que las personas nacen con un potencial de pensamiento racional “recto”, e irracional “desviado”. De acuerdo a Ellis, la neurosis es el pensamiento y comportamiento irracional y las emociones son producto del pensamiento; cuando pensamos que algo no está bien, nos sentimos mal al respecto. Durante el proceso terapéutico se desarrolla la enseñanza-aprendizaje que consiste en erradicar la irracionalidad por medio de pensamientos más racionales que sean más funcionales en la vida de la persona, en este caso, en las interacciones sexuales (Álvarez-Gayou, op.cit).

En el ámbito de la terapia sexual, estos pensamientos irracionales irían principalmente dirigidos al desempeño, es decir, que se debe tener un desempeño excelente de acuerdo a los criterios establecidos por otras personas y no a la satisfacción propia.

3.3.4 Terapia de pareja

Como se mencionó en el capítulo anterior, la relación de pareja fuera del terreno sexual puede afectar o beneficiar las relaciones sexuales. De acuerdo a Hyde y Delamater (op.cit), al ser las dificultades en la relación de pareja una de las principales causas de trastornos sexuales, muchos terapeutas utilizan la terapia de pareja como parte del tratamiento. De acuerdo a este enfoque, cuando hay un problema en la relación pueden desatarse problemas sexuales y viceversa; la terapia confía en que si mejora la relación también se reducirá la dificultad sexual.

Modelo psicoanalítico

Desarrollado por Sigmund Freud, entre sus principales puntos a destacar según Álvarez-Gayou (op.cit) son:

- El comportamiento puede estar gobernado por factores inconscientes.

- El desarrollo infantil incide en la vida adulta.
- Existen mecanismos de defensa inconscientes contra la ansiedad.

Los planteamientos del psicoanálisis permiten lograr una mayor comprensión acerca de quien asiste a la terapia. Las aplicaciones del psicoanálisis al tratamiento de las disfunciones según el mismo autor, son: comprender las resistencias que se dan en el proceso terapéutico, la influencia de las etapas tempranas en los problemas sexuales de la vida adulta, el uso de los mecanismos de defensa tanto en la terapia como en la cotidianidad.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente el psicoanálisis es un proceso que dura mucho tiempo y tiene un costo elevado, por lo que no es accesible para toda la población y para poder ver algún resultado, tal vez sea necesario que pasen meses o años.

3.3.5 Terapia centrada en la persona

Enfoque desarrollado por Carl Rogers, ubicada dentro del modelo humanístico-existencial. De acuerdo a Álvarez-Gayou (op.cit, p.202) en esta terapia “se precisa la responsabilidad y capacidad del mismo para descubrir medios y hallar la realidad” y describe a la persona, que se mueve hacia la autorrealización, con base en la apertura a la experiencia, confianza en su organismo, capacidad para la autoevaluación y el deseo de considerarse a sí mismo como un proceso constante.

Se puede notar que a diferencia de la visión del psicoanálisis, el modelo existencial-humanista tiene una perspectiva del ser humano más optimista, basada en la confianza de lo que se puede lograr si se acepta la responsabilidad que se tiene de conseguirlo.

En cuanto a la terapia sexual, el mismo Álvarez-Gayou (ídem) explica que los postulados de esta terapia coinciden con las actitudes que debe de tener un terapeuta sexual, es decir, el terapeuta debe ser empático, respetuoso y auténtico.

3.3.6 Terapia Gestalt

Desarrollada por Frederick Perls, enfatiza conceptos como expansión de conciencia, aceptación de la propia responsabilidad y unidad de la persona. En este tipo de terapia se intenta restaurar la conciencia e integrar las dicotomías y polaridades del propio “yo”. Se hace énfasis en el aquí y ahora. Se intenta ayudar a que las personas experimenten sus sentimientos para efectuar sus propias interpretaciones (Álvarez-Gayou, ídem).

