

Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual

F.J. Gala León¹, M. Lupiani², C. Guillén³, A. Gómez Sanabria⁴, C. Villaverde⁵, I. Alba⁶

Resumen

La sexopatología es uno de los capítulos más importantes de la Psicopatología ya que la sexualidad constituye uno de los ejes de la madurez individual y social; además, últimamente, la sexualidad ha dejado de ser tabú convirtiéndose en objeto de debate público al valorarse como esencial para la salud y el bienestar personal.

Pero, pese al cambio actitudinal, muchas personas encuentran dificultades para conseguir una satisfacción sexual verdadera, y es que la “necesidad” de una vida sexual “óptima” (nunca bien definida), la abundancia de “modelos sexuales” inadecuados y la escasa formación han conducido a que aumenten los problemas sexuales reales o subjetivos.

En este marco analizamos los conceptos de normal y anormal en sexología y hacemos una revisión crítica de las clasificaciones y nosologías de los trastornos sexuales a la luz de consideraciones clinicocientíficas y no morales.

Palabras clave: Conducta Sexual. Psicopatología Sexual. Sexopatología. Trastornos de la Conducta Sexual. Actitudes hacia la Conducta Sexual.

Summary

Sexopathology is one of the most important chapters in psychopathology since sexuality constitutes one of the axes of individual and social maturity; Furthermore, recently sexuality has ceased to be a taboo, becoming the object of public debate as an essential part of health and personal well-being.

(Grupo Investigador en Psicología de la Salud. UCA - PAI- 386- CTS)

¹Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. UCA.

²Profª. Titular de Enfermería Médica. UCA.

³Catedrático de Psicología Social. UCA.

⁴Prof. Asociado de Psicología Social. UCA.

⁵Catedrática de Fisiología. UGR.

⁶Investigador del Grupo de Investigación.

Correspondencia: Dr. Fco. J. Gala León
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. UCA
C/ Duque de Nájera, 18
11002 Cádiz
e-mail: francisco.gala@uca.es

Nevertheless, despite the attitude change, many people have difficulty in achieving true sexual satisfaction. The “need” for an “optimum” sex life (never well defined), the abundance of inadequate “sexual models” and the lack of education have led to an increase in sexual problems, whether real or subjective.

Within this framework we analyze the concepts of normal and abnormal in sexology and we make a critical review of the classifications and nosologies of sexual problems in light of clinic/scientific (not moral) considerations.

Key words: Sexual conduct. Sexual psychopathology. Sexopathology. Sexual conduct problems. Attitudes toward sexual conduct.

“¿Locura de amor?. Es un pleonasma. El amor es ya una locura”.

H. HEINE.

INTRODUCCIÓN

El capítulo de la sexopatología es uno de los más importantes de toda la patología psíquica humana puesto que la sexualidad constituye uno de los ejes de lo que denominamos **madurez**, tanto en lo concerniente al desarrollo autónomo, como al social del ser humano. Por otro lado son patologías complejas –como lo son las actitudes, la respuesta y el deseo sexual– en las que se intermezclan aspectos fisiológicos, psicológicos, de aprendizaje, legales, morales y religiosos, reglas culturales y sociales... (1) a lo que se suma la dificultad añadida de ser algo que pivota sobre el marco de la privacidad humana y algo tabuizado puesto que puede suponer –y de hecho supone la mayoría de las veces– un **Estigma Social**.

Sin embargo desde la más remota antigüedad el ser humano ha prestado un enorme interés por el comportamiento sexual anómalo, así como por sus posibles remedios (y en los textos egipcios y vedas, pasando por los bíblicos y neobabilónicos y llegando al mundo clásico grecorromano con sus diversos “ars amandi”, tenemos múltiples referencias); pero en nuestra cultura y en los últimos tiempos se han producido unos drásticos cambios que han alcanzado también la esfera de lo sexual: Así la sexualidad de ser algo tabú, propio de la intimidad personal, ha pasado a ser algo público y objeto de debate puesto que es valorada como algo esencial en la salud y el bienestar de la persona.

Así una sexualidad “plena y satisfactoria” es algo deseable por todos, de modo que se ha con-

vertido en un valor de amplio reconocimiento social; en este cambio actitudinal ha intervenido una amplia serie de factores tales como la separación de la sexualidad y la reproducción; el reconocimiento de la sexualidad femenina y la preocupación explícita por la satisfacción sexual de la mujer; la liberación de ciertos fanatismos religiosos y el predominio de una ideología laica con la progresiva liberalización de múltiples conductas sexuales a lo que ha de sumarse la avalancha de información, técnica y divulgativa, sin olvidar la importancia que posee actualmente la sexualidad como objeto de consumo (2).