Es importante recordar que de acuerdo a los objetivos planteados individualmente serán las técnicas que se utilizarán en una intervención integral, la terapia Gestalt, al igual que otras, proporciona técnicas que se usan principalmente en situación de grupo y en ámbito educativo.

3.3.7 Psicoterapia sexual holónica estructural estratégica

Desarrollada por Eusebio Rubio y el equipo de trabajo de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual. La sexualidad humana en este modelo es, según el mismo Rubio (2008, p.449) es entendida como “el resultado de la integración, a través de la interacción y experiencias que se producen por las potencialidades humanas de: a) reproducción, b) diferenciación sexual, c) formación de vínculos afectivos interpersonales y d) experiencia de placer en el encuentro erótico”.

Esta forma de psicoterapia es de creación reciente, y se ha ido conformando de acuerdo a la experiencia clínica del autor, resulta importante conocerlo pues, está conformada de acuerdo a la intervención en nuestro país y esto permite que esté más cercano a las características de la población mexicana.

De acuerdo a este enfoque se identifica el conflicto en un problema sexual cuando hay expresiones de las potencialidades que se contraponen. Un ejemplo, es cuando en el holón erótico las estructuras biológicas impulsan al placer pero las estructuras de la construcción mental se expresan en culpa ante el placer. El conflicto será expresado en vivencias (Rubio, ídem). Esto suele suceder con mayor frecuencia en las mujeres, quizá debido a la educación represiva que se otorga de acuerdo al género y que fomenta la idea de la superioridad masculina.

De acuerdo a este modelo, las expresiones disfuncionales de la vida sexual son el resultado de la organización particular de la estructura sexual de la persona. Entonces la experiencia psicoterapéutica será aquella que propicia los cambios estructurales necesarios para lograr que la función sea satisfactoria, es decir, que logre impulsar el desarrollo y la resolución de conflictos para la expresión sana de la vida sexual (Rubio, ídem). Como se puede notar, se intenta lograr un cambio más profundo en los individuos y no sólo intervenir para lograr que la disfunción sexual desaparezca.

3.4 Terapias biomédicas

Conforme han ido creciendo los avances tecnológicos, se ha permitido un estudio más preciso sobre distintos aspectos de la salud; en este sentido, se han desarrollado los tratamientos médicos y farmacológicos para los trastornos sexuales.

Las causas orgánicas no afectan por igual a todas las disfunciones sexuales. Entre las que con mayor frecuencia están asociadas a causas orgánicas o médicas están la impotencia masculina, el deseo sexual hipoactivo y los trastornos por dolor, tanto femeninos como masculinos. Las causas pueden ser vasculares, endócrinas, metabólicas, neuronales (centrales y periféricas), por lesiones y malformaciones del aparato genital, o debidas al consumo de fármacos y sustancias (Carrobbles, op.cit).

3.4.1 Tratamientos farmacológicos

El medicamento comúnmente más conocido es el Viagra (sildenafil), que se toma en forma oral cerca de una hora antes de la actividad sexual anticipada. En sí mismo, no produce una erección sino que permite que cuando el hombre se siente estimulado se faciliten los procesos fisiológicos de la erección. Relaja los músculos lisos en los cuerpos cavernosos y permite que la sangre fluya, dando lugar a la erección (Hyde y Delamater, op.cit).

Es necesario tener cuidado con la ingesta de los fármacos y no sobrepasar las dosis buscando mejorar más el desempeño; los fármacos no crean “superamantes”. Es preferible que sean indicados por un médico.

También es importante considerar que con el lanzamiento del Viagra al mercado en la década de los 90's, se hizo aún más popular la venta de productos “milagrosos” que prometen aumentar el deseo sexual o el tamaño del pene, crear erecciones casi eternas, producir múltiples orgasmos y mejorar el desempeño sexual. Sin embargo, estos productos pueden resultar ser placebos más que un medicamento o alguna sustancia realmente efectiva. También es importante cuidar que sean productos certificados, es decir, que sean seguros y no atenten contra la salud de quien los consume. En la actualidad se ha ampliado el mercado con sustancias de origen natural, extraídas de algunas plantas o hierbas.

3.4.2 Inyección intracavernosa

Es un tratamiento para el trastorno de la erección e implica la inyección de un fármaco dentro de los cuerpos cavernosos del pene. Estas sustancias dilatan los vasos sanguíneos del pene, así se puede acumular más sangre y se produce la erección. Esta se utiliza principalmente cuando el problema es orgánico y el hombre no responde al Viagra o a sus sucesores (Shabsigh et al., 2000 citados en Hyde y Delamater, op.cit).

3.4.3 Dispositivos de succión

En estos tratamientos para el trastorno de erección, se coloca un tubo sobre el pene lubricado y se aplica succión (dependiendo el dispositivo, con una bomba de mano o un motor eléctrico), cuando se logra una erección suficientemente firme se retira el tubo y se coloca un anillo de goma alrededor de la base del pene para mantenerla.



Figura 3.1. Bomba de succión con motor Androvacuum de Andromedical®¹²

3.4.4 Terapia quirúrgica

Para los casos graves de trastorno de la erección Hyde y Delamater (op.cit, p. 478) describen que “la cirugía consiste en la implantación de una bolsa o vejiga de agua en la parte inferior del abdomen, conectada dos tubos inflables que recorren el espacio que abarca el cuerpo esponjoso, con una bomba en el escroto. Literalmente el hombre puede bombear o inflar el pene de modo que alcance una erección completa”.

Los mismos autores mencionan que es un tratamiento radical que es únicamente recomendado para casos en los que no se han obtenido resultados mediante la terapia sexual o farmacológica. La cirugía destruye algunas partes del pene, de tal forma que la erección de manera natural no volverá a ser posible.

3.5 Técnicas utilizadas para algunas disfunciones

En esta sección se presentan algunas de las técnicas que se emplean dentro de los diferentes modelos de intervención terapéutica para tratar las disfunciones sexuales, algunas son específicamente usadas o recomendadas para ciertas disfunciones.

3.5.1 Técnica de parada-arranque

Es usada para el tratamiento de la eyaculación precoz. De acuerdo a Rubio (op.cit) consiste en pedir al paciente que se estimule manualmente hasta estar

¹² Imagen recuperada el 2 de marzo de 2013.de: <http://www.andromedical.com/es/productos/bomba-de-vacio-para-el-pene/>

cerca de conseguir el orgasmo, cuando las sensaciones le indiquen que está cerca de ocurrir se debe detener la estimulación hasta que las sensaciones disminuyan. Posteriormente se reanuda la estimulación y nuevamente se detendrá cuando esté cerca de lograr el orgasmo. Esto se repite cuatro veces, pero en la última ocasión se permite el orgasmo. Una vez que se ha logrado este paso se puede incrementar la sensación agregando lubricante. Después se integrará a la pareja y la última fase sería la realización del coito.

Es un proceso que va incrementando gradualmente la estimulación, es necesario que el hombre esté relajado y concentrado en sus sensaciones a fin de identificar cuando esté cerca el momento de la eyaculación.

Así, el mismo Rubio (op.cit, p.459) menciona que “el objetivo... es, sobre todo, cobrar conciencia de las sensaciones previas al orgasmo mismas que, una vez identificadas, permiten que... el individuo desarrolle de manera gradual un control adecuado de la eyaculación”.

De acuerdo a Hyde y Delamater (op.cit) esta técnica le enseña al hombre que se puede tener la erección y sentir placer sin llegar al orgasmo. De esta forma se reduce la ansiedad debida a la percepción del orgasmo como única meta de la vida sexual. Mediante esta técnica se planea que el juego sexual de la pareja se extienda de 25 a 20 minutos para que el hombre adquiera control sobre la eyaculación.