Pero, pese a todo ello, no es infrecuente el que las personas encuentren dificultades para conseguir una “satisfacción sexual”, de modo que –paradójicamente– la “necesidad” de una vida sexual “óptima” (nunca bien definida), la abundancia de “modelos sexuales” completamente inadecuados y la escasa formación sexual han conducido a que aumenten los problemas sexuales, reales o subjetivos (3), solicitándose cada vez más ayuda profesional en un campo en profundo cambio y en constante revisión (de lo que es un claro ejemplo las diversas –y a veces contradictorias– nosologías y clasificaciones de la patología sexual que se han venido sucediendo en las últimas décadas y de las cuales hablaremos luego).

LO NORMAL Y LO ANORMAL EN SEXOLOGÍA

De todos es conocido que el definir y diferen-

ciar la normalidad y la anormalidad no es tarea baladí, algunos autores niegan incluso el que existan diferencias cualitativas entre enfermedad y salud, sino tan solo “diferencias de grado en los problemas de la vida” (4-5). Es cierto que bajo los términos genéricos de “*conducta sexual anormal*”, “*trastorno sexual*”, “*sexopatología*” etc... se aglutinan fenómenos muy diversos con el elemento común de ser “patológicos” o, de otra forma, comportamientos **no normales**, lo cual nos puede llevar a argumentos circulares y tautológicos puesto que nos llevan a definir qué es la normalidad, sin quedar resuelta la pregunta de porqué se califica una conducta sexual como “anormal”.

• *Lo Normal y Anormal en Psicopatología general*: Pero, antes de adentrarnos en el campo de la sexología vamos a intentar describir una *serie de características* que habitualmente están presentes en lo que tildamos como **conducta anormal** (6) –y vaya por delante que estas características raramente se dan todas en un comportamiento anómalo dado– éstas son (7):

a) *Sufrimiento personal*: Es el malestar subjetivo para quien la padece y que le impulsa, en muchas ocasiones, a buscar ayuda.

b) *Falta de adaptación al entorno*: La conducta anormal suele interferir en mayor o menor medida con el equilibrio emocional, laboral o interpersonal de quien padece el problema (8); es decir, es una conducta desadaptativa.

c) *Irracionalidad e incomprendibilidad*: Es una peculiaridad que muchas veces hace inexplicable la conducta (9) que, en el sentido Kantiano ha perdido el “sentido común” para adentrarse en un peculiar “sentido privado”.

d) *Malestar en el observador*: La conducta anormal, aunque no cause sufrimiento personal, causa molestia y sufrimiento en otros.

e) *Violación de los códigos ideales y morales*: De hecho muchos sociólogos sostienen que la ruptura de ciertas reglas, aún no escritas, es el principal elemento que tiene la sociedad para identificar la enfermedad mental (un ejemplo de lo dicho, clásico en sexología, lo constituye la zoofilia).

Ahora bien las características descritas han de

ser contempladas a la luz de los siguientes **principios** (10):

1.- No existe ningún elemento aislado o único que defina la anormalidad.

2.- No existe ningún elemento suficiente para definir la anormalidad.

3.- La anormalidad viene definida por la combinación de varios criterios.

4.- Ninguna conducta es por sí misma anormal fuera de un contexto.

5.- Al definir la anormalidad nos movemos en un continuum o en una dimensión bipolar Normalidad-Anormalidad.

• *Criterios de sexualidad patológica*: Dicho ésto vemos que es obligatorio el incardinar el problema de lo normal y anormal en Sexología, en el marco general de lo normal y anormal en Psicopatología General, y en el marco del **relativismo**; ahora bien, si toda conducta sexual fuera normal, sobrarían estas líneas, aunque también es cierto que el establecer criterios de anormalidad o salud sexual es una tarea harto difícil; y así lo ha sido históricamente:

1.- *Hasta hace bien poco el criterio de salud sexual dominante en nuestra cultura era el moral* (lo saludable era “lo moralmente correcto” y lo inmoral era, además, desviado y patológico) (11); como además, en nuestra cultura, la moral sexual era –como judeocristiana– sexofóbica todo lo que no fuera “religiosamente correcto” era desviado, degenerado y patológico... En este sentido debemos recordar que la sexualidad ¿era? entendida, en este marco cultural-ideológico como genitalidad, orientada a la fecundidad, legítima sólo dentro del matrimonio y siempre que estuviera orientada a procrear... y, por supuesto, debía ser heterosexual; ni que decir tiene que el deseo sexual, las demandas y el placer sexual eran cosas de hombres, las mujeres “normales y decentes” “aceptaban” estas demandas dentro del matrimonio, a veces como imposición o “débito matrimonial”: la falta de excitación u orgasmo femenino no era ningún problema –tampoco lo era la eyaculación precoz– y la masturbación y la homosexualidad eran consideradas como **desviaciones graves** que implicaban patologías impor-

tantes; la sexualidad infantil y de los ancianos eran negadas o ridiculizadas y, por supuesto, la anticoncepción “no natural” estaba prohibida... La ciencia tan solo se limitaba a sancionar lo que dictaba la moral: **lo malo moralmente también era patológico**.

[Como paradigma de lo dicho en un texto razonablemente reciente –su segunda edición es la de 1979– Scharfetter en su “Introducción a la Patología General”(12) establece claramente que el sexo “normal y maduro” ha de ser coital, heterosexual y con la posibilidad de fecundación... así leemos textualmente (p.324): “En el punto central del comportamiento sexual del ser humano sexualmente maduro se sitúa el emparejamiento, el coito (...). Con respecto al comportamiento sexual coital, puede establecerse como norma lo siguiente:

Es normal una actividad sexual coital que tenga lugar con un compañero heterosexual, de tal forma que:

- Pueda darse una fecundación.

- Ninguno de ambos participantes sufra o reciba daños durante la misma (...) cuanto más se aparte del comportamiento coital normal, cuanto más inmaduro sea el comportamiento sexual y más rígida su realización, cuanto más exista una dependencia similar a una adicción, tanto más justificado está el término de “**perversión**”...creemos que sobran comentarios].

2.- *Junto al criterio moral se han manejado y catalogado otros criterios establecidos por los poderes dominantes.*(13): Así tenemos el *criterio penal o legal* (normal y saludable sería lo no penalizado en la legislación y lo prohibido o penalizado lo es por ser patológico y anormal); *el criterio de la MASS MEDIA* establece, en una sociedad mediática, que lo saludable es lo propugnado por los medios de comunicación que establecen “**modelos sociales**” fundamentados en las “costumbres” y en las, a veces, pseudociencias de la **estadística** (lo normal sería lo frecuente o lo que hace la mayoría... por lo que no tener caries sería anormal) y de la **higiene**...

3.- *En el otro extremo se han establecido también criterios puramente subjetivos* basados en el “elemental” principio de que todo lo que me

gusta o me conviene es bueno y saludable; o, a lo sumo, criterios de pareja, siendo saludable lo que “dos” actores viven como tal.

4.- *Frente a todo ello debemos establecer criterios clínico-científicos*, incluso a nivel semántico puesto que hablamos de **trastornos** y no de **perversiones, desviaciones o aberraciones**, términos todos de gran contenido moral/legal, además estos criterios deben aceptar un **gran relativismo**; en efecto al ser la sexualidad humana una **conducta social**, varía con la sociedad misma, el tiempo, las costumbres, la moral y las leyes ... lo cual significa que los conceptos válidos hoy tal vez no lo sean mañana.

Tras lo dicho podemos aventurar, siguiendo a J.Poch (14), que “una conducta sexual es patológica cuando el sujeto ha perdido su capacidad de elección (su libertad), y se ve obligado a adoptar una actitud repetitiva y estereotipada como único vehículo para llegar a la satisfacción orgásmica”... suele haber sufrimiento para los que comparten su experiencia sexual o para él –la mayoría de las veces por las restricciones sociales, legales o culturales–.

CLASIFICACIONES DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

Como hemos visto en el punto anterior, a lo largo de la historia y en cada cultura han cambiado y cambian los criterios que establecen la anormalidad y la patología sexual; no debe extrañarnos, pues, que hayan existido e, incluso, coexistan distintos tipos de clasificaciones de los trastornos sexuales. Así, a título ilustrativo y sin ser exhaustivos presentaremos algunos de los más recientes:

A) La clasificación más utilizada por la psiquiatría y psicopatología **forense** (15) nos habla aún de desviaciones y perversiones sexuales. Así tendríamos:

1. *Las perversiones de la forma* que incluyen el exhibicionismo, el onanismo –excesivamente frecuente y no supletorio a una sexualidad normal–, el exhibicionismo y el voyerismo.

2. *Las perversiones del objeto* que se producen cuando el deseo sexual es hacia un niño (pedofi-

lia), un animal (zoofilia o bestialismo), un cadáver (necrofilia), un anciano (gerontofilia) o una persona del mismo sexo (homosexualidad) –actualmente discutida incluso por la psiquiatría forense–.