3.5.2 Masturbación

Es principalmente recomendada a las mujeres con trastorno orgásmico, debido a que aumenta la posibilidad de lograr un orgasmo (Hyde y Delamater, op. cit). Con ello se propicia el conocimiento del cuerpo propio, el reconocimiento de las zonas sensibles y el tipo de estimulación que más le producen placer. Sobre todo en el caso de las mujeres, en el que los genitales no están tan expuestos, existe aún mucha ignorancia respecto al cuerpo. También se utiliza en casos de trastorno orgásmico masculino en donde se elimina la presión que puede representar la interacción con la pareja.

De acuerdo a Rubio (op.cit), para utilizar esta técnica se debe conocer si la persona tiene un patrón establecido de conducta autoerótica y, en caso de que no exista, el proceso se debe iniciar con la búsqueda gradual de sensaciones genitales placenteras. Se podría decir que la persona aprenderá a masturbarse poco a poco.

3.5.3 Ejercicios de Kegel

Son ejercicios inventados por el Dr. Arnold Kegel (de ahí su nombre), diseñados para fortalecer el músculo pubococcígeo, que recorre los lados de la entrada de la vagina (Hyde y Delamater, op.cit).

Estos ejercicios pueden resultar benéficos incluso si no se padece disfunción alguna, aunque comúnmente son recomendados después de un parto. Aunque fueron descritos para mujeres, también se pueden emplear en hombres y son útiles para los casos de eyaculación precoz. Álvarez-Gayou (op.cit) menciona que incrementan la sensibilidad y el goce de las relaciones sexuales.

Una vez que se han mencionado y descrito las principales formas de intervenir ante una disfunción sexual y se han aportado algunas técnicas útiles en la terapia sexual se mencionarán algunas críticas al respecto de la misma.

3.6 Críticas a la terapia sexual

En primer lugar, hablando de los resultados en las intervenciones realizadas por diversos autores, Rosen y Leiblum (1995 citados en Hyde y Delamater, op.cit) mencionan que en el ámbito de la terapia sexual faltan estudios más controlados respecto a los criterios de éxito de las diversas terapias comparadas con otros tratamientos y que se examinen de manera más detallada cuáles son los aspectos específicos de las terapias que proporcionan resultados benéficos. El hecho de que no existan criterios unificados respecto a lo que se consideraría un éxito en la intervención, hace que las cifras que se manejan sean tan dispares.

Otro aspecto que salta a la vista, es que la terapia sexual incluye no sólo el tratamiento de las disfunciones sino también de los trastornos de identidad y las parafilias; sin embargo, las intervenciones se enfocan a las disfunciones sexuales.

Esto también tiene que ver con que en la actualidad estos trastornos ya no suelen ser considerados como tal, sino que se consideran como expresiones de la sexualidad.

Relacionado con esto, está también el punto de ¿hasta dónde algo es sano o normal?, ¿se basa realmente el diagnóstico en algo objetivo o en juicios morales del terapeuta o de la sociedad misma? En cuanto esté impactando en la vida del paciente como algo negativo, debería ser digno de atención. El problema es que el tema de la sexualidad normalmente está lleno de prejuicios y mitos, el terapeuta sexual debería reducir estos al mínimo.

Hyde y Delamater (op.cit) expresan que las críticas a la terapia sexual no invalidan lo que ya se ha hecho sino que invitan a ser más cuidadosos respecto a lo que se hace, a recordar que una sola forma de intervención no será útil para todos los trastornos ni para todas las personas y a ser sensibles ante los valores que expresamos al etiquetar algo como un “trastorno”.

3.7 Perspectiva de la terapia sexual en México

Álvarez-Gayou y Mazín (op.cit) al hablar de la terapia sexual en nuestro país refieren que se maneja generalmente de la siguiente manera:

Se dedica un promedio de dos a tres horas con cada uno de los miembros de la pareja para tomar la historia clínica; cuando hay un diagnóstico, el terapeuta determina la estrategia que se seguirá. En adelante se trabaja en una consulta semanal con la pareja y se aborda la dinámica de la relación, se prescriben ejercicios o actividades que resultan etapas “graduadas y sistemáticas” que se realizan una vez que se han logrado los objetivos de la fase anterior. En las siguientes consultas se realiza un análisis y discusión con la pareja sobre las experiencias y logros en cuanto a los aspectos terapéuticos y la relación de pareja para finalizar explicando los ejercicios y actividades de la siguiente fase. El tratamiento suele durar de 8 a 10 semanas y se logra eliminar más del 80% de las disfunciones sexuales.