3. *Las perversiones del medio o algomanías* se dan en las personas que tienen necesidad de inflingirle dolor físico o psíquico a la pareja sexual (sadismo), o a sí mismos (masoquismo), para llegar al orgasmo, o de manejar heces u orina (coprofilia y urofilia).

4. *Las perversiones de acto sexual* son las conocidas como equivalentes sexuales (coito bucal o anal) –hoy también cuestionable si se dan libremente en los adultos–.

5. *Las perversiones de la intensidad de la libido* (por exceso o defecto) que hoy se conocen más como disfunciones sexuales.

B) La clasificación moderna utilizada por la *psiquiatría y la psicopatología académicas* anterior a la publicación del DSM-IV (que después veremos), establece (16):

1. *Disfunciones sexuales*: Hipersexualidad e hiposexualidad –en ambos sexos–; impotencia y eyaculación precoz –en el varón– y anorgasmia, vaginismo y dispareunia –en la mujer–.

2. *Trastornos de la elección del objeto sexual*: Homosexualidad, paidofilia, fetichismo, onanismo, gerontofilia, bestialismo, necrofilia y vampirismo.

3. *Trastornos de la práctica sexual*: Sadismo, masoquismo, voyerismo, exhibicionismo, oralismo, analismo o sodomía, uretralismo, frotteurismo y coprofilia.

4. *Trastornos en la conciencia del propio sexo*: Transvestismo y transexualismo, y

5. *Trastornos de la conducta sexual en las neurosis*.

C) Sin embargo desde la publicación de la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM-IV- TR– (17-18) la clasificación más en boga es la siguiente:

1.- Trastornos sexuales:

* Trastornos del deseo sexual (Deseo sexual hipoactivo –alibidinoso e e hipoerosias– y tras-

tornos por aversión al sexo). Actualmente se quiere introducir la hiperlibidinoso o erotomanía (satiriasis, en el varón y ninfomanía en la mujer) también conocida como adicción al sexo.

* Trastornos de la excitación sexual (en la mujer) y de la erección (en el hombre).

* Trastornos orgásmicos (anorgasmia masculina y femenina y eyaculación precoz).

* Trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo).

* Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

* Trastorno sexual inducido por sustancias

* Trastorno sexual no especificado.

2.- Parafilias:

Exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, paidofilia o pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyerismo y parafilias no especificadas (escatología telefónica, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia, klismafilia –enemas– y urofilia).

3- Trastornos de la identidad sexual:

* Trastornos de la identidad sexual o transexualismo en la niñez, en la adolescencia y/o en la adultez.

* Trastornos de la identidad sexual no especificados (p.ej. Las enfermedades intersexuales).

EPIDEMIOLOGÍA

En realidad no existen datos epidemiológicos sistemáticos alusivos a la incidencia y prevalencia de la patología sexual en la población, tanto por falta de estudios sistemáticos, cuanto por lo “escabroso” y privado del tema (al ser conductas que suelen interpretarse de forma vergonzante y que conllevan un claro tabú y la estigmatización –cuando no la pura persecución policial y el escarnio– es obvio que intenten mantenerse ocultas).

La mayoría de los datos son indirectos y provienen de la atención a este tipo de casos en centros especializados y de las detenciones policiales y juicios; pero en realidad, los datos que manejamos no son más que la punta del iceberg.

* En cuanto a las *disfunciones sexuales* sí tenemos algunos estudios de cierta relevancia como pueden ser los de Nathan de 1986, (19), los de Hawton de 1988 (20) y los de Wincze y Carey de 1991 (21)... En base a sus datos podemos estimar que las disfunciones se presentan a lo largo de la vida en el 40% de la población masculina adulta y casi en el 50-60% de la femenina; siendo los subtipos más frecuentes la eyacuación precoz (30%) y los problemas de erección (20%) en los varones, y los problemas de excitación (48%), anorgasmia (40%) y falta de interés sexual o alibidinosis (30%) en las mujeres.

* Por lo que respecta a las *parafilias* el gran mercado y los pingües beneficios de la pornografía y todo lo relacionado con ella, –con un desquite especial en Internet en los últimos tiempos– nos sugieren que su prevalencia debe ser elevada en la población general. Los datos manejados de los delitos conocidos contra la libertad sexual en España nos indican que la media de los delitos desde 1988 a 1992 estuvo en 5.737 al año (22), siendo los más frecuentes las agresiones sexuales, las violaciones, el exhibicionismo y la paidiofilia.

* Por último, no tenemos datos respecto a los *trastornos de la identidad sexual* aunque se sugiere que 1 de cada 30.000 varones y 1 de cada 100.000 mujeres desean tratamiento quirúrgico de cambio de sexo (23).

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales agrupan a un conjunto de problemas de diversa índole que impiden o dificultan a otras personas de disfrutar de una forma satisfactoria la sexualidad (24); así incluyen a todos aquellos problemas fisiológicos, cognitivos, afectivos o motores que dificultan a la persona el participar o disfrutar satisfactoriamente de las actividades sexuales tales como la atracción, el cortejo, la interacción o el orgasmo (25).

La clasificación más adecuada es la del DSM-IV-TR-, antes presentada, que asocia cada disfunción a la fase de la respuesta sexual en que aparece (trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, del orgasmo y trastornos sexuales por dolor).

Las disfunciones sexuales suelen ser el resultado de la interacción de varios factores psicosociales y –a veces– físicos:

—Entre los *factores psicosociales* destacan cuatro que suelen estar en la base de la mayor parte de los casos de disfunción (26):

* *Una inadecuada educación sexual* con graves errores en los conocimientos básicos y con profusión de mitos acerca del comportamiento sexual.

* *La presencia de ansiedad* asociada a la relación sexual.

* *La falta de conductas adecuadas para lograr una interacción sexual satisfactoria*, destacando la adopción de “rol del espectador”, como describen Masters y Johnson (27).

* *Los problemas en las relaciones de pareja*, sobre todo en lo tocante a la comunicación, dentro y fuera de lo sexual.

—Entre los *factores físicos* tenemos los síntomas de diversas enfermedades (de los sistemas cardiovasculares, endocrino, genito-urinario, músculo-esquelético y nervioso, principalmente), las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y los efectos de ciertos fármacos.

LAS PARAFILIAS

Con este término se alude hoy a las conocidas antiguamente como “desviaciones sexuales”, “perversiones” y “aberraciones” que, tradicionalmente, podían circunscribirse a la *elección del objeto sexual o la práctica sexual como tal*. Son patologías de difícil acceso y análisis, puesto que se intermezclan los aspectos psicosexuales con los de la protección de la intimidad, los legales, los morales y la propia capacidad del individuo para elegir (28).

A diferencia de las disfunciones, se habla de parafilias cuando existe una buena respuesta sexual (normalmente) pero ésta se genera ante objetos o situaciones infrecuentes respecto al patrón sexual convencional (objetos no humanos, niños, sufrimiento o humillación del compañero, etc) (29); se caracterizan, pues, por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o

situaciones poco habituales; cuando son delitos –además– suelen implicar una agresión y provocan sufrimiento en la víctima (30).

Como explicación general de las parafilias –dado que ofrecen una explicación específica para cada subtipo es algo que sobrepasaría los límites de este trabajo– se maneja la etiología que considera estas patologías como una forma más de **adicción** (31-33), dado que tienen mucho en común con las adicciones tradicionales:

- Están controladas por reforzadores positivos en su inicio.

- Continúan controladas por reforzadores negativos al final.

- Implican una cierta pérdida de control para el sujeto.

- Acarrear una importante degradación social.

- Producen un cierto grado de tolerancia, de modo, que muchos parafílicos han de aumentar la intensidad o la frecuencia de su conducta anormal para que siga provocando el efecto deseado.

- En más del 60% de los casos se da otra dependencia (a sustancias, ludopatía, trastornos alimentarios, etc...).

En este marco, se establecen 3 **niveles de adicción sexual** (34):

- 1º: Con comportamientos sexuales aceptados socialmente, pero que se realizan de una manera “anormal” (p. ej. masturbación compulsiva varias veces al día durante años, reducir toda relación heterosocial a contactos sexuales obsesivos –sexodependencia– etc).

- 2º: Ya implica comportamientos sexuales que atentan contra la libertad de los demás y que, además, son punibles legalmente (p.ej. exhibicionismo, voyerismo, llamadas obscenas, etc).

- 3º: En este nivel se traspasan las barreras más personales de un individuo (violación, pädofilia, incesto, abuso sexual, etc).