Hay que recordar que este es el esquema general que suele tener la terapia sexual en nuestro país de acuerdo a estos autores; sin embargo, no funciona como una receta que se deba reproducir a la perfección. Cada terapeuta debe crear su propio esquema de acuerdo a sus características y no se llevará a cabo de manera igual porque las características y el problema específico de la persona que se queja de un trastorno sexual serán únicas.

También mencionan que suelen utilizarse técnicas y procedimientos tales como: masturbación, técnicas cognitivas atencionales en las que se instruye en la necesidad de concentrarse en las sensaciones en vez de preocuparse por el desempeño sexual (lo que anteriormente se describió como focalización sensorial), los procedimientos de pausa y de comprensión (apretón de Seemans), procedimientos grupales, técnicas para incrementar la comunicación, terapia de pareja, proporcionar información y condicionamiento asertivo (Álvarez-Gayou y Mazín, ídem).

Los mismos autores reportan que han encontrado que en pacientes con bajo nivel educativo y socioeconómico, muchas de las estrategias que funcionan en otros países no lo hacen con los pacientes en México, pues presentan características sumamente diferentes. Concluyen que muchos de los procedimientos terapéuticos parecen ser eficaces sobre todo en pacientes con un nivel educativo relativamente elevado y que provienen de estratos altos de la sociedad. Nuevamente se nota que los procedimientos de intervención no pueden ser utilizados como recetas, sino que deben adecuarse a las características y condiciones de la población.

Al respecto Álvarez-Gayou y Mazín, (ídem, p.108) expresan que “La sexología es acusada frecuentemente de ser elitista... es indudable que si permanecemos en las técnicas y actitudes mencionadas, nuestros detractores tendrán razón. Todo el mundo debe conocer y reconocer su propia sexualidad y la de otros, como medio para incrementar sus relaciones interpersonales y como una fuente de desarrollo personal y de placer”.

También hacen un llamado al sexólogo educador para que la información pueda llegar a toda la población y al sexólogo terapeuta para que no olvide el deber

social. Expresan que se deben investigar y desarrollar tanto técnicas como procedimientos terapéuticos adecuados para la mayoría de la población en nuestro país. Mencionan que la formación requerida para realizar la terapia sexual va más allá de la preparación básica tanto de psicólogos como de médicos.

Sin embargo, esto no quiere decir que como profesionistas en el ámbito de la salud no podamos hacer algo al respecto, es importante que se conozcan de manera básica los trastornos sexuales, para poder diagnosticarlos y canalizar los casos al especialista, es decir, el terapeuta sexual.

Es de especial importancia la educación sexual considerando que muchas de las disfunciones sexuales tienen como base una mala información. Álvarez-Gayou y Mazín (ídem) puntualizan que en México, en ciertos estratos socioculturales, la mujer ni siquiera sabe que puede tener un orgasmo e incluso muchos hombres también desconocen el orgasmo femenino y llegan a pensar que no debe tenerlos.

Masters y Johnson (1970, p. 310) expresan que “Hasta el momento en que las costumbres y controles sociales acepten que la función sexual es algo natural y dejen de lado los tabúes y falsas concepciones, la única esperanza para la protección de la población es un programa de seminarios que dé mayor entrenamiento a los posgraduados con el fin de capacitarlos para realizar terapia”. En esto radica la importancia de que se difunda la práctica de la terapia sexual, se ofrezca un acercamiento a la misma a los profesionales de la salud y se pueda ofrecer una formación más especializada a quien lo decida.