LOS TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual es el sentimiento de “masculinidad” o “femineidad” que tiene una per-

sona, sin embargo, en este tipo de trastorno se produce una *incongruencia* entre el sexo anatómico que se posee y el sexo con el que la persona íntimamente se identifica (35); esta incongruencia puede escalonarse desde el reconocimiento personal de que uno es hombre o mujer pero se siente incómodo con dicha identidad, hasta el transexualismo en el que la persona se siente presa en un cuerpo de un sexo diferente al que anatómicamente posee. El rechazo del propio sexo puede ser tan intenso que les hace solicitar un cambio sexual a través de una intervención quirúrgica. (Hay que eliminar de los casos de transexualismo aquellos en los que se presenta un delirio esquizofrénico, así como los de fetichismo de transvestimiento... es decir, los auténticos transexuales no parecen tener problemas psicopatológicos serios –36– ni alteraciones significativas en parámetros biológicos –37– más aún una vez operados suelen llevar una vida normal y encontrar pareja).

No debemos confundir la transexualidad con la homosexualidad (el/la homosexual sí se identifica con su sexo, aunque le gustan las personas de su propio sexo, mientras que el transexual que se considere mujer, se siente en realidad mujer, de modo que al desear a un hombre en ningún modo se siente homosexual) ni con la *intersexualidad* que padecen las personas que sí poseen algunas características anatómicas o fisiológicas del otro sexo, aunque en estos últimos también aparezcan graves alteraciones de la identidad sexual (38).

GLOSARIO

No entra en los planteamientos de este artículo el presentar un análisis y revisión de todos y cada uno de los subtipos de trastornos sexuales que se suelen describir, lo cual, por otro lado, exigiría más bien un manual... Sin embargo, tal vez merezca la pena el presentar una pequeña guía o glosario de los principales términos; esperamos que se entienda más como una ayuda para algunos lectores que como una duda de la inteligencia o conocimientos de los mismos:

Disfunciones o trastornos sexuales:

A- *Trastornos del deseo sexual:*

- * *El Deseo sexual inhibido o hipoactivo*, tam-

bién conocido como *hipoerosias* o *hipolibidinosi*s aunque se da en ambos sexos, es la disfunción femenina más frecuente y se traduce como la ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseo de actividad de forma persistente o recurrente.

* *La Aversión al sexo* o *alibidinosi*s también conocida como *sexofobia* es una aversión extrema, persistente o recurrente hacia el sexo evitando todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

* *La hipersexualidad*, *hiperlibidinosi*s o *erotomanía* recibe el nombre de *satiriasis* o *donjuanismo* cuando es en el hombre, y de *ninfomanía* o *mesalinismo* cuando se da en la mujer. Se trata de una adicción compulsiva al sexo, la más de las veces sin gratificación orgásmica.

B- Trastornos de la excitación sexual:

* *En la mujer* (antiguamente *frigidez*) presenta varios grados, pero en todos concurre en mayor o menor medida el fallo de las respuestas fisiológicas normales (p.ej. lubricación y contracción vaginal) ante la estimulación sexual, así como la ausencia de las sensaciones psicofisiológicas asociadas con la excitación sexual.

* *El trastorno de la erección en el hombre* (antiguamente *impotencia*) presenta también varios grados y puede ser *erectiva* y *aneyaculatoria* (dificultad o imposibilidad para la erección o para la eyaculación, respectivamente) por ello la primera se conocía como “*coendi*” y la segunda como “*generandi*”.

C- Trastornos del orgasmo:

* *Disfunción orgásmica femenina* (*anorgasmia*), alude a la ausencia o baja frecuencia de orgasmos tras una fase de excitación normal. También se conoce como *orgasmo inhibido*.

* En el varón tenemos la *disfunción orgásmica masculina* o *impotencia aneyaculatoria*, debemos diferenciarla de la *eyaculación retrógrada* en la que debido a un trastorno físico, cirugía o medicación la eyaculación pasa a la vejiga, experimentándose el orgasmo.

* *Eyaculación precoz* es difícil de definir, tradicionalmente se dice que existe cuando el indi-

viduo eyacula momentos antes de penetrar, durante la penetración o a los pocos segundos de ésta, sin que lo desee y en respuesta a una estimulación sexual mínima.

D- Trastornos sexuales por dolor:

* *Dispareunia* o dolor durante el coito o durante la eyaculación –en el hombre– es la disfunción con más probabilidades de tener una causa orgánica subyacente.

* *Vaginismo* se denomina así a la imposibilidad o dificultad extrema –por dolor– de la penetración por la contracción involuntaria –espasmo– de la musculatura del tercio externo de la vagina.

Parafilias:

A- Trastornos en la Elección del Objeto:

* *Paidofilia* (*pedofilia*, pero no *pederastia* –con la que se suele confundir– que alude al rufianismo o negociador del sexo): Es el deseo de mantener el contacto sexual y fantasías sexuales con menores, generalmente heterosexuales, y sin violencia física. También se conoce como *infantosexualidad*.