CONCLUSIONES

La sexualidad humana con sus diversas expresiones resulta un tema complejo que involucra aspectos fisiológicos, sociales y psicológicos. Resulta polémico hablar acerca de una expresión sana de la sexualidad pues la experiencia sexual es relativa; como ya se ha mencionado, lo que para una persona resulta placentero para otra no lo es, lo que para algunos es normal para otros resulta aberrante.

En el campo de las parafilias y los trastornos de identidad sexual parece que la investigación se extingue conforme se ha ido cambiando la concepción acerca de lo permitido en cuanto al sexo y en cuanto se habla de diversas expresiones sexuales y no de una sola. A excepción de aquellas expresiones en las que se involucran aspectos legales, lo más conveniente parece no etiquetar algo como desviado, indebido o anormal.

En cuanto a las disfunciones sexuales, la investigación parece ir aumentando conforme se revelan cifras que muestran que un porcentaje considerable de individuos no está disfrutando de su vida sexual y esto afecta otros aspectos de su vida. Algunos autores como Sánchez, et.al (2009) mencionan que los estudios deberían estar encaminados a generar perfiles para cada disfunción sexual con sus coincidencias y sus diferencias. Sin embargo, de nada servirá generar perfiles pues siempre habrá casos que no se ajusten a los mismos. Finalmente la necesidad es crear una terapia individual sin importar la relación existente entre las disfunciones. Los perfiles que se puedan generar darán una guía sobre la intervención pero el factor al que se debería atender con mayor urgencia es a la prevención.

Los trastornos sexuales, en especial las disfunciones sexuales, son atendidos una vez que se han desarrollado y han afectado de manera considerable la calidad de vida del individuo. Coincidiendo con Escudero (2005), existe una necesidad de elaborar un programa de educación sexual para prevenir las disfunciones sexuales.

Normalmente la educación sexual que se recibe está más orientada hacia lo biológico, hacia la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la anticoncepción; difícilmente se imparte información eficaz que propicie el disfrute de la sexualidad y el esclarecimiento de ciertos mitos sexuales. De hecho, muchas veces es precisamente la información recibida la que dificulta o impide que se logren relaciones sexuales satisfactorias.

Como se ha expresado, las relaciones sexuales involucran más que el acto mismo con sus cambios fisiológicos; la respuesta sexual humana va más allá de sus fases pues también se trata de emociones, sentimientos y pensamientos. La prevención de los trastornos sexuales debería estar encaminada precisamente a estos aspectos que, muchas veces, se han descuidado tales como la intimidad, el respeto y la complicidad en la pareja (independientemente de si es una relación sexual con una pareja ocasional o fija) pues en el momento del acto sexual se comparten más que cuestiones fisiológicas.

Otro aspecto sobre el que es necesario indagar e intervenir de manera profunda es la comunicación en la pareja, sería conveniente pensar cuántos malentendidos se podrían evitar si las cosas se hablaran de manera clara. Sobre este punto es importante recordar que no sólo es decir las cosas, sino saber expresarlas de manera adecuada, en un momento adecuado, como una oportunidad de mejorar más que como una crítica.

En la sociedad actual, el sexo está presente casi en todos lados: la música, la publicidad, las películas y los propios relatos de las personas. Parecería entonces que se vive en una sociedad abierta hacia lo sexual, pero ¿qué mensaje se está recibiendo? ¿Se están normalizando las actitudes sexuales o se está vulgarizando la actividad sexual? Si se analizaran estos mensajes con contenido sexual (implícito o explícito) se podría notar en la mayoría de los casos que el mensaje sigue siendo muy similar al de épocas anteriores. La mujer sigue siendo vista como objeto, pasiva y dependiente de un hombre que la satisfaga y el hombre sigue siendo el responsable del placer en la pareja. Aún existen muchos estereotipos y mitos que se llevan a la alcoba. Cuando las palabras trasciendan en

hechos, será entonces cuando se podrá hablar de una verdadera apertura hacia el sexo.