* *Fetichismo*: Alude a la excitación y satisfacción sexual del sujeto con objetos inanimados (p.ej. ropa interior femenina). A veces la excitación se obtiene llevando puestos algunos de estos objetos (si es ropa, hablamos de *travestismo fetichista*) si el objeto de deseo es una sola parte del cuerpo (cabellos, pies...) se habla de *parcialismo*, si el interés se centra en personas a quienes se ha amputado una pierna –en la prótesis o el muñón– hablamos de *monopedia*, y si es en los enemas, hablamos de *klismafilia*.

* *Onanismo* que sólo puede ser considerado como patológico cuando el individuo adulto lo practica como única forma deseada y realizada de su actividad sexual, aun existiendo posibilidades de otra actividad sexual; puede ser una actuación obsesivo-compulsivo (*masturbación compulsiva*).

* *Gerontofilia* (muy discutida actualmente por la doble moral que implica el verse como anormal sólo si es hacia una mujer, pero no al revés) sería la apetencia sexual por ancianos.

* *Bestialismo (zoofilia)*: Aquí el animal se convierte en el objeto sexual para lo que puede ser incluso entrenado (Es muy frecuente en ambientes rurales y en la adolescencia, como sustitutorio). No se debe confundir con el *sadismo con tortura de animales*.

* *Necrofilia*: aquí el objeto sexual es un cadáver (a veces asesinado previamente por el necrofílico, casi *sádico*).

* *Vampirismo*: placer sexual al succionar sangre (generalmente en niños y mujeres) puede ir unido a la necrofilia.

(Como habrán observado, ya no se admite la homosexualidad como patológica).

B- Trastornos en la Práctica Sexual:

* *Sadismo sexual*: implica la excitación y el placer mediante actos reales y no simulados, que implican sufrimiento, dolor o humillación de la víctima –si la pareja participa de forma voluntaria tenemos un binomio *sadomasoquista* con una erotización del dolor– también recibe el nombre si se centra en latigazos y con ciertas vestimentas de *dominación o disciplina inglesa*.

* *Masochismo sexual*: se trata de la excitación y la satisfacción sexual al experimentar dolor, sufrimiento o humillación. Si se traduce en la peligrosísima práctica de la privación de oxígeno se denomina *hipoxifilia*.

* *Exhibicionismo*: consiste en obtener placer con la exposición de los genitales a alguien fuera del contexto de una relación sexual, o bien en tener fantasías de este tipo.

* *Voyeurismo o Escoptofilia*: implica la excitación o satisfacción sexual observando a otros desnudos o en actividad sexual, sin consentimiento (también reciben el nombre de *mirones y sargos*).

* *Oralismo*: Excitación y satisfacción compulsiva y única a través del contacto bucal con los genitales –hoy muy discutible– se denomina *penilingus* o *fellatio* –vulgo “*francés*”– si es con el pene, y *cunnilingus* si es con los genitales femeninos; si es hacia la zona anal se denomina “*beso negro*”.

* *Analismo*: Excitación y satisfacción compulsiva y única a través del contacto anal (activo

o pasivo) heterosexual –hoy muy discutido– también se conoce como *sodomía* y, a veces, en una mala utilización, como *pederastia* (cuando es homosexual). Se denomina *intromisión* cuando se introduce objetos o la mano.

* *Uretralismo*: Es la utilización sexual de la uretra mediante la introducción de objetos –*extrañismo*– en el caso de la mujer; también se conoce como *uretrismo*.

* *Frotteurismo*: Se trata de la excitación y satisfacción sexual mediante el frotamiento, roce etc... con otras personas sin su consentimiento, generalmente en aglomeraciones.

* *Coprofilia*: Excitación y satisfacción sexual mediante el contacto con heces u orina (*urofilia*), a menudo vertidos en boca o cara (*lluvia de oro*); suele ir unido al sadomasoquismo.

* *Escatofilia telefónica*: Excitación y satisfacción sexual mediante el acoso y abordaje telefónico a otros, con conversaciones soeces y/o coprofilicas.

* *Violación/abuso sexual*: Son conductas que combinan una actividad sexual con otra agresiva, implicando una actividad sexual con un individuo diferente al compañero sexual habitual (o con éste), bajo condiciones de fuerza, amenaza, violencia o con un deficiente, menor o inconsciente. Aunque es mayoritariamente de hombre a mujer y de hombre a hombre, también se da entre mujeres y de mujer a hombre.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Labrador F, de la Puente ML, Crespo M.:** Evaluación de disfunciones sexuales en A. Roa, Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Ed. CEPE. Madrid, 1995, pp 345-373.
2. **Labrador F.:** Disfunciones sexuales en M.A. Vallejo, Manual de Terapia de Conducta. Ed. Dykinson. Madrid, 1998; pp 563-621.
3. **Labrador F.:** Ibidem, 1998.
4. **Szasz T.:** El mito de la enfermedad mental. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1973.
5. **Sprock T, Blashfield E.:** Classification and nosology en M. Hersen, A. Kazdin y A Bellack (eds) The clinical psychology handbook. Ed. Pergamon. Nueva York, 1984.
6. **Rosenhand D, Seligman M.:** Abnormal Psychology. Ed. Norton. Nueva York, 1984.

7. **Vázquez C.:** El concepto de conducta anormal; en F. Fuentenebro y C. Vázquez, *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Ed. Interamericana - Mc Graw-Hill. Madrid, 1990; vol I, pp 449-471.
8. **San Martín H.:** La crisis mundial de la salud. Ed. Karpos. Madrid, 1982.
9. **Moore M.:** Some myths about "mental illness". *Archives of General Psychiatry*, 32: 1483-1479, 1975.
10. **Vázquez C.:** Op. cit. 1990.
11. **López F.:** Criterios de salud sexual y minusvalías, en V.V.A.A., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Publicaciones del INSERSO, Madrid, 1993; pp 21-40.
12. **Scharfetter CH.:** Introducción a la Psicopatología General. Ed. Morata. Madrid, 1993.
13. **López F.:** Op. cit. 1993.
14. **Poch J.:** Psicopatología de la conducta sexual, en J. Vallejo et al. (eds), *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona, 1980; pp 300-329.
15. **Marco J, Martí JL, Pons R.:** *Psiquiatría forense*. Ed. Salvat. Barcelona, 1990.
16. **Poch J.:** Op. cit. 1980.
17. **American Psychiatric Association (A.P.A.):** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR-). Ed. Masson. Barcelona, 2002.
18. **American Psychiatric Association (A.P.A.):** DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos. Ed. Masson. Barcelona, 1995.
19. **Nathan S.:** The epidemiology of the DSM-IV psychosexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1986; 12: 267-281.
20. **Hawton K.:** *Terapia sexual*. Ed. Doyma. Barcelona, 1998.
21. **Wincze J, Carey M.:** *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. Ed. Guildford Press. Nueva York, 1991.
22. **Cáceres J.:** Parafilias, en M.A. Vallejo, *Manual de Terapia de Conducta*. Ed. Dykinson. Madrid, 1998; pp 623-66.
23. **American Psychiatric Association (A.P.A.):** Op. cit. 1994.
24. **Labrador F.:** Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales, en E. Sebastián (Edits.), *Parejas en conflicto: Estrategias psicológicas de Sebastiánne*. Sebastiánne de la Univ. del País Vasco. San Sebastián, 1987.
25. **Labrador F.:** Op. cit. 1998.
26. **Labrador F.:** *Ibidem*, 1998.
27. **Master W, Johnson V.:** *Incompatibilidad sexual humana*. Ed. Intermédica. Buenos Aires, 1981.
28. **Cáceres J.:** Op. cit. 1998.
29. **Labrador F, de la Puente ML, Crespo M.:** Op. cit. 1995.
30. **Cáceres J.:** Op. cit. 1998.
31. **Carnes P.:** Don't call it love. Recovery from sexual addiction. Ed. Bentman. Nueva York, 1991.
32. **Goodman A.:** Sexual addiction: Designation and treatment. *Journal of sex and Marital Therapy*, 1992; 18: 303-314.
33. **Goodman A.:** Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of sex and Marital Therapy*, 1993; 19: 225-251.
34. **Cáceres J.:** Op. cit. 1998.
35. **Vázquez C, Graña J, Ochoa E.:** Trastornos sexuales en F. Fuentenebro y C. Vázquez, *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Ed. Interamericana -Mc Graw-Hill. Madrid, 1990; vol II, pp 867-900.
36. **Hunt M, Carr J, Hampson J.:** Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism. *Archives of sexual Behavior*, 1981; 10: 65-77.
37. **Hoening J.:** Etiology of transsexualism en en B. Steiner, *Gender Dysphoria: Development, research, and management*. Ed. Plenum. Nueva York, 1985.
38. **Money J y Ehrhardt A.:** *Desarrollo de la sexualidad humana*. Ed. Morata. Madrid, 1982.