Es precisamente en este punto donde se insiste en que la educación sexual que se brinde sea de manera más vivencial, de tal modo que no sea sólo información que muchas veces no es práctica para las personas sino que sea algo que puedan incorporar gradualmente a sus vidas sexuales. Se resalta la necesidad de crear programas de educación sexual vivenciales adecuados para las características de una población en específico, es decir, crear programas considerando la edad, la condición socioeconómica y el nivel educativo de las personas, entre otras características.

Ahora bien, otro punto a destacar es que las disfunciones sexuales son más frecuentes en las mujeres. Esto permite enfatizar la necesidad de considerar las diferencias de acuerdo al género en estas dificultades y también permite reflexionar sobre la posibilidad de crear programas de educación sexual que tengan en cuenta estas particularidades y en los que se propongan nuevas concepciones de la sexualidad femenina.

En cuanto a la terapia sexual, es conveniente que se dé mayor difusión a su práctica para que las personas sepan lo que es, cómo funciona y puedan buscar ayuda en caso de que lo necesiten. Un medio para poder lograr esto podría ser la incorporación de las nuevas tecnologías, es decir, la difusión de la terapia sexual utilizando el internet y las redes sociales así como la apertura de foros en los que se puedan tratar estos temas y proporcionar información adecuada, ya que muchas veces la información proveniente de internet es poco confiable. Las herramientas que se pongan al acceso de la gente deberían ser supervisadas por un terapeuta sexual certificado.

En nuestro país el tema aún sigue siendo poco explorado y difundido pero instituciones como la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C y el Instituto Mexicano de Sexología dan muestra de que, aunque falta mucho por hacer, el camino está abierto. El primer paso para poder aproximarse a la complejidad de la respuesta sexual humana y sus problemáticas es el tener una concepción amplia y

abierta sobre la sexualidad, la aceptación de las diferencias entre individuos, la comprensión de las características propias de la persona con la que se trata y adentrarse en la dinámica de la pareja.

Asimismo, es necesario difundir el ejercicio de la terapia sexual entre los profesionales de la salud, en este caso, los psicólogos pues muchos desconocen cómo es que se lleva a cabo, las principales técnicas con las que se interviene y los problemas que se pueden tratar. Con esto, se puede notar la importancia de que se desarrollen más herramientas que faciliten el acceso a la información sobre los trastornos sexuales y su tratamiento, recursos que permitan la aproximación a la práctica de la terapia sexual e incluso espacios en los que se brinde asesoría a los psicólogos interesados en ejercerla.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Gayou, J. (2011). *Sexoterapia integral*. México: Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J. y Mazín, R. (1990). *Elementos de sexología*. México: Mc GrawHill.
- Álvarez-Gayou, J. y Millán, A. (2002). Reporte preliminar de un estudio de comportamiento sexual en 1, 200 mexicanos. Trabajo presentado en el 4° Congreso Nacional de Investigación en Sexología. Colima.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Elsevier.
- Béjin, A. (1987) “Crepúsculo de los psicoanalistas, aurora de los sexólogos”, en A. Aries y otros, *Sexualidades Occidentales*. México: Paídos.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. España: Síntesis.
- Cáceres, J. (2001). *Parafilias y violación*. Síntesis: España, 15-18.
- Cantón-Durati, A. (1981). *Técnicas correctivas de la comunicación sexual*. España: CEAC.
- Carrasco, M. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. España: Síntesis, 7-43.
- Carrobes, J. (1996). “Disfunciones sexuales”, en V. Caballo y otros (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2, *Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. España: Siglo XXI.
- Castellanos, M. (2008). “El impacto de las disfunciones sexuales en la relación de pareja: propuesta de intervención”. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Castelo-Branco, C. (2005). *Sexualidad humana: una aproximación integral*. España: Médica Panamericana.
- Crooks, R. y Baur, K. (2010). *Nuestra sexualidad*. México: Cengage Learning, 524-543.
- Escudero, S. (2005). Programa de prevención de disfunciones sexuales. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-conductual*, 3, 94-139. Recuperado el 22 de noviembre de 2012 de:
<http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v03/disfunciones.pdf>
- Espinosa, R. (1999). “Disfunciones sexuales más frecuentes entre pacientes que acuden a consulta de medicina familiar”. Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina General Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- Haeberle, E. (2009). *Atlas de la sexualidad*. España: Akal.

- Hawton, K (1988). *Terapia Sexual*. España: Doyma.
- Hyde, J. y Delamater, J. (2006). *Sexualidad humana*. México: Mc GrawHill, 471-483.
- Iglesias, X. (2005). "Anatomía de la sexualidad", en Castelo-Branco (dir.). *Sexualidad humana: Una aproximación integral*. España: Médica Panamericana.
- Kaplan, H. (1981). *Manual ilustrado de terapia sexual*. España: Grijalbo.
- Labrador, F. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13 (3), 428-441. Artículo recuperado el 10 de diciembre de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72713308.pdf>
- Lucas, M. y Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica*. España: Elsevier.
- Masters, W. y Johnson, V. (1970). Incompatibilidad sexual humana. España: *Intermédica*, 6-13, 294-310.
- Manzo, C., Carvajal, A. y Paz, C. (2006). Implementación de un programa de terapia sexual en un grupo de mujeres con un cuadro depresivo leve y moderado y sintomatología ansiosa en comorbilidad a una disfunción sexual. *Terapia psicológica*, 24 (2), 161-168. Artículo recuperado el 10 de diciembre de 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78524205>
- Manzo, C. y Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia psicológica*, 22 (2), 193-203. Artículo recuperado el 15 de agosto de 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfred.jsp?!Cve=78522211>
- McAnulty, R. y Lohr, B. (1996). "Las parafilias y otros trastornos de la identidad de género", en V. Caballo y otros (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2, Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación. España: Siglo XXI.
- McCary, J. y McCary, S. (1996). *Sexualidad humana de McCary*. México: Manual Moderno, 49-70.
- Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. España: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Ginebra: OMS. Recuperado el 10 de diciembre de 2012 de: http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad_humana

Ramos, G. (1990). "Paquete de información sobre técnicas conductuales aplicadas para la prevención de problemas sexuales y en especial de las disfunciones". Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Rampazzo, C. y Jasso, J. (2008). "Biología del erotismo", en I, Arango, Sexualidad humana. México: Manual moderno, 11-19.

Rivera, M. (2002, Octubre). Padece disfunción sexual la mitad de las parejas mexicanas. *La jornada* (en Red), México. Recuperado el 14 de diciembre de 2012 de: <http://www.jornada.unam.mx/2002/10/30/08an1esp.php?origen=espectaculos.html>

Rubio, E. (2008). "Psicoterapia sexual", en I, Arango, Sexualidad humana. México: Manual moderno.

Rubio, E. y Díaz, J. (1993). "Problemas de la sexualidad", en Consejo Nacional de Población (ed.). *Antología de la sexualidad humana*, vol. III. México: Consejo Nacional de población.

Rubio, E., Díaz, J. y Foullieux, C. (1997) "Disfunciones sexuales", en Rubio; E. y Díaz; M. (1997). *Manejo clínico de la problemática sexual*. PAC Asociación Psiquiátrica Mexicana, AC. Intersistemas. México. Artículo recuperado el 19 de noviembre de 2012 de: <http://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-sexuales/>

Sánchez (2007). "Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales". Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. y Gómez, M. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental*, 28 (4), 74-80. Artículo recuperado el 12 de agosto de 2012 de: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/582/58242808.pdf>

Sánchez, C., Corres, N., Blum, B. y Carreño, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Mental*, 32 (1), 43-51. Artículo recuperado el 21 de enero de 2013 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212260006>

Wincze, J. (2001). *Sexual Dysfunction: A guide for assessment and treatment*. EUA: Guilford, 1-10